



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN CASO DE DEPRESIÓN EN
UNA MUJER ADULTA**

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autor:

Gabino Yauriman, Cristhian Jesús

Asesor:

Del Rosario Pacherras, Orlando

Jurado:

Ramírez Magallanes, Ada

Carlos Ventura, David

Mendoza La Rosa, Ana María

Lima - Perú

2022

Referencia:

Gabino, C. (2022). *Intervención cognitivo conductual en caso de depresión en una mujer adulta*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6143>



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

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

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



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN CASO DE DEPRESIÓN EN UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación: Salud Mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad

Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

AUTOR:

Gabino Yauriman, Cristhian Jesús

ASESOR:

Del Rosario Pacherras, Orlando

JURADO:

Ramírez Magallanes, Ada

Carlos Ventura, David

Mendoza La Rosa, Ana María

Lima- Perú

2022

“Saber vivir es hacer lo mejor que podemos
con lo tenemos en el momento en el que
estamos”

A. Jodorowsky

“Si te rindes cuando las cosas se empiezan
a poner difíciles, nunca conseguirás nada
que valga la pena”.

Dedicatoria

A Dios, por darme la oportunidad de existir y ser feliz con mi familia.

A Nicolás y Herlinda, mis padres por ser el motor y motivo de mis logros, y llenar de amor y felicidad mi vida.

A Deyvid y Jazmín, mis hermanos por ser mi apoyo incondicional en las buenas y en las malas.

A mis colegas de la promoción de la segunda especialidad en Terapia Cognitivo Conductual de la Universidad Nacional “Federico Villareal”.

Agradecimiento

A mis padres, por su confianza y apoyo incondicional, por amarme y orientarme en la vida.

A mis hermanos, por ser los motivadores y soporte en los buenos y malos momentos.

A todos los Docentes en Psicología clínica de la segunda especialidad en Terapia Cognitiva Conductual de la UNFV, por sus enseñanzas que lograron mi formación en la especialidad.

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Lista de tablas	vi
Lista de Figuras	viii
Resumen	x
Abstract	xi
I. Introducción	12
1.1 Descripción del problema	15
1.2 Antecedentes	18
1.2.1 Antecedentes Nacionales	18
1.2.2 Antecedentes Internacionales	21
1.2.2 Fundamentación Teórica	24
1.3 Objetivos	35
1.3.1 Objetivo General	35
1.3.2 Objetivos Específicos	35
1.4 Justificación	35
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	36
II. Metodología	38
2.1 Tipo y diseño de Investigación	38
2.2 Ámbito temporal espacial	38
2.3 Variables de Investigación	39
2.4 Participante	42
2.5 Técnicas e instrumentos	42
2.5.1 Técnicas	42
2.5.2 Instrumentos	43
2.5.3 Evaluación psicológica	47
2.5.4 Evaluación psicométrica	59
2.5.5 Informe Psicológico Integrador	69
2.6 Intervención	71
2.6.1 Objetivos terapéuticos	71
2.6.2 Plan de intervención	72
2.6.3 Programa de intervención	81
III. Resultados	86
3.1 Resultados pre y post intervención	86
3.2 Discusión de Resultados	94
3.3 Seguimiento	99
IV. Conclusiones	103
V. Recomendaciones	105
VI. Referencias	
VII. Anexos	

Lista de Tablas

N°	Título	Pág.
Tabla 1	Dinámica familiar de la usuaria	57
Tabla 2	Resultados del Cuestionario de Personalidad de Eysenck	59
Tabla 3	Resultados del Registro de Opiniones Forma A	65
Tabla 4	Resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon	69
Tabla 5	Criterios diagnósticos para la depresión CIE 10	72
Tabla 6	Registro de frecuencia de pensamientos de la usuaria, línea base	73
Tabla 7	Registro semanal de frecuencia e intensidad (1 – 10) de emociones de la usuaria, línea base	74
Tabla 8	Registro semanal de frecuencia y duración de conductas problema, línea base	76
Tabla 9	Registro semanal de frecuencia e intensidad (1 – 10) de las respuestas fisiológicas de la usuaria, Línea base	78
Tabla 10	Conductas en exceso, debilitamiento y déficit relacionados con la depresión	79
Tabla 11	Análisis funcional de la conducta depresiva	80
Tabla 12	Sesión de tratamiento N° 1	81
Tabla 13	Sesión de tratamiento N° 2	81
Tabla 14	Sesión de tratamiento N° 3	82
Tabla 15	Sesión de tratamiento N° 4	82
Tabla 16	Sesión de tratamiento N° 5	83
Tabla 17	Sesión de tratamiento N° 6	83
Tabla 18	Sesión de tratamiento N° 7	84
Tabla 19	Sesión de tratamiento N° 8	84
Tabla 20	Sesión de tratamiento N° 9	85
Tabla 21	Sesión de tratamiento N° 10	85

Tabla 22	Registro de frecuencia de pensamientos de la usuaria pre y post test a la décima semana de tratamiento.	87
Tabla 23	Registro de frecuencia e intensidad de emociones de la usuaria pre y post test a la décima semana de tratamiento	88
Tabla 24	Registro de frecuencia y duración de conductas problema, Pre test y Post test (décima Semana)	90
Tabla 25	Registro de frecuencia e intensidad de las respuestas fisiológicas de la usuaria pre y post test (décima semana)	92

Lista de Figuras

N°	Titulo	Pág.
Figura 1	Estructura e interacción familiar	58
Figura 2	Línea Base de Pensamientos Negativos	74
Figura 3	Línea Base de Frecuencia de Emociones	75
Figura 4	Línea Base de Intensidad de Emociones	75
Figura 5	Línea Base de Frecuencia de Conductas Problema	77
Figura 6	Línea Base de duración de Conductas Problema	77
Figura 7	Línea Base de frecuencias de las respuestas fisiológicas	78
Figura 8	Línea Base de intensidad de las respuestas fisiológicas	79
Figura 9	Puntaje del inventario de depresión de Beck (pre y post test)	86
Figura 10	Línea de Tratamiento Pensamientos Negativos pre test (Primera semana) y Post test (decima semana)	88
Figura 11	Línea de Tratamiento de la Frecuencia de las Emociones Pre test (Primera semana) y Post test (decima semana)	89
Figura 12	Línea de Tratamiento de la Intensidad de las Emociones Pre test (Primera semana) y Post test (décima semana)	89
Figura 13	Línea de Tratamiento de la Frecuencia de las conductas Pre test (Primera semana) y Post test (décima semana)	91
Figura 14	Línea de Tratamiento de la Duración de las Conductas Pre test (Primera semana) y Post test (décima semana)	91
Figura 15	Línea de Tratamiento de la Frecuencia de las respuestas fisiológicas Pre test (Primera semana) y Post test (décima semana)	93
Figura 16	Línea de Tratamiento de la Intensidad de las respuestas fisiológicas Pre test (Primera semana) y Post test (décima semana)	93

Nº	Título	Pág.
Figura 17	Línea de Seguimiento de los pensamientos negativos (Pre test, post test 1 y post test 2) a la primera, décima sesión en la fase de seguimiento	99
Figura 18	Línea de Seguimiento de frecuencia de Emociones (Pre test, post 1 y post test 2) a la primera sesión décima y luego en la fase de seguimiento	100
Figura 19	Línea de Seguimiento Intensidad de Emociones (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera sesión, décima sesión y luego en la fase de seguimiento	100
Figura 20	Línea de Seguimiento de Frecuencia de Conductas (Pre test 1 y post 2) a la primera, décima sesión y luego en la fase de Seguimiento	101
Figura 21	Línea de Seguimiento de duración de Conductas (Pre test, post 2) a la primera, décima sesión y luego en la fase de Seguimiento	101
Figura 22	Línea de Seguimiento de frecuencia de respuestas fisiológicas (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera, sexta y décima sesión, luego en la fase de seguimiento	102
Figura 23	Línea de Seguimiento de intensidad de respuestas fisiológicas (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera y décima, luego en la fase de seguimiento	102

Resumen

En el presente trabajo se expone la intervención cognitivo conductual a una usuaria adulta con un diagnóstico de depresión moderada según los criterios del CIE 10. El objetivo fue disminuir los síntomas depresivos a través de la intervención en terapia cognitivo conductual. Se trata de un estudio de tipo aplicado, de diseño experimental de caso único tipo ABA. Los datos necesarios se obtuvieron a través de la entrevista psicológica conductual, la observación psicológica y la lista de chequeo. Los instrumentos de evaluación fueron la Escala de Depresión de Beck, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck, el Cuestionario de Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon y el Cuestionario de Registro de Opiniones de Ellis. La intervención se realizó durante diez sesiones, más una de seguimiento. En las sesiones de tratamiento se incluyeron técnicas tales como la programación de actividades positivas, la Técnica de Agrado y Dominio, la asignación de tareas graduales, la Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, la reestructuración cognitiva, la técnica de solución de problemas y el Bloqueo de Pensamiento. Como resultados se obtuvo que al culminar las 10 sesiones del programa de tratamiento se logró una disminución del 80% de la sintomatología asociada al trastorno de la depresión, lo que significa que las técnicas cognitivo conductuales aplicadas para su caso fueron las adecuadas.

Palabras clave: Intervención cognitivo conductual, depresión, mujer adulta

Abstract

In the current research, the cognitive behavioral intervention is exposed to an adult user with a diagnosis of moderate depression according to the ICD 10 criteria. The objective was to reduce depressive symptoms through intervention in cognitive behavioral therapy. This is an applied type study, with an ABA type single case experimental design. The data needed was obtained through the behavioral psychological interview, the psychological observation and the checklist. The assessment instruments were the Beck Depression Scale, the Eysenck Personality Questionnaire, the Millon Clinical Multiaxial Personality Questionnaire, and the Ellis Opinion Record Questionnaire. The intervention was carried out during ten sessions, plus one follow-up session. Techniques such as positive activity scheduling, the Liking and Dominance Technique, graded homework assignment, Jacobson's Progressive Muscle Relaxation Technique, cognitive restructuring, problem-solving technique, cognitive restructuring and Thought Block were included in the treatment sessions. As a result, it was obtained that at the end of the 10 sessions of the treatment program, an 80% decrease in the symptoms associated with the depression disorder was achieved, which means that the cognitive behavioral techniques applied to his case were adequate.

Keywords: Cognitive behavioral intervention, depression, adult woman

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es el más común y extendido de todos los trastornos psiquiátricos y que afecta a un gran número de personas, no sólo a individuos, sino a familias y, por ende, a la sociedad. También afecta negativamente a la economía a través de la disminución de la productividad al impedir el desarrollo de todo el potencial de los recursos humanos.

Según los manuales de diagnósticos DSMV y CIE 10 definen a la depresión como cambios en el estado de ánimo, pérdida o desinterés en sus actividades diarias, aumento de la fatiga, alterando el desarrollo de las actividades laborales, académicas, relaciones interpersonales, y vida diaria, teniendo la sintomatología una duración de por lo menos dos semanas.

La Organización Mundial de la Salud (2016) explica que los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad.

Este mismo organismo internacional menciona que en la información del 2000, se preveía que la depresión llegaría a ser una de las principales causas de discapacidad para el 2030 (Organización Mundial de la Salud y su relevancia es tal, que la salud mental y la prevención del suicidio se han incluido en los Objetivos del Desarrollo Sostenible (Organización Panamericana de la Salud).

La depresión es un trastorno que afecta 300 millones de personas a nivel mundial contribuyendo a la carga global general de morbilidad llegando a ocasionar un millón de muertes

anuales en el mundo. Señala además que la depresión es un problema de salud preocupante, especialmente cuando su intensidad es de moderada a grave, causa sufrimiento, altera las actividades laborales, sociales, escolares y familiares, en el peor de los casos induce al suicidio.

Además, es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluido un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio, ya que las estadísticas indican que cada año se suicidan más de 700 000 personas en el mundo.

Teniendo en cuenta la problemática mencionada, es que en el presente trabajo se expone la intervención cognitivo conductual a una usuaria adulta con un diagnóstico de depresión moderada según los criterios del CIE 10. El objetivo fue disminuir los síntomas depresivos a través de la intervención en terapia cognitivo conductual. Se trata de un estudio de tipo aplicado, de diseño experimental de caso único tipo ABA. Los datos necesarios se obtuvieron a través de la entrevista psicológica conductual, la observación psicológica y la lista de chequeo.

Los instrumentos de evaluación fueron la Escala de Depresión de Beck, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck, el Cuestionario de Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon y el Cuestionario de Registro de Opiniones de Ellis. La intervención se realizó durante diez sesiones, más una de seguimiento. En las sesiones de tratamiento se incluyeron técnicas tales como la programación de actividades positivas, la Técnica de Agrado y Dominio, la asignación

de tareas graduales, la Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, la reestructuración cognitiva, la técnica de solución de problemas y el Bloqueo de Pensamiento.

Como resultados se obtuvo que al culminar las 10 sesiones del programa de tratamiento se obtuvo una disminución del 80% de la sintomatología asociada al trastorno de la depresión, lo que significa que las técnicas cognitivo conductuales aplicadas para su caso fueron las adecuadas. Finalmente, se destaca la importancia del trabajo porque puede ser motivo de otros estudios de caso comparando con las distintas terapias que existen y el uso de sus técnicas; señalando que eficacia tienen, en la intervención psicológica de la depresión en adultos.

Para efectos de una mejor comprensión del contenido del trabajo, se presenta en la siguiente secuencia:

El primer apartado describe la descripción de la problemática, referente a la depresión como un problema a nivel mundial y su incidencia en la salud mental de las personas. Luego se presentan diferentes investigaciones nacionales e internacionales basadas en intervenciones cognitivo-conductuales en la depresión y el basamento teórico científico de las dos variables, los objetivos generales y específicos, la justificación, así como los impactos esperados del proyecto.

El segundo apartado presenta la metodología, las variables, tanto la independiente, como la dependiente, además de los datos de la participante. También se muestra la información obtenida a través de la Evaluación psicológica mediante los diversos instrumentos psicológicos, así como los resultados de dicha evaluación psicológica, información que nos lleva al planteamiento del Plan de intervención posterior.

El tercer apartado presenta el análisis de los resultados del programa de intervención, tanto del pre y post momento de intervención. Posteriormente, se presentan las conclusiones del caso clínico y las recomendaciones que se implementaron en el presente caso clínico.

1.1. Descripción del problema

La depresión, según informe de la Organización Mundial de la Salud - OMS (2021) aparece como la principal causa de discapacidad y contribuye de muy importante en la carga de morbilidad general y que afecta más a la mujer que al hombre.

Según la OMS (2019) en su informe de salud mundial, una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones de personas padecen de trastornos mentales. Los trastornos más comunes son la ansiedad y la depresión, que en el 2020 aumentaron significativamente debido a la pandemia de COVID-19, siendo las estimaciones un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año.

Según la OMS (2016) explica que los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad.

Según la OPS (2018) en una publicación denominada la carga de trastornos mentales en la región de las Américas refiere que los trastornos mentales, neurológicos específicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio constituyen un subgrupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad, y suponen una tercera

parte de todos los años perdidos por discapacidad (APD) y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la Región de las Américas, así mismo los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad y, cuando se considera la discapacidad junto con la mortalidad, suponen 3,4% del total de AVAD y 7,8% del total de APD.

Según la OPS (2018) los trastornos depresivos comprenden el trastorno depresivo y la distimia. El trastorno depresivo puede ser un trastorno sumamente discapacitante, tal como refleja su peso de discapacidad en el marco de la carga de enfermedad. Tomando como base encuestas de la población general, se considera que los episodios depresivos graves son el quinto estado de la salud humana más discapacitante, después de la esquizofrenia aguda, la lesión de la médula espinal en el nivel cervical no tratada, la esclerosis múltiple grave y la dependencia grave de la heroína. Incluso los trastornos depresivos leves y la distimia se consideran sumamente discapacitantes, en el mismo nivel, por ejemplo, de la anemia grave o el asma no controlada. La discapacidad causada por los trastornos depresivos, tanto en el nivel individual como en el nivel de la población, puede considerarse como un espectro continuo de estados de salud de moderada a gravemente discapacitantes.

Según OPS (2018) América del Sur, en general, tiene mayores proporciones de discapacidad debida a enfermedades mentales comunes (depresión y ansiedad). En comparación con otras subregiones, Centroamérica tiene una mayor proporción de discapacidad por trastorno bipolar y trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, así como por epilepsia; Estados Unidos y Canadá sufren una carga elevada de discapacidad por esquizofrenia y demencia, y por las tasas abrumadoras de trastornos debidos al consumo de opioides.

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

El especialista en psiquiatría y miembro del Instituto Nacional de Salud Mental (2021), Dr. Nizama, refiere que actualmente en el Perú, la ansiedad y la depresión afectan a 1 de cada 3 personas debido al confinamiento obligatorio decretado para hacer frente a la covid-19, según afirmó en una conferencia realizada el 05 de marzo del 2021 en la universidad San Ignacio del Oyola.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI (2018), menciona que entre las consecuencias más comunes de la violencia física en agravio de las mujeres se encuentra la depresión.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (2013) al menos dos millones de peruanos sufren de este trastorno siendo la prevalencia en Lima Metropolitana de un 18,23%, en la Sierra peruana de 16,24% y en la Selva de 21,45%. Siendo la principal causa de discapacidad llegando a afectar en muchos casos más a la mujer que al hombre llevándolos en situaciones extremas a cometer suicidio.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental - INSM (2015) en un estudio epidemiológico realizado en Lima Metropolitana y el Callao determino que la prevalencia de

vida de cualquier trastorno mental en los encuestados asciende a 37,2%, la prevalencia anual a 12,4% y la prevalencia actual a 8%; en todos los casos es predominante entre las mujeres. Las prevalencias no son significativamente diferentes entre hospitales y centros de salud, así mismo la prevalencia anual de trastornos depresivos en general 9,2%; de trastornos de ansiedad en general es 2,5%; de abuso/dependencia de drogas 1,2% y de episodio psicótico 0,4%. Los primeros son significativamente más frecuentes entre las mujeres mientras que el abuso/dependencia entre los varones.

Según el Ministerio de Salud (2021), a través de la Dirección de Salud Mental – DSAME, Dr. Cutipé, en un anota de prensa realizada el 02 de octubre del 2021, refiere que 132 928 casos fueron por depresión entre las causas del incremento es por producto de la pandemia. El Ministerio de Salud atendió 813,426 casos de salud mental entre enero y agosto de 2021, siendo la mayor incidencia en los casos ansiedad, depresión y síndrome de maltrato fueron problemas de salud mental más frecuentes durante los primeros ochos meses del año.

Según el Dr. Franz Alvarado jefe de Emergencias del Instituto Nacional de Salud Mental - INSM (2021) en una nota de prensa realizada en mayo del 2021, reportó que las atenciones en emergencias psiquiátricas se vienen incrementando. De los 13,877 logrados en el periodo 2019 aumentó a un total de 14,606 en el 2020 y en lo que va del 2021 se ha alcanzado ya las 4,740 atenciones debido al contexto del Covid-19. Así mismo manifestando que el impacto psicosocial de la pandemia ha aflorado problemas de salud mental en las personas y agudizado en los que ya tienen estas patologías, que los lleva a generar crisis que la misma familia muchas veces no puede manejar.

1.2. Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Nacionales

Calderón (2020) desarrolló una investigación denominada intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión en la ciudad de Lima, con el objetivo de

disminuir la sintomatología depresiva mediante un programa de intervención. La evaluación se realizó a través del Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Personalidad de Eysenck, y el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon; entrevista y observación psicológicas. Para la intervención cognitivo conductual se utilizaron técnicas como psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación, auto instrucciones, autorregistros, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva. Los resultados encontrados en la evaluación post test mostraron la disminución de los síntomas depresivos, comprobando de esta manera la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión.

Huaynates (2019) realizó un estudio de caso en Lima para disminuir la sintomatología depresiva y los sentimientos de culpa, en una mujer de 40 años, mediante la intervención cognitivo conductual. Los instrumentos para recolectar los datos que utilizó fueron: entrevista, línea base, auto registros, análisis funcional y cognitivo, Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Personalidad de Eysenck. Asimismo, se aplicó las técnicas cognitivas conductuales como relajación, auto instrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva. Se emplea el diseño univariable multicondicional ABA, con la finalidad de reestructurar los pensamientos desencadenantes de emociones y comportamientos perjudiciales. Los resultados manifiestan una disminución del nivel de depresión, reducción de pensamientos, emociones y comportamientos negativos para la usuaria según las evaluaciones de seguimiento, de esta manera, al finalizar la fase de tratamiento se ratifica la efectividad de las técnicas empleadas para el caso de depresión.

Rodríguez (2019) realizó un estudio de caso denominado Intervención Cognitivo Conductual en un joven adulto de 33 años con Trastorno depresivo recurrente y síndrome de dependencia al alcohol en la ciudad de Arequipa. Dicha investigación tuvo como objetivo disminuir el cuadro sintomatológico así, como las conductas desadaptativas que mostraba el

paciente como, por ejemplo, disminución de la alimentación, alteraciones del sueño, ideas de desesperanza, sentimientos de tristeza, confusión, cólera, aislamiento social, conducta de consumo de alcohol frecuentes, malestar físico, conflictos con la familia, desgano. Se procedió con la intervención junto con el apoyo de la madre. Se utilizaron técnicas e instrumentos de evaluación como la entrevista y observación, el cuestionario de Millon III, Toni 2, Koppitz 2. El desarrollo de la intervención se centró en la terapia cognitivo conductual, aplicando técnicas y estrategias de afrontamientos, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, autocontrol, entrenamiento del asertividad y prevención de recaídas, logrando obtener resultados favorables en la mejoría del cuadro sintomatológico y conductas desadaptativas de manera considerable, demostrando así, la efectividad de la terapia cognitiva conductual para el tratamiento del trastorno depresivo en un caso de dependencia al alcohol.

Álvaro (2018) realizó una investigación en Lima que tuvo como objetivo principal la disminución de los niveles de depresión en una paciente de 22 años de edad, a través de la terapia cognitivo conductual, uso el diseño experimental de caso único Univariable Multicondicional – ABA, inicio con la evaluación de los síntomas a través del Inventario de Depresión de Beck, después aplico el programa de intervención cognitivo conductual en el que incluyo técnicas como psi coeducación, activación conductual, entrenamiento en técnicas de relajación, auto instrucción de afrontamiento, técnicas de asertividad, solución de problemas, y reestructuración cognitiva. Los resultados encontrados evidencian disminución de los síntomas depresivos ya que el puntaje inicial (línea base) se halló una depresión Moderada y al final del tratamiento se evidencio ausencia de depresión, así mismo se observó una disminución de ideas irracionales, niveles de ansiedad, logrando así la eficacia del tratamiento cognitivo conductual.

López (2016) realizó una investigación en Lima para un episodio depresivo de un paciente adulto de 29 años, con el objetivo de reducir la sintomatología depresiva, mediante la

aplicación de las técnicas cognitivo conductuales, empleando para ello el diseño de caso único: se utilizó como instrumento de evaluación el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) obteniendo un puntaje de 28 correspondiente a un episodio depresivo moderado, además de establecer la línea base, diagnóstico funcional los mismos que fueron aplicados después en las 12 sesiones terapéuticas que utilizó en su intervención. Las técnicas empleadas durante la intervención terapéutica fueron: psicoeducación, técnicas de relajación, entrenamiento asertivo, detención de pensamientos automáticos que llevan a emociones negativas, comprobación de los supuestos propios, solución de problemas, reestructuración cognitiva, el debate socrático. El resultado de esta intervención fue la remisión de la sintomatología depresiva obteniendo en la aplicación del inventario de Beck un puntaje de 9 correspondiente a altibajos normales para depresión, bajando la sintomatología fisiológica, los pensamientos y respuestas emocionales negativas, las conductas propias de la depresión como el llanto, la dedicación de tiempo en exceso de ver la televisión y el internet, por lo que se concluye que el programa ha tenido éxito al aplicar el tratamiento cognitivo conductual.

1.2.2 Antecedentes Internacionales

Gaitán (2020) realizó un estudio de investigación denominada Intervención Desde el Enfoque Cognitivo Conductual en un caso de Trastorno de Adaptación con Síntomas de Ansiedad y Depresión para una Mujer de Mediana Edad con Diagnóstico Oncológico en la ciudad de Bucaramanga en Colombia. El desarrollo de la intervención tuvo como objetivo reducir el cuadro sintomatológico de la ansiedad y depresión debido al padecimiento de su enfermedad oncológica (diagnóstico de linfoma T periférico). La intervención se desarrolló a partir del Modelo Terapéutico Cognitivo-Conductual utilizando técnicas y herramientas psicológicas como observación, entrevista semi estructurada y pruebas psicométricas (Inventario de Depresión de Beck, Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck). Finalmente, tras el proceso de intervención,

los resultados mostraron una reducción considerable de la sintomatología presentada por la usuaria (ansiedad - depresión), favoreciendo su adaptación a la situación y mejorando así su calidad de vida.

Rodríguez y González (2020) desarrollaron una investigación denominada Intervención de la Terapia Cognitivo Conductual y La Terapia Centrada en Soluciones en un Caso de Depresión Mayor en un usuario adulto en la ciudad de Nuevo León en México. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de una intervención complementaria entre la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de un hombre de 23 años que cumplía los criterios de depresión mayor del DSM V, así como en identificar la eficacia de intervenciones psicológicas sin medicación en casos de esta índole. Posterior a 16 sesiones terapéuticas se observó una mejoría importante en los niveles de depresión, así como en el grado de alteración de los pensamientos asociados a al trastorno, un aumento en su habilidad asertiva y en sus niveles de autoestima. Asimismo, el paciente reportó un aumento importante en su percepción de bienestar por medio del uso de escalas de avance. Los resultados aportan evidencia sobre la efectividad de complementar las intervenciones psicológicas con herramientas de la terapia cognitivo conductual y de la terapia centrada en soluciones. Asimismo, se ve favorecida la propuesta de la efectividad de la intervención en trastornos depresivos sin el uso de psicofármacos.

Antón-Menárguez et al. (2016) realizó un estudio denominado intervención en el caso de una joven de 18 años de edad con trastorno depresivo mayor en el hospital general universitario de Elche en España. El objetivo fue analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual dirigido a reducir la sintomatología depresiva. La evaluación se realizó mediante el inventario de depresión de Beck (BDI), la escala de autoestima de Rosenberg, el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) y la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). Se aplicó un tratamiento cognitivo-conductual que incluyó

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

Hernandez-Bussolo et al. (2017) desarrolló un estudio denominado Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla, La intervención psicoterapéutica, con enfoque cognitivo conductual, es efectiva y eficiente para tratar el Trastorno de Depresión debido a traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla. El estudio expuso un programa de intervención a un paciente hombre de 33 años de edad, originario de Tamaulipas en México, que sufrió un accidente laboral cuando manejaba una motocicleta y fue atropellado por otro vehículo, 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.

Vega (2015) realizó un estudio de caso denominado Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual para Trastornos de Depresión Mayor, en una mujer adulta de un rango de edad de 30 a 40 años en la ciudad de Quito en Ecuador, que fue diagnosticada de trastorno de depresión mayor, según los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales ó DSM-IV. Se realizaron más de doce sesiones de terapia cognitivo conductual en un periodo

de cinco meses con el objetivo de disminuir los síntomas y brindar al paciente herramientas para que no se diera una reincidencia de los síntomas. Los instrumentos de evaluación de auto-reporte utilizados para evaluar la intensidad y características de los síntomas son; el Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R), el Inventarios de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), además, se utilizó el Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4) para descartar algún tipo de trastorno de la personalidad. Los resultados obtenidos en esta investigación reflejaron una disminución importante de los síntomas y no se reflejó en los resultados después de un periodo de cuatro meses de haber culminado con las sesiones terapéuticas reincidencia de los síntomas. Lo que sugiere la efectividad de la terapia cognitiva conductual para el tratamiento del trastorno de depresión mayor.

1.2.3. Fundamentación Teórica

(Mackinnon, 1971, como se citó en Avilés y Padilla, 2013) la depresión describe un tono de tristeza acompañado de desamparo y amor propio reducido. En la depresión, todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales, podrían verse afectadas.

Asimismo, Rojas et al. (2006), señalan:

La depresión consiste en un trastorno afectivo en el que se observan alteraciones en los patrones del apetito y del sueño, fatiga, tristeza, aislamiento, poco arreglo personal, disminución de la capacidad para experimentar placer, evasión de responsabilidades, incremento de la dependencia, fallas en la atención, concentración y memoria. (p.174)

1.2.3.1. Clasificación de los Episodios Depresivos – CIE 10 (1992)

Según la severidad del episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

A. Episodio depresivo leve (F32.0). Suelen estar presentes 2 o 3 síntomas mencionados continuación. El paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza. Deben cumplirse los

criterios generales de episodio depresivo (F32). Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:

- Humor depresivo en rangos anormales para la persona, que están presente la mayor parte del día por varios días consecutivos, sin ser influidos por las circunstancias externas y que persisten durante al menos dos semanas.
- Pérdida de interés o disminución de la capacidad de disfrute en actividades que anteriormente le eran placenteras.
- Disminución de la energía o aumento de la fatiga. Además, debe estar presente uno o más de los siguientes síntomas:
- Pérdida de confianza o disminución de la autoestima, sentimientos de autorreproche o sentimientos de culpa, pensamientos continuos de muerte o suicidio, o presencia de conductas suicidas, disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, alteración del sueño y cambio en el apetito. Puede haber o no síndrome somático.

B. *Episodio Depresivo Moderado (F32.1)*. Normalmente están presentes cuatro o más síntomas y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).

Debe presentar dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo anormal, presente la mayor parte del día, que no tiene influencia en las circunstancias externas durante al menos dos semanas, pérdida de interés en actividades que normalmente eran placenteras y disminución de la energía o aumento de la sensación de fatiga.
- Presencia de síntomas adicionales para sumar un total de al menos seis síntomas como:

Pérdida de confianza o disminución de la autoestima, sentimientos de autorreproche o de culpa excesiva, pensamientos recurrentes de muerte o conducta suicida, disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento, alteración del sueño, cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso. Puede haber o no síndrome somático.

C. *Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).* Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8, los síntomas son marcados, pérdida de la autoestima y sentimientos de culpa e inutilidad; así mismo ideas y acciones suicidas.

D. *Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).* A las características del episodio depresivo grave se le agregan los síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios; también se observa retardo psicomotor y llegar al estupor.

E. *Otros episodios depresivos (F32.8).* No reúnen las características de los episodios depresivos antes señalados, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Se incluye depresión atípica y episodios aislados de depresión “enmascarada” Sin especificación.

F. *Episodio depresivo, no especificado (F32.9).* Incluye depresión sin especificación y trastorno depresivo sin especificación.

1.2.3.2. Sintomatología de la depresión según Gasto y Navarro (2007)

Entre los síntomas frecuentes de la depresión se incluyen los siguientes:

La depresión tiene muchos síntomas, incluso físicos: estado anímico, constante sensación de ansiedad, tristeza, pérdida de interés, autoestima muy baja, fatiga a pequeños esfuerzos, sensación de vacío, poca comunicación o ninguna con su entorno, insatisfacción personal que por la edad no alcanzo todas sus metas, miedo a lo que le pueda pasar, sensación

de no haber hecho lo suficiente por la familia, culpa por la condición que se encuentra, limitaciones con la concentración y memoria, dolores y molestias físicas, Como dolor de cabeza , cambios en el apetito o el peso, pensamientos sobre la muerte o el suicidio o intentos de suicidio, sentirse inquieto o irritable, problemas para dormir, recordar detalles o tomar decisiones, incluyendo despertarse muy temprano o dormir demasiado, sin proponérselos, calambres o trastornos digestivos sin ninguna causa física aparente y que no se alivian ni siquiera con tratamiento.

1.2.3.3. Causas de la depresión

Gastó y Navarro (2007), consideran que hay diversos factores implicados, entre ellos:

- Factores relacionados con la personalidad del paciente, presentar un carácter con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia) predispone a padecer depresiones.
- Factores ambientales, Sufrir algún problema (económico, familiar, de salud) predispone a padecer un trastorno depresivo.
- Factores biológicos, Sobre este punto, se deben destacar diversos aspectos:
- Alteraciones cerebrales. Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo. No existe una lesión anatómica visible.
- Alteraciones en neurotransmisores, Para que el cerebro funcione correctamente debe existir una comunicación correcta entre las diversas neuronas del cerebro. Las neuronas se comunican a través de unas moléculas denominadas neurotransmisores, como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. En la depresión la conexión neuronal mediante neurotransmisores no funciona bien. Los antidepresivos ayudan a normalizar este problema.

- Alteraciones genéticas, Dado que es más fácil que una persona padezca una depresión si tiene algún familiar que haya presentado alguna, se cree que tener según qué genes predispone a padecer una depresión. No obstante, por el momento no se conoce qué genes provocan la aparición de esta enfermedad. (p. 13)

1.2.4. Modalidades de intervención

1.2.4.1. Terapia cognitivo conductual. Busca modificar los pensamientos automáticos y creencias disfuncionales, en el pensamiento de sí mismo, del mundo y del futuro, con el fin que la persona adquiera recursos y herramientas personales que le permitan afrontar los diferentes retos y situaciones que le surjan a lo largo de su vida. La duración de la terapia de 6 a 8 sesiones dependiendo el cumplimiento de los objetivos propuestos inicialmente.

1.2.4.2. Psicoterapia humanista. Busca que la persona encuentre un sentido y significado a su vida a pesar del problema o situación conflictiva por la que esté pasando, insistiendo en la actitud valerosa de desarrollar ante el sufrimiento inevitable, estrategias que permitan minimizar el dolor. La duración de la psicoterapia puede ser de 8 a 9 sesiones dependiendo de la evolución y si el cliente presenta algún trastorno.

1.2.4.3. Terapia Psicodinámica. Busca modificar el comportamiento y la estructura de la personalidad por medio de la psicoterapia, el cual pretende analizar el origen de las experiencias subjetivas que son percibidos como sufrimiento. La duración de la psicoterapia se realiza en 6 sesiones focalizando en la comprensión del síntoma, resolver el conflicto y recuperación de los recursos yoicos.

1.2.5. Modelos explicativos

1.2.5.1. Modelo cognitivo conductual. En este modelo, la depresión es atribuida a grupos complejos de pensamientos negativos acerca del sí mismo o el mundo externo que son

activados en una variedad de situaciones. En el caso de las depresiones, se plantea que estas representaciones consisten en la suma de numerosas experiencias aversivas, producidas por computaciones inconscientes complejas diseñadas para abstraer significados comunes de experiencias repetidas (Carrasco, 2017, como se citó a Brewin, 1996).

De acuerdo con Young (1990, citado en Carrasco), el nivel más profundo de cognición involucra "esquemas tempranos mal adaptativos", que son estables y duraderos. Estos son creencias incondicionales, implícitas acerca de uno mismo en relación con el ambiente. Ellos se desarrollan en la base de la interacción entre el temperamento del niño y experiencias disfuncionales con los padres, hermanos y pares en los primeros años de la vida. Los esquemas tempranos mal adaptativos son activados en ambientes específicos y pueden llevar a distorsiones cognitivas, reacciones emocionales intensas, y comportamiento problemático y depresión.

El componente conductual en el modelo cognitivo-conductual de la depresión, postula que estresores vitales pueden alterar los patrones de reforzamiento conductual normales (Carrasco, 2017, como se citó en Davidson et al., 2004).

1.2.5.2. Modelo interpersonal. La teoría interpersonal de la depresión está basada en ideas emanadas de la escuela de psiquiatría interpersonal, de la teoría del apego y de los roles sociales (Carrasco, 2017, como se citó en Davidson et al., 2004). El modelo interpersonal (MIP) tiene como principio fundamental que eventos en la infancia temprana influyen en la subsecuente psicopatología. El modelo se diferencia de planteamientos psicoanalíticos clásicos que enfatizaban la primacía de las vivencias tempranas llegando a la exclusión de la historia de vida posterior. El MIP presume que la etiología de la enfermedad mental es compleja; usa la conexión entre los actuales eventos de la vida y la aparición de los síntomas depresivos como un marco que permite ayudar a los pacientes a superar su malestar. Eventos perturbadores

pueden precipitar el trastorno en individuos vulnerables y, a su vez, el ánimo depresivo lleva a retraimiento social, fatiga, pobre concentración y en consecuencia a otros eventos negativos (Carrasco, 2017, como se citó en Hollon et al., 2002).

El MIP comparte con la terapia cognitivo conductual un formato de tiempo limitado, el foco en el “aquí y ahora” y técnicas como el juego de roles. Sin embargo, es considerablemente menos estructurada, no se asignan tareas y enfatiza las respuestas afectivas a los problemas interpersonales en lugar de los pensamientos y conductas (Carrasco, 2017, como se citó en Hollon et al., 2002).

1.2.5.3. Modelo de orientación psicoanalítica. Freud planteó que la depresión es una reacción a una pérdida sobre la base de una elección narcisista del objeto (Freud, 1917). Desde esta fórmula inicial, el psicoanálisis ha propuesto hipótesis en las que experiencias traumáticas del infante, de carencias tempranas e interferencias en la relación de apego pueden constituirse en un factor asociado con ciertos tipos de depresión. Las experiencias adversas generan déficits psíquicos que predisponen negativamente a las personas para enfrentar una nueva situación de pérdida o estrés (Carrasco, 2017 como se citó a Fonagy, 1999).

Partiendo de este modelo se han diseñado distintas intervenciones partiendo de supuestos psicoanalíticos. Una de las más recientes formulaciones, la Terapia Dinámica interpersonal (TDI), la cual ha sido desarrollada en Inglaterra a partir del “Marco de Competencias psicoanalíticas/dinámicas” (Carrasco, 2017, como se citó en Lemma et al., 2008). Estos desarrollos recientes surgen de la sistematización de las intervenciones psicoanalíticas/dinámicas que han mostrado mayor evidencia empírica de eficacia en ensayos clínicos. El terapeuta interviene para generar, clarificar y elaborar información interpersonal relevante. La terapia busca ayudar al paciente en la comprensión de qué pasa, en su mente, cuando las cosas van mal en sus relaciones, incluyendo cómo el patrón interpersonal y afectivo

de interés aparece en la relación terapéutica. Para esto la TDI recurre a técnicas de apoyo (por ejemplo: escucha empática y reflexiva) y expresivas (por ejemplo: confrontación e interpretación), así como también pueden incluirse de forma juiciosa técnicas directivas que apoyen el cambio en un marco de tiempo breve (Carrasco, 2017 como se citó en Lemma et al., 2010).

1.2.5.4. Modelo de autocontrol. (Vázquez et al., 2000, como se citó en Rehm, 1977) propuso un modelo de autocontrol para la depresión en el que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. El entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión hace énfasis en una combinación de la consecución progresiva de la meta, auto refuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual. En el entrenamiento de autocontrol, se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol. A través de una regulación errónea de las expectativas y de las estrategias de autoevaluación, por su codificación selectiva y procesamiento y recuperación de los acontecimientos negativos, la persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse.

1.2.5.5. El modelo de Nezu (Vázquez et al., 2000, como se citó en Nezu et al., 1989) desarrollaron una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son los déficits o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas. Nezu apuntó que había varios trabajos en los que se

demostraba una asociación entre tener déficits en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, tanto en los niños como en los adultos. Dada esta asociación Nezu y Ronan (1985) sugirieron que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión. Hipotetizaron que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podía actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas. Por otra parte, Nezu también indicó que la habilidad en la solución de problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión. De acuerdo con la formulación de Nezu (1987), los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas tendrán un mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo. De modo más específico, Nezu señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación. Nezu (1987) indicó que el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto.

1.2.5.6. La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación. (Vázquez et al., como se citó en Seligman, 1975) hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que Seligman denominó indefensión aprendida. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma. Posteriormente, (Vázquez et al., 2000, como se citó en Abramson et al. 1978) reformularon la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa

de su indefensión. Para Abramson et al. (1978) estas atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Por ejemplo, si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo consigue, y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global. Si, por el contrario, lo atribuye a que este tipo de trabajo no era adecuado para él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable. Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión (Abramson et al., 1978). Se ha demostrado que es más probable que los individuos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos (es decir, a uno mismo), estables (es decir, irreversibles) y globales (es decir, que lo abarcan todo) (Peterson et al., 1993). El patrón opuesto en las atribuciones sería el que se basa en hechos positivos. Abramson et al. (1978) también señalan que algunas de las características de la depresión vienen determinadas por el estilo atribucional de cada sujeto, como por ejemplo la presencia de una baja autoestima como resultado de una atribución personal.

1.2.5.7. Modelo Cognitivo de Beck. Beck, propuso diversas alternativas que han permitido la intervención y tratamiento de la depresión y los estados emocionales a su vez aportar un modelo cognitivo de la depresión, y su tratamiento fuertemente efectivo, permitiéndose combinar técnicas conductuales y cognitivas. Dentro de su modelo considera tres componentes: la tríada cognitiva, el cual se basa en tres patrones cognitivos distorsionados presentes en el paciente depresivo: visión negativa de sí mismo, tiende a interpretar sus experiencias de manera negativa y visión negativa de su futuro. Los esquemas, comprendidos como aquellas actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto y son estos los que lo conllevan a transformar la información que tiene el individuo en cogniciones o pensamientos adecuados o inadecuados. (Aguilar, 2019).

El modelo considera que los síntomas del síndrome depresivo provienen de los patrones cognitivos negativos; y la escasa fuerza de voluntad, los deseos de evitación y escape se pueden explicar en cuanto a que, si se piensa en un fracaso, poco sería el compromiso y el esfuerzo para realizar cualquier actividad; además, supone que el pensar en el suicidio, es el deseo de escapar a lo que parece ser problemas o situaciones intolerables. Las técnicas conductuales plantean una intervención de la depresión, hacen referencia al empleo de programación de actividades, técnicas de dominio y agrado y asignación de tareas para disminuir la sintomatología depresiva. (Beck, 1983).

1.2.5.8. La Teoría de Ellis. La propuesta de Albert Ellis se basa en el esquema ABC, donde A es cualquier evento activante, que según las creencias (B) irracionales o racionales que se tengan respecto a A generará consecuencias conductuales y emocionales (C). Es así que la terapia se concentra en la disputa (D), para modificar las creencias irracionales identificadas. Estando detrás de los problemas emocionales del ser humano, según Ellis, su modo erróneo e irracional de pensar. (Aguilar, 2019).

Ellis, planteaba que el pensamiento, la emoción y la conducta se encontraban interconectados entre sí y que la modificación en uno de ellos influye en los otros, empoderando al individuo para el cambio de cogniciones, creencias y pensamientos irracionales y generar reformas en lo emocional y conductual. A su vez señala dentro de su teoría, la existencia de conductas disfuncionales presentes en la depresión; su modelo teórico denominado el ABC, hace referencia a que existen pensamientos racionales e irracionales que tienen relación con la salud mental (Caro, 2011).

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Disminuir los síntomas de la depresión a nivel cognitivo conductual y emocional, con una performance del 80% en 10 sesiones consecutivas, a través de la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Disminuir la emoción del miedo a quedarse sola sin una pareja a su lado.
- Disminuir la emoción de la Tristeza al recordar a su ex pareja.
- Disminuir los sentimientos de culpa por su separación conyugal.
- Modificar los pensamientos de abandono y auto rechazo.
- Disminuir las respuestas fisiológicas como aceleración del ritmo cardiaco, hiperventilación, dolor de cabeza y tensión muscular.
- Reducir la frecuencia y duración de la conducta de llorar cuando recuerda a su ex pareja.
- Reducir la conducta constante de revisar el Facebook de su ex pareja para saber lo que hace.
- Aumentar la frecuencia de interacción y disfrute con sus amistades y/o familiares.
- Aumentar la capacidad de disfrutar actividades placenteras.

1.4. Justificación

La depresión en la actualidad es de una de las enfermedades más comunes a nivel mundial en relación a las enfermedades de salud mental. Muchas personas que la padecen no son conscientes de ella, viéndose afectados a nivel personal, familiar, social, físico y mental por la sintomatología depresiva, dándose cuenta muchas veces de su diagnóstico cuando la enfermedad está avanzada, y en muchos casos con un final lamentable.

Por todo lo mencionado anteriormente, se considera necesario iniciar la terapia en el presente caso psicológico, haciendo uso del Modelo Cognitivo Conductual, por medio de técnicas que le permitan al paciente analizar sus pensamientos y logre identificar la influencias de estos sobre sus emociones y conductas, de modo que, se percate de las interpretaciones que realiza de sus experiencias y pueda reconocer sus esquemas cognitivos en los que se reflejan sus pensamientos distorsionados, en especial catastróficos; poniéndolos en prueba y permitiéndoles aprender nuevas formas de pensamientos lógicos, racionales, flexibles y adaptativos para afrontar sus miedos a diversas situaciones de su vida de una manera más adaptada.

De igual forma, se considera importante este estudio ya que ofrecerá información relevante y de gran ayuda para los profesionales que inician la práctica clínica, presentando una descripción detallada sobre el uso del modelo cognitivo conductual para identificar y disminuir las manifestaciones de la depresión, para ello, presenta una serie de conceptos teóricos sobre el caso de estudio depresión mayor: sintomatología, modelos evaluativos, tratamiento y técnicas específicas; esta información puede servir como guía de intervención de los profesionales con paciente semejante al del caso de estudio.

Del mismo modo el esquema planteado en el plan de intervención cognitivo conductual podrá ser replicado en casos con sintomatología depresiva con antecedentes similares a los señalados en el presente trabajo académico.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

A partir del presente trabajo de investigación se espera disminuir la sintomatología depresiva de la paciente, mejorando su salud emocional y física, lo cual se verá reflejado en sus relaciones familiares, laborales y de pareja. Se espera reducir los pensamientos irracionales mediante técnicas cognitivo conductuales, aumentando sus pensamientos racionales positivos,

teniendo una visión más optimista de su realidad actual, y un mejor pronóstico de su futuro a nivel personal, familiar y de pareja lo cual a su vez le generara sentimientos de aceptación y emociones saludables en su persona.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

2.1.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es aplicada por que su fin es práctico ya que toma los conocimientos de la investigación básica para aplicarlos, con la finalidad de mejorar la calidad del fenómeno estudiado (Kerlinger y Lee, 2002).

2.1.2. Diseño de investigación

El diseño del presente estudio es experimental específicamente pre experimental, porque se caracteriza por tener un solo sujeto y carece de grupo de control. El presente estudio busca determinar el efecto de la terapia cognitivo conductual en un caso de depresión en una mujer adulta (Hernández et al., 2014). Se utilizará el modelo ABA, que describe la fase A como línea base, B el tratamiento y A como evaluación final.

2.2. Ámbito temporal espacial

La evaluación y posterior intervención se llevó a cabo en un programa de 10 sesiones consecutivas realizadas una vez por semana, las sesiones se desarrollaron en consultorio particular los días miércoles de cada semana a las 18 horas con un tiempo aproximado de 45 minutos según lo acordado con la usuaria al momento del contrato terapéutico. Las fechas que se establecieron en el proceso terapéutico fueron:

- 1° Sesión: 11 de diciembre del 2019.
- 2° Sesión: 18 de diciembre del 2019.
- 3° Sesión: 08 de enero del 2020.
- 4° Sesión: 15 de enero del 2020.
- 5° Sesión: 22 de enero del 2020.
- 6° Sesión: 29 de enero del 2020.

- 7° Sesión: 05 de febrero del 2020.
- 8° Sesión: 12 de febrero del 2020.
- 9° Sesión: 19 de febrero del 2020.
- 10° Sesión: 26 de febrero del 2020.

2.3. Variables de Investigación

2.3.1. Variable independiente: Terapia Cognitivo Conductual

Zayfert y Black (2008) refiere que la Terapia cognitivo conductual es un modelo de Psicoterapia que tuvo sus inicios en la unión entre la terapia cognitivo y las estrategias de modificación de conducta centradas en el análisis conductual. La terapia cognitivo conductual fundamenta que los trastornos emocionales son el resultado de la suma de respuestas aprendidas y pueden modificarse mediante un nuevo aprendizaje.

Beck (1993) Refiere que la Terapia Cognitivo Conductual es una disciplina científica que se basa en los pensamientos y las conductas motoras, y se centra en cómo se percibe el mundo que nos rodea, las respuestas fisiológicas y emocionales, a consecuencia de una percepción y/o creencia irracional. A si mismo los desórdenes emocionales son causa de contingencias ambientales de acuerdo con las leyes del condicionamiento.

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.

- Técnicas cognitivo conductuales
- Reestructuración cognitiva (describir brevemente)

- Debate socrático

2.3.1.1. Técnicas Cognitivo Conductuales

A. La programación de actividades positivas. Se centra en el incremento de actividades positivas en la paciente como objetivo principal. Vallejo (2012), refiere que esta técnica busca que el paciente se mantenga ocupado siendo las actividades herramientas distractoras para disminuir el nivel de importancia del problema que padece y la autoobservación negativa de sí mismo.

B. Técnica de Agrado y Dominio. Caro (2011), refiere que 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.

C. La asignación de tareas graduales. Bandura (1986), señala que con esta estrategia se puede evaluar las creencias sobregeneralizadas de incapacidad descartándolas, brindándole seguridad para lograr realizar actividades más difíciles, logrando aumentar su expectativa de autoeficacia. Se basa en que la paciente pueda realizar de manera gradual aquellas actividades que le parecen difíciles eliminando la idea de que son imposibles de ejecutar.

D. Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. La técnica de la relajación muscular progresiva, fue desarrollada por Jacobson, se basa en disminuir los niveles de activación mediante el descenso progresivo de la tensión muscular, consiste en aprender a discriminar entre sus estados ansiosos y sus estados de relajación, mediante el tensar y destensar los distintos grupos musculares. En la primera fase que es la de tensión, la contracción del músculo debe sentirse, facilitando así las sensaciones percibidas a la tensión, a su vez, la

respuesta siguiente de relajación. En la segunda fase de relajación, se debe evitar algún esfuerzo activo y simplemente permanecer de forma pasiva mientras se experimenta la distensión muscular de soltar de prisa toda la tensión (Ruiz et al., 2012).

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

F. La reestructuración cognitiva. Tiene como objetivo principal modificar las creencias, expectativas, pensamientos, atribuciones, entre otros; utiliza estrategias cognitivas, conductuales o de ambas, recurre a técnicas de los modelos de tratamiento de la depresión. (Buela-Casal y Sierra, 2004).

G. La técnica de las tres columnas. Se utiliza para la detención de las distorsiones más comunes; los propósitos de la técnica son, incrementar la objetividad en cuanto a sus cogniciones, la relación que existe entre sus pensamientos negativos, sentimientos desagradables y conductas inadecuadas y la distinción entre una interpretación realista y la distorsionada. (Buela-Casal y Sierra, 2004).

H. La técnica de solución de problemas. Nezu y Nezu elaboró esta estrategia en 1991 y señala que debe dividirse en cinco etapas: la orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y la puesta en práctica; el objetivo es que se pueda afrontar los problemas planteados de manera racional y no en forma emocional (Vallejo, 2012).

I. Bloqueo de Pensamiento. Su aplicación consiste en controlar los pensamientos negativos, poco saludables, dañinos que se dan frecuentemente generando conductas desadaptadas mediante las autoinstrucciones que son frases previamente elaboradas por la paciente para usarlas en momentos de tensión, reemplazando los pensamientos automáticos

por las autoinstrucciones. , se plantea la tarea para que la realice en horas especificadas, repitiéndola de 10 a 20 veces en cada ocasión (Buela-Casal y Sierra, 2004 como se citó en Raich, 1991).

2.3.2. *Variable dependiente: Depresión*

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. (López, 2016 como se citó en Beck, 1983).

2.4. Participante

Se trata de una paciente es una mujer de 35 años de edad, natural de Huancayo, pero radica en la capital, en el distrito villa el salvador. Tiene un hijo de 12 años y está separada del padre por problemas de pareja. Actualmente no trabaja solo se solventa de lo que el padre de su hijo le envía cada mes, tiene una hermana mayor que a veces le consigue trabajos eventuales esporádicamente; recientemente le diagnosticaron principio de diabetes.

2.5. Técnicas e Instrumentos

2.5.1. *Técnicas*

2.5.1.1. Evaluación Cognitivo Conductual para la Depresión

La evaluación de la depresión se basa en las características y sintomatología del trastorno, como la conducta psicomotora y la verbal. Además, se evalúa los aspectos del ambiente del paciente que puede relacionarse con el inicio o mantenimiento de la depresión (Caballo, 1997).

2.5.1.2. Entrevistas Conductuales para la Depresión

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

La entrevista conductual busca identificar las conductas objetivo de evaluar. Además, es el método para solicitar, el consentimiento informado, desarrollar el análisis funcional, la historia clínica, conocer la motivación del paciente o evaluar la efectividad de las intervenciones. (Ruiz et al., 2012).

2.5.1.3. La Observación en la Evaluación Conductual

La observación conductual es un método requerido durante la intervención y su objetivo está dirigido a obtener información detallada acerca de las conductas problemas e identificarlas claramente. (Ruiz et al., 2012).

Organiza la información recogida en hipótesis sobre las conductas problema, los antecedentes y las consecuencias, así como otras variables que afecten de manera negativa a la paciente, con el objetivo de determinar que refuerza la conducta. (Ruiz et al., 2012).

2.5.2. Instrumentos

2.5.2.1. Test de personalidad de Eysenck

A. Ficha técnica del test inventario de personalidad (EPI) forma B

- Nombre: Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR).
- Autor: Hans Eysenck y Sybil Eysenck.
- Adaptación peruana: Domínguez et al., 2013.
- Aplicación: Individual o Colectiva, a partir de los 16 años.
- Duración: Aproximadamente 30 minutos.
- Finalidad: Evaluación de tres dimensiones básicas de la personalidad:

- Extraversión (escala E).
- Emotividad o escala de Neuroticismo (Escala N)
- Normalidad o escala de Psicoticismo (Escala P)
- Una escala de Disimulo/Conformidad

Normas de aplicación del EPQ-R

Las instrucciones para responder a los elementos están escritas en el protocolo del test, las cuales se deben leer en voz alta cuando se evalúa a un grupo o por la propia persona en una aplicación individual. Las instrucciones no se pueden cambiar o ampliarse. Normas de corrección, puntuación e interpretación: Se proporcionará un formato digital de corrección del instrumento, ya que el cálculo manual toma una considerable cantidad de tiempo y está sujeta al error del evaluador. El EPQ-R proporciona puntuaciones percentilares entre 1 y 99 en cada escala, y lo que nos indica el autor es que se han determinado puntos de corte para el valor del nivel de la dimensión presente en la persona.

- Muy alto: entre 66 y 99
- Alto: entre 56 y 65
- Promedio: entre 46 y 55
- Bajo: entre 36 y 45
- Muy bajo: entre 1 y 35

Asimismo, para lo referido a la validez de la aplicación, en el formato informático se dan las pautas respecto ello.

2.5.2.2. Escala de depresión de Beck

Ficha Técnica Nombre: Inventario de depresión de Beck II- (DBI-II).

Autores: Aron Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Año en la que se publicó: El cuestionario fue adaptada en Lima Sur por Espinosa Estrada Ángela (2016).

- Administración: Colectiva e Individual.
- Significación: Evaluar el nivel de Depresión.
- Tiempo de aplicación: 10 minutos como máximo.
- Grado de aplicación: Mayoría de edad.

Características: El inventario de Depresión Beck-(BDI-II). Es de uso auto aplicable de 21 ítems ha sido diseñado para evaluar el grado de la sintomatología depresiva de la persona en adultos y en el adolescente con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir entre las cuatro alternativas lo que mejor le parezca según el estado de ánimo del cual se encuentre.

En la versión de 1961 cada ítem se contemplaba de 4 a 6 opciones de respuestas ordenadas de menor a mayor gravedad y es así como fueron recogidas en la adaptación de Conde et al., (1975) posteriormente introdujeron varias modificaciones importantes sobre el cuestionario original como la eliminación completa de 2 ítems (sentimiento de culpa y autoimagen) y la aleatorización de las alternativas de respuesta. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión más que los síntomas de esta esfera representan al torno al 50 % de la puntuación total de cuestionario siendo los síntomas de tipo somático /vegetativo el segundo bloque de mayor peso de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico cognitivos y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos. Confiabilidad: Sus índices Psicométricos han sido analizados de carácter profunda reflejando una buena consistencia interna. (alfa de cronbach 0,76-0,95) la fiabilidad del test oscila alrededor de $r=0,8$ pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración. En lima sur, Espinosa en el año 2016, en una muestra de más de 1000 universitarios, reporto en la confiabilidad por consistencia interna coeficientes Alfa de Cronbach de 0.865 para el nivel general y coeficientes superiores a 0.60 para las 3 áreas en esta población que hallan y componen el inventario. Validez: Su validez

predictiva como instrumento de diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 a 64 años de edad, con buen rendimiento sensibilidad 100% especificidad 99% y valor predictivo positivo 0.72 y valor predictivo negativo 18 (punto de corte >13) se había hecho un estudio en grupos distintos de pacientes médicos con criterios dispares en cuanto al punto de corte, porque los resultados no eran homogéneos. Espinosa (2016) en lima sur en universitarios evaluó la validez de constructo de BDI-II a través de análisis factorial hallando tres factores que explican el 39% de la varianza total.

2.5.2.3. Test de Registro de opiniones

A. Ficha técnica

- Nombre: Registro de Opiniones. Forma A. (REGOPINA).
- Autores: Martha Davis, Matthew Mckay y Elizabeth Eshelman.
- Adaptación: Percy Guzmán Grados; Adaptó la prueba en Lima
- Año: 1982 (texto), 1987, 1988 (versión modificada), 2009
- Objetivo: Poner de manifiesto las ideas irracionales particulares que contribuyen, de forma encubierta, a crear y mantener el estrés y la infelicidad.
- Forma de aplicación: Individual o colectiva.
- Tiempo de aplicación: No hay tiempo límite, Aprox. 20 minutos.
- Ámbito de aplicación: Para adolescentes y adultos que hayan cursado y aprobado por lo menos un año de instrucción secundaria.

Principales usos: Dentro de un contexto psicoterapéutico con técnicas racional-emotivas y con fines de investigación.

El Registro de Opiniones (REGOPINA) de Davis et al., (1988), fue originalmente divulgado como una técnica de autoevaluación. En su forma original constaba de 100 ítems

formados por afirmaciones diversas. En todo el cuestionario estaban presentes 10 de las 12 principales ideas irracionales tal como fueron formuladas en un principio por Ellis (1958), quien al revisarlas nuevamente decidió dejarlas en 11 en su libro clásico sobre la Terapia Racional Emotiva Ellis (1962).

B. Adaptación

Fue adaptado por Guzmán (2009), quien validó el registro de opiniones para el contexto peruano reduciendo a las 6 creencias irracionales consideradas, con 65 ítems, constituido por seis escalas, las que evalúan seis creencias irracionales, cada creencia es explorada a través de 10 ítems y es aplicable a partir de los 14 años, siendo sus principales usos dentro de un contexto psicoterapéutico con técnicas racional-emotivas y con fines de investigación.

2.5.3. Evaluación Psicológica

2.5.3.1. Observación Psicológica

La entrevistada se encuentra lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Al inicio de la entrevista muestra poco contacto visual, evitando mirar de frente así mismo también muestra seriedad en sus gestos, falta de expresividad en su rostro, sin embargo, a medida que avanza la entrevista va comenzando a gesticular gradualmente. Presenta lenguaje comprensible y discurso coherente sin embargo su tono de voz es bajo y por momentos entrecortado y titubeante.

De acuerdo al avance de las sesiones se muestra más colaboradora y empática respondiendo a las preguntas que se plantearon. Así mismo también realizó preguntas cuando no entendía las consignas dadas, lo que demostraba su inquietud e interés en la terapia. Sin embargo, ante las preguntas que no podía responder con facilidad, pausaba bajaba la cabeza miraba hacia el suelo se mordía los labios y realizaba movimientos repetitivos en sus rodillas, estas conductas las realizo en cuatro ocasiones. Finalmente cabe agregar que durante las

sesiones mostró puntualidad en la asistencia a las sesiones, responsabilidad en las tareas encomendadas y cumplimiento constante de las consignas dentro del trabajo terapéutico.

2.5.3.2. Motivo de consulta

Carmen refiere: “Desde hace dos años mi pareja ha tenido que irse fuera de Lima a trabajar en la mina sin embargo, acabo de enterarme que mi pareja tiene una nueva relación en la provincia donde está trabajando desde hace un año y lo peor de todo es que esa mujer está embarazada de mi marido...” no puedo dormir, no quiero comer, mi mente solo piensa y piensa a cada momento sobre ese problema que me tiene muy triste, impotente y quisiera ir a buscarlo pero no puedo por mi hijo de 10 años que vive conmigo. Necesito ayuda no sé qué hacer, no sé a quién recurrir, no sé qué hacer, me siento muy sola. A veces quisiera irme lejos y desaparecer la verdad me siento muy sola, solo me encierro en mi cuarto a llorar sin que mi hijo me vea.

2.5.3.3. Descripción actual del problema

Carmen manifiesta que desde hace dos semanas no deja de llorar, se siente muy triste 9/10, cólera 6/10, ansiedad 8/10, frustración 7/10 e impotencia. Esta situación la atraviesa tres veces al día diariamente, siente dificultad para respirar, palpitación acelerada, agitación y un dolor profundo en el pecho.

No logra conciliar el sueño; ha perdido la apetencia, así como las ganas de salir a distraerse solo se queda en su casa, a causa de la ruptura de su relación de pareja por motivos de infidelidad por parte del padre de su menor hijo.

Según refiere la evaluada no deja pensar a cada momento en el problema que está atravesando, piensa que todo esto sucedió porque ella misma descuidó su relación, mencionando, esto pasó por mi culpa”, cree que no fue una buena mujer, piensa “no debí descuidar mi relación”, se descuidó físicamente, a lo que piensa “soy fea y a mi edad nadie me

va a ver atractiva”, ya no se arreglaba como antes y por esa razón su esposo buscó a otra mujer. Mientras expresa estas palabras esboza una sonrisa desencajada en su rostro, pero con lágrimas en los ojos moviendo repetitivamente los pies y mordiéndose los labios.

Desde hace dos años atrás que su pareja se fue a trabajar a una mina en provincia, Carmen vive en Lima en la casa de su hermana junto a su pequeño hijo de 10 años de edad y su hermana mayor y su sobrina. “desde hace dos años se fue a trabajar a provincia y solía venir cada fin de mes, se quedaba una semana con nosotros, llamaba constantemente para saber cómo estábamos y si algo necesitábamos, se preocupaba mucho por nosotros; pero al año siguiente dejó de llamar seguido a veces llamaba después de una semana diciendo que estaba muy ocupado o porque estaba con sus amigos del trabajo tomando”. Una tarde su cuñada le dio la noticia de la infidelidad de su pareja, le comentaba que lo había visto ella misma en persona, a lo que ella reaccionó de forma incrédula y sin dar mucha importancia prefirió cambiar de tema, pero se quedó con la duda.

Comenta que coge su celular para revisar a cada momento el perfil de la red social (Facebook) de su esposo para saber si comenta algo de la otra mujer con la que sale. Ha logrado encontrar el perfil de la otra mujer y revisando sus fotografías ha notado que es una mujer veinte años más joven que ella, situación que la ha sumido en la frustración, impotencia y tristeza al compararse con ella.

Hace un par de días recibió la llamada de un número desconocido diciéndole: “soy la pareja de Rubén, estamos juntos hace más de un año y él ya no quiere saber de ti, déjalo ser feliz... porque ahora yo soy su pareja y estoy embarazada de él y vamos a ser una familia”.

En otras ocasiones refiere haber hablado con su cuñada para que intercediera por ella y lo persuada para que cambie de decisión, manifestando que, si su pareja vuelve con ella, sería capaz de olvidar todo lo ocurrido con tal de estar juntos, y su cuñada le dice” no seas sonsa, no te dejes quitar tu marido, es el padre de tu hijo. ¡Tienes que luchar por tu familia!”.

2.5.3.3. Entrevista (Historia personal)

A. Desarrollo cronológico

Desde los 10 años Carmen refiere haber experimentado un suceso muy impresionante al perder a sus padres en un accidente de viaje interprovincial. Al respecto comenta: “me sentía muy mal triste y sola, me preguntaba porque mis padres se tuvieron que ir de mi vida tan pronto”.

Debido a ese acontecimiento terrible tuvo que irse a vivir a la casa de sus tíos, según comenta no le fue fácil adaptarse a la convivencia con sus tíos, refiere que le tomó cerca de un mes para poder sentirse en confianza con su nueva “familia”, porque le cuesta mucho entablar confianza con las personas que recién conoce o conoce poco.

A los 13 años refiere haber sido víctima de tocamientos indebidos por parte de su tío quien lo hacía en varias ocasiones cuando estaba sola en su cuarto y no había nadie en la casa, según refiere Carmen opto por quedarse callada por miedo y vergüenza a que le griten o la boten de la casa de sus tíos.

A los 15 años recuerda haber tenido el cumpleaños más triste, porque sus tíos prefirieron llevar de viaje de paseo a la hija de ellos que tiene 12 años, mientras que a Carmen le dejaron cuidando la casa en una fecha muy especial para ella. Según refiere entre lágrimas: “no era justo para mi haber pasado por esta situación, la vida ha sido muy dura conmigo” mientras se seca las lágrimas.

Comenta haber tenido una etapa escolar muy discreta su rutina era siempre la misma de la casa de sus tíos al colegio y del colegio a la casa de sus tíos, no podía salir con sus amigas del colegio después de clases porque sus tíos eran muy rigurosos y controladores con ella, porque según sus tíos no querían que termine embarazada.

Carmen comenta que una ocasión a altas horas de la noche su tío se metió a su cuarto en estado de ebriedad con un regalo en la mano y se acostó en su cama junto a ella y le dijo:

“ya eres una mujercita muy linda y si quieres yo te puedo dar lo que necesitas”, mientras intento besarla a la fuerza y en pleno forcejeo su tía entro al cuarto y en lugar de defenderla, le grito culpándola de incitar a su esposo.

A los 17 años recuerda haber estado saliendo con un chico de su colegio a escondidas hasta que un día su tía le espero a la salida del colegio y la vio con su enamorado y con una correa la empezó a golpear delante d toda la gente gritándole: “callejera, mañosa, ¿para esto te mandamos al colegio?”. Producto de esta vergüenza en público a la que fue expuesta ya no quiso volver a estudiar para luego ponerse a trabajar. Comenta que guardaba mucha cólera y resentimiento a esa familia con la que vivió muchos años.

A los 18 años conoce a un primo de 32 años que venía a visitar a sus tíos, del cual se enamora y mantienen una relación a escondidas. Una oportunidad el primo llega a la casa cuando los tíos de Carmen no estaban y en esas circunstancias Carmen es forzada para tener relaciones sexuales sin su consentimiento, aquella vez sería su primera experiencia sexual, sin embargo, terminan siendo descubiertos infraganti por el tío de ellos, siendo insultados y agredidos físicamente por su tío. Después de ese incidente Carmen decide irse de la casa de sus tíos para alquilar un cuarto en la casa de una amiga junto con su primo.

Durante aquella época se dedicó a trabajar como ayudante de cocina en un restaurant y convivía con su primo en el cuarto, refiere que su pareja solo estaba con ella dos veces a la semana, según recuerda que mayormente se sentía sola en casa cuando no estaba a su lado, por tal razón trataba de pasar mayor tiempo con el complaciéndolo en todo lo que le exigía.

Cinco meses después se entera que está embarazada al confirmarlo con examen de embarazo que se hace en la posta de su localidad debido a que su periodo se le había retrasado más de dos meses. La noticia la afecta emocionalmente porque no se sentía preparada y a la vez sintió culpa por ese resultado, aquel día mientras espera a su pareja se sentía intranquila por la preocupación. En la noche mientras dormía escucha llegar a su pareja, y al verlo nota

que está ebrio, su pareja trata de forzarla para tener relaciones sexuales, pero le advierte de la noticia lo que desata en él una respuesta violenta, agrediéndola físicamente y diciéndole: “tú no puedes estar embarazada, ¿de quién será?, a mí no me vas a chantar ese hijo, ese es tu problema, yo tengo mi mujer y mis hijos”, teniéndola de los pelos en el suelo abofeteándola una y otra vez.

A los días después Carmen entre lágrimas le cuenta todo lo sucedido a su amiga sin saber que hacer pues se siente sola y abandonada según refiere. Entre todo ese cúmulo de emociones fuertes tristeza culpa soledad miedo opta abortar por sugerencia de su amiga. Acontecimiento que la afecta aún más emocionalmente.

A los 23 años conoce consigue un nuevo trabajo como empleada del hogar como adentro. Una noche la familia había realizado una fiesta y Carmen estaba presente a los dueños de la casa, bailaron bebieron durante el transcurso de la noche. Cuando Carmen se dirigía a la cocina, su patrón un señor de 38 años separado de su esposa con el cual tenía poca confianza le coge de la mano y le dice que le gusta mucho y la besa a la fuerza, pero ella no hace nada para rechazarlo, correspondiéndole también. Mantienen una relación de cinco años y tienen un hijo. Sin embargo, aparecieron los problemas de pareja por razones de infidelidad por parte de su pareja, pero ella solo callaba soportando engaños y maltratos físicos y psicológicos para evitar que la vuelvan a abandonar y sumirse en la tristeza otra vez.

Un día despierta con la noticia de que su pareja lo habían asesinado por mantener una relación con la esposa de un delincuente. La noticia la sume en el dolor y la tristeza al quedarse sola con su hijo de 4 años.

A los 30 años Carmen conoce en una reunión de amigos del trabajo a un hombre mayor por 10 años con el que mantiene una relación hasta la actualidad, hasta que se presentaron nuevamente los problemas de infidelidad, razón por la cual es su motivo de consulta.

2.5.3.4. Historia personal

A. Desarrollo inicial

Debido a las circunstancias vividas por la paciente con respecto a la pérdida de sus padres a temprana edad la información acerca de la etapa prenatal, parto y post natal es nula o muy escasa. Sin embargo, según refiere la paciente guarda recuerdos de cuando su mamá le contaba de niña que su nacimiento fue prematuro, se había adelantado un mes antes de lo programado por razones que desconoce.

Recuerda también que a los 4 años que tuvo dificultades para controlar su esfínter se orinaba sin avisar, así mismo también refiere haber sido de niña muy callada poco sociable muy pegada a su mamá, si la dejaba sola se ponía a llorar, aunque sea por unos minutos.

B. Conductas inadecuadas más resaltantes en la infancia

Según recuerda la paciente cuando tenía 5 años refiere haber sido muy sensible, lloraba si le corregían, así fuera de manera suave. Tiene recuerdos vagos de sus padres como personas muy afectuosas sobre todo de su padre, no era de jugar con otros niños, solo los observaba desde un rincón y cuando ellos querían acercársele para jugar se iba corriendo hacia su madre.

Recuerda que su primera vez que fue al colegio lloró todo el día porque quería estar en su casa con su mamá hasta que poco a poco con el transcurso de los días fue acostumbrándose, pero con dificultad, a veces su mamá tenía que llevarla y quedarse con ella en el salón. No solía hablar mucho con sus compañeros del salón.

C. Actitudes de la familia frente a la niña

La relación de los padres hacia la niña fue muy estrecha sobre todo con el padre de quien guarda recuerdos muy especiales, cuando vivían en la sierra recuerda que la llevaba al establo a ordeñar la vaca y se reía al ver como salía la leche de la ubre, le gustaba cuando la cargaba y la ponía en sus hombros o cuando llega del trabajo con chocolate para dárselo.

Recuerda también a su madre como una persona cariñosa, pero a la vez correctiva cuando hacía alguna travesura o no obedecía las órdenes que le daba.

Recuerda haber tenido unos padres que se respetaban, se querían, pero no expresaban su amor delante de ella como por ejemplo besos, caricias o abrazos. Así mismo tampoco recuerda haber presenciado escenas de violencia o agresión entre ellos al menos delante de ella.

D. Educación

En la primera su educación fue tranquila no tuvo dificultades con respecto a su aprendizaje realizaba tus tareas con la ayuda de su madre que la orientaba y supervisaba, obteniendo calificaciones dentro del nivel promedio regular.

Sin embargo, la secundaria fue una etapa difícil para ella debido al suceso de la pérdida de sus padres, el cambio de escuela. Sus calificaciones se vieron afectados notoriamente desaprobó algunos cursos, pero lograba pasar de año, con respecto a su desenvolvimiento académico no era muy participativa más bien era callada poco comunicativa. Así se mantuvo su etapa académica hasta el cuarto de secundaria que después desiste de seguir estudiando para ponerse a trabajar por los problemas con sus tíos.

E. Área Laboral

Si bien es cierto Carmen comienza a trabajar a partir de los 18 años como ayudante de cocina en un restaurant, ya de niña en casa de sus tíos tenía obligaciones dentro del hogar como por ejemplo limpiar, lavar, cocinar todos los días.

Carmen ya de muy joven sabía que debía ganarse el plato de comida realizando las labores cotidianas en la casa sus tíos, así que ya desde muy temprano aprendió el sentido de la responsabilidad y del esfuerzo. Cuando trabajaba en el restaurant que aprendió mucho acerca del negocio de comidas, sin embargo, recuerda que la dueña era muy exigente y a veces la hacía quedar más tiempo de lo debido una o dos horas más, parte del mal humor que debía aguantar muy a menudo de su jefa. En su último trabajo Carmen recuerda haber tenido más

facilidades y dominio de las tareas encomendadas debido a la experiencia ya tenida, refiere que le resultaba más fácil la realización de las tareas del hogar y la preparación de los alimentos.

F. Desarrollo Psicosexual

Si bien es cierto refiere haber sido víctima de tocamientos indebidos de muy joven, así como de intentos de abuso sexual. Su primera experiencia sexual ha sido a los 18 años con un primo lejano. En su familia jamás ha visto escenas de connotación sexual en sus padres, sin embargo, recuerda que en la secundaria sus amigas, “las más relajadas” según refiere hablaban de sexo, pero ella no le prestaba mucho interés, pero ya de mayor con su amiga Reyna con quien tiene más confianza comenta que le llama la atención las anécdotas que le cuenta acerca de sus experiencias sexuales con otros chicos.

H. Actitudes y preferencias religiosas

Su familia pertenecía a la religión católica. Según recuerda la examinada, sus padres la solían llevar los domingos a misa y las fechas festivas como semana santa su madre participaba en las actuaciones de la pasión de cristo en su comunidad. Carmen goza del bautizo y primera comunión como sacramentos realizados. Guarda recuerdo de sus padres como personas fuertemente creyentes, sin embargo, en la actualidad la evaluada refiere haber dejado de practicar su religión como lo hacían sus padres, pero sigue siendo creyente, por tal razón piensa que sus padres están con “Diosito” y desde ahí la cuidan y protegen.

I. Historia de interacción social

Carmen recuerda haber sido una niña poco interactiva con los demás niños, cada vez que salía a la calle y veía a los niños de su cuadra jugando en la calle solo se quedaba parada apoyada en la pared mirándolos, pero no se atrevía a acercarse por temor. Comenta que ese temor era debido a una experiencia negativa que tuvo con un niño que la golpeo con un palo.

Ya adolescente se mantuvo cohibida y poco sociable con sus amigos del colegio, solo con un par de amigas con las que tenía confianza se quedaba conversando a la hora del recreo.

Actualmente ya de adulta es una persona bastante reservada, no se considera extrovertida, tampoco suele dar la iniciativa en una conversación, prefiere que otro sea el que tome la iniciativa. Sin embargo, se considera una persona que puede tranquilamente mantener una conversación, pero con poco contacto visual porque se siente intimidada cuando la miran directamente a los ojos.

J. Hábitos e intereses

La examinada refiere que tiene pocos hábitos e intereses, refiere que de niña le gustaba ordeñar la vaca de su padre, así mismo también le gustaba que su padre la pasee en bicicleta. de adolescente recuerda que le gustaba escuchar canciones de genero balada, sobre todo cuando estaba en su cuarto acostada en su cama, refiere que le gustaba las canciones de baladas, que usualmente se pone a llorar escuchando esas canciones, porque recordaba su historia triste. Actualmente comenta que el gusta ver novelas o películas de género drama.

K. Accidentes y Enfermedades

Desde niña la examinada no recuerda haber padecido enfermedades importantes, pero si resfríos y a veces infecciones estomacales. Ya de adolescente empezó a desarrollar alergias en las vías respiratorias ya sea por la humedad del invierno o por el polvo, situación que se mantuvo en el tiempo haciéndose crónico. Actualmente sus problemas alérgicos se convirtieron en rinitis alérgica al punto de comprometer sus fosas nasales, complicando su normal respiración, situación que la hace sentir ansiedad 6/10. Comenta que lleva consigo medicamentos antihistamínicos en su bolso como por ejemplo “Cetirizina” y “Cloroalergan” para contrarrestar sus problemas alérgicos.

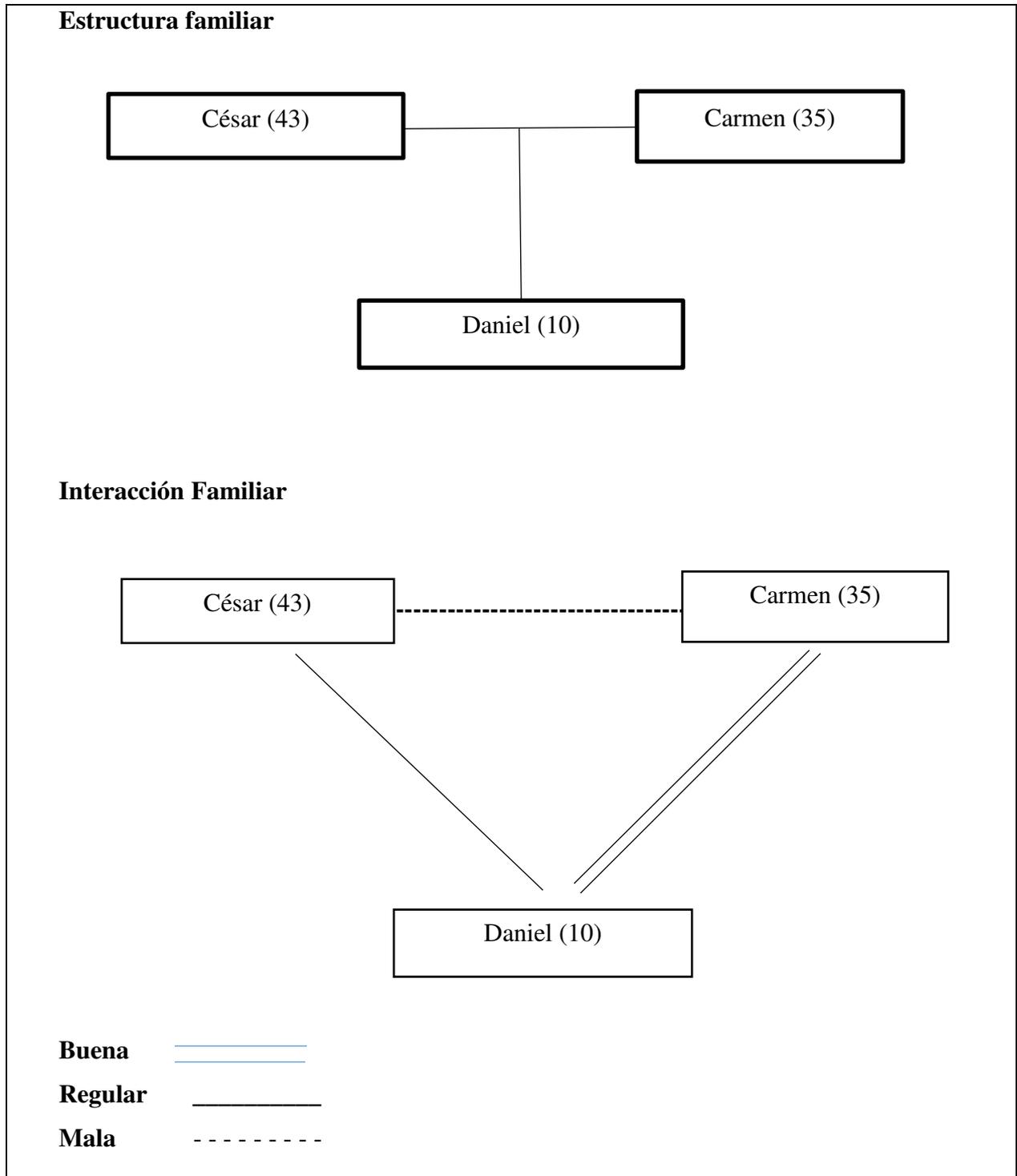
L. Historia familiar

La paciente vive solo con su hijo de 10 años en un cuarto alquilado en villa el salvador, en la actualidad se encuentra separada de su esposo por problemas de infidelidad. Sus padres están fallecidos, tiene una hermana mayor con quien se comunica y frecuenta regularmente, su relación con ella es buena basada con la confianza y el respeto.

Tabla 1

Dinámica familiar de la usuaria

Parentesco	Nombre	Grado Inst.	Ocupación	Relación
Esposo	César	Técnico	Operario de maquinaria pesada	Relación distante a raíz de su separación y por su trabajo fuera de lima, no se ven en persona, solo se comunican mediante llamadas telefónicas y mensajes de texto para coordinar los gatos de su hijo.
Hijo	Daniel	Primaria	Estudiante	Mantiene una buena comunicación, viven juntos y su comunicación con la madre es abierta y constante.
Hermana	Marlene	Secundaria Completa	Mesera de restaurante	Mantiene una relación estrecha basada en la confianza y respeto, su hermana la apoya económicamente cuando tiene carencias. se frecuentan tres veces por semana.

Figura 1*Estructura e interacción familiar*

2.5.4. Evaluación Psicométrica

Informe psicológico del Test de personalidad de Eysenck

1. Datos de filiación

Apellidos y Nombres	:	Carmen Y.
Edad	:	35 años 7 meses
Sexo	:	Femenino
Estado Civil	:	Conviviente
Religión	:	Católica
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Huancayo, 02/03/1984
Grado de instrucción	:	2° de secundaria
Domicilio	:	Mz E1, Lt12, B2 S2 Villa el Salvador
Referente	:	La usuaria
Fecha de Evaluación	:	18 de diciembre del 2019
Evaluador	:	Lic. Cristhian J. Gabino Yauriman

2. Motivo de Consulta

Evaluación de rasgos de personalidad

3. Técnicas e instrumentos aplicados

Test de Personalidad de Eysenck

4. Resultados

Tabla 2

Resultados del Cuestionario de Personalidad de Eysenck

Dimensión	Puntaje Directo	Diagnóstico
<i>E</i>	5	Personalidad introvertida, contemperamento melancólico.
<i>N</i>	14	Inestable emocionalmente
<i>L</i>	3	Válido

5. Interpretación de los resultados

Extraversión: Carmen, presenta características de personalidad con tendencia a la extroversión, es decir socialmente activa y vivaz, en el trabajo usualmente es la que se encarga de realizar los eventos para los onomásticos de los demás compañeros de su trabajo, coordina los horarios y el lugar para las reuniones, gusta más de la actividad práctica; se ha matriculado en talleres de danza y teatro. Le gusta relacionarse con lo demás, necesita de abundancia de estímulos para sentirse motivada. Por ejemplo, cuando en el trabajo la felicitan por su buen desempeño, se alegra, y siente más ánimo de realizar sus actividades con mayor entusiasmo. En ocasiones poco frecuentes tiende a ser impulsiva sobre todo en situaciones donde está expuesta a la presión; en su trabajo cuando se acumula el público para la atención y comienzan a gritarle pidiéndole más rapidez, pierde la paciencia reaccionando de la siguiente manera: aprieta los labios, arruga la frente y habla engrosando y levantando la voz y a veces discute con los clientes.

Neuroticismo: Por otro lado, presenta adecuada tolerancia a las situaciones de estrés sea físico o psicológico cuando se encuentra trabajando atendiendo al público en un hospital del estado, llama al orden, orienta al público usuario, escucha los reclamos asertivamente y brinda alternativas de solución para sus problemas. Así mismo denota un correcto manejo y control de sus emociones cuando en casa se presenta alguna discusión, busca la calma a través del dialogo y la comprensión.

Psicoticismo Se ajusta a las reglas sociales y familiares, buscando la participación y la comprensión entre ellos para fortalecer las relaciones interpersonales de manera efectiva.

6. Conclusiones

Características de personalidad con tendencia extrovertida

- Neuroticismo con sistema nervioso central estable
- Psicoticismo con adecuado ajuste conductual dirigido a las reglas sociales y familiares

7. Recomendaciones

- Entrenamiento en competencias personales – sociales
- Seguir un Programa de manejo emocional (impulsividad)
- Mantenimiento de conductas sociales y familiares exhibidas.

Firma y fecha

Informe Psicológico del Inventario de Depresión de Beck

1. Datos de filiación

Apellidos y Nombres	:	Carmen Y.
Edad	:	35 años 7 meses
Sexo	:	Femenino
Estado Civil	:	Conviviente
Religión	:	Católica
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Huancayo, 02/03/1984
Grado de instrucción	:	2° de secundaria
Domicilio	:	Mz E1, Lt12, B2 S2 Villa el Salvador
Referente	:	La usuaria
Fecha de Evaluación	:	11 de diciembre del 2019
Evaluador	:	Lic. Cristhian J. Gabino Yauriman

2. Motivo de Consulta

Determinar el grado de Depresión de la evaluada.

3. Pruebas Aplicadas:

Inventario de Depresión de Beck.

4. Resultados:

El puntaje obtenido por la usuaria es de 27 puntos lo cual indica una Depresión moderada, presenta labilidad emocional, tristeza, sentimientos de culpa y soledad, desgano al realizar sus actividades diarias, desinterés en las relaciones sociales, ideas irracionales sobre su futuro, pensamientos negativos sobre su situación, actual lo cual influye en su repertorio conductual y emocional.

5. Conclusiones

Dentro de los principales aspectos a resaltar se logra concluir que la paciente presenta un importante grado de tristeza con humor deprimido y melancolía acompañado de algunos sentimientos de culpa, otro aspecto de importancia a tomar en cuenta es la inactividad donde la paciente tiene la capacidad de realizarlas, pero tiene un desinterés por realizar cada proceso por lo que su rendimiento se ve disminuido en el ámbito laboral como educativo.

Con respecto a los pensamientos suicidas, su relevancia es menor; por otro lado, presenta insomnio precoz, debido a inconvenientes al inicio de la noche para poder conciliar el sueño, pero durante toda la noche no vuelve a despertarse. En relación a su peso, evidencia una ligera disminución probablemente asociado a su situación actual, que la conlleva a manifestar preocupación por su salud en el aspecto de hipocondría. La paciente es consciente de su estado depresivo a consecuencia del evento adverso que atravesó, así como también de los cambios significativos en sus síntomas.

6. Recomendaciones:

- Se recomienda llevar una terapia individual de preferencia con enfoque cognitivo conductual.
- Desarrollar la parte motivacional a través de una distribución de actividades físicas y distractoras con el acompañamiento de personas de su entorno con los que tenga mayor afinidad.
- Realizar ejercicios regularmente, aunque se trate de un pequeño paseo; así mismo seguir realizando actividades que siempre le han gustado, incluso cuando no le apetezca.
- Mantener hábitos regulares de alimentación y sueño.
- Concientizar a los familiares sobre de la situación que atraviesa la paciente,

así mismo brindar información acerca de la enfermedad para contar con recursos básicos para poder contener en momentos de crisis.

Firma y fecha

Informe psicológico del Registro de Opiniones Forma A

1. Datos de filiación

Apellidos y Nombres	:	Carmen Y.
Edad	:	35 años 7 meses
Sexo	:	Femenino
Estado Civil	:	Conviviente
Religión	:	Católica
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Huancayo, 02/03/1984
Grado de instrucción	:	2° de secundaria
Domicilio	:	Mz E1, Lt12, B2 S2 Villa el Salvador
Referente	:	La usuaria
Fecha de Evaluación	:	18 de diciembre del 2019
Evaluador	:	Lic. Cristhian J. Gabino Yauriman

2. Motivo de Consulta

Identificar y evaluar los sistemas de creencias en la usuaria.

3. Técnicas e instrumentos aplicados

- La entrevista psicológica
- Registro de Opiniones Forma A (adaptado)

4. Resultados

Tabla 3

Resultados del Registro de Opiniones Forma A

Escala	Escala	Puntaje alcanzado	Racional	Irracional
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	7	0-3	0-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	0	0-2	6-10
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	0	0-2	5-10
D	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	4	0-2	5-10
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.	0	0-1	5-10
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	0	0-2	5-10

5. Interpretación

Úrsula busca el reconocimiento y aprobación de sus amistades y compañeros en el trabajo, sobre todo de su jefe, un abogado muy reconocido y exitoso a quien lo ve como un modelo a seguir. Esta situación se evidencia, por ejemplo, cada vez que se presenta un proyecto de trabajo importante al que asume sin pensarlo dos veces aun sabiendo que tiene otros trabajos

pendientes por entregar. Úrsula se encarga de redactar los expedientes de casos legales por violencia familiar y dar seguimiento a las demandas por alimentos. Su horario de trabajo es de 8 am. Hasta las 3 pm. Sin embargo, se queda trabajando hasta las 6 de la tarde, a veces un poco más, porque quiere avanzar lo del día siguiente, llamando la atención de sus compañeros y su jefe que la felicita por su esmerada labor.

En el trabajo realiza actividades de sus otros compañeros, hasta lo que no le compete como por ejemplo ponerse a limpiar la oficina, aun sabiendo que hay un personal de limpieza designado. A cada momento suele repetir “el tiempo es oro”, “si no hay nada que hacer aunque sea hay que limpiar” en oportunidades a descuido su alimentación por avanzar con el trabajo de otros. Cuando en una oportunidad estuvo con fiebre alta prefirió quedarse en el trabajo y no tomar su descanso afirmando, “tengo que terminar este informe hoy, es mi responsabilidad y no puedo fallar”.

Cuando no termina algún trabajo importante o cuando le dan a su compañero esa función, piensa “que tonta que soy, desperdicio oportunidades”, “ya no confiarán en mi”, “seguramente ya no me darán otros proyectos importantes”.

Esta situación lo refleja disminuyendo su actividad; realiza su trabajo de forma lenta y pausada, se aísla de sus compañeros, ya no baja al comedor junto con ellos, a la salida se va rápido sola, y disminuye su comunicación con sus demás compañeros, expresando respuestas cortas monosilábicas a las preguntas que le hacen.

Cuando no recibe la aprobación y reconocimiento por su esfuerzo ante las diversas actividades que realiza, experimenta ansiedad, frustración, irritabilidad, resentimiento, culpa y tristeza. Debido a que su forma de pensar gira en torno a “es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”.

6. Conclusiones

La examinada presenta las siguientes creencias irracionales:

- “es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”
 (“yo necesito la aprobación de los demás”

Tendencia a pensar:

- “es terrible y catastrófico que las cosas y las personas no sean como uno le gustaría que fueran”

7. Recomendaciones

Entrenamiento en reestructuración cognitiva para cambiar sus creencias irracionales por otras más racionales.

Firma y fecha

Informe psicológico del Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon

1. Datos de filiación

Apellidos y Nombres	:	Carmen Y.
Edad	:	35 años 7 meses
Sexo	:	Femenino
Estado Civil	:	Conviviente
Religión	:	Católica
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Huancayo, 02/03/1984
Grado de instrucción	:	2° de secundaria
Domicilio	:	Mz E1, Lt12, B2 S2 Villa el Salvador
Referente	:	La usuaria
Fecha de Evaluación	:	08 de enero del 2020
Evaluador	:	Lic. Cristhian J. Gabino Yauriman

2. Motivo de Consulta:

Conocer los patrones, patologías y/o síndromes de la personalidad de la evaluada que permitan determinar su perfil psicológico.

3. Técnicas e Instrumentos Aplicados:

Cuestionario de Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon.

4. Resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon

La evaluada muestra rasgos de una personalidad evitativa y auto derrotista, siendo crítico consigo mismo, se preocupa en exceso por la opinión de los demás y su imagen a nivel social, lo que le genera ansiedad, a su vez denota una depresión mayor o moderada con llanto fácil, labilidad emocional, dificultad para conciliar el sueño, muestra pensamientos negativos de su presente y sentimientos de inferioridad que limitan su desarrollo óptimo.

Tabla 4*Resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon*

Puntaje del Inventario	Escala	Dimensión
88	Evitativa	Patrones clínicos de personalidad
90	Autoderrotista	
85	Ansiedad	Síndrome clínico
86	Depresión mayor	Síndrome severo

2.5.5. Informe Psicológico Integrador**1. Datos de filiación**

Apellidos y Nombres	:	Carmen Y.
Edad	:	35 años 7 meses
Sexo	:	Femenino
Estado Civil	:	Conviviente
Religión	:	Católica
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Huancayo, 02/03/1984
Grado de instrucción	:	2° de secundaria
Domicilio	:	Mz E1, Lt12, B2 S2 Villa el Salvador
Referente	:	La usuaria
Fecha de Evaluación	:	10 de enero del 2020
Evaluador	:	Lic. Cristhian J. Gabino Yauriman

2. Motivo de Consulta:

Conocer el perfil psicológico de la evaluada.

3. Técnicas e Instrumentos Aplicados:

- Escala de Depresión de Beck
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck.
- Cuestionario de Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon
- Cuestionario de Registro de Opiniones
- Entrevista Psicológica.

4. Resultados de la Evaluación Psicológica:

La evaluada muestra una personalidad introvertida con temperamento melancólico y tendencia a la inestabilidad emocional, siendo una persona pasiva, calmada con tendencia a fijar rutinas y hábitos bien estructurados, tiende a ser reservada, excepto con amigos muy cercanos, puede ser pesimista e impulsiva, le otorga un gran valor a la ética y aspectos morales, constándole adaptarse a los cambios.

Presenta a la actualidad una personalidad evitativa y auto derrotista, es tendiente a la inseguridad, siendo crítica consigo mismo, se preocupa en exceso por la opinión de los demás y su imagen a nivel social, lo que le genera ansiedad, pensamientos de soledad y fracaso. Le cuesta integrarse y participar de situaciones sociales, evitando circunstancias de riesgo u opinión de los demás sobre ella o su situación conyugal, siendo poco tolerante a las críticas. Se aísla de los demás sintiendo rechazada y no entendida por el resto.

A su vez denota una depresión moderada con llanto fácil, labilidad emocional, dificultad para conciliar el sueño, muestra pensamientos negativos de su presente, su entorno y su futuro, así mismo se observa sentimientos de inferioridad sobre sí misma y culpa sobre su situación conyugal que limitan su desarrollo óptimo.

5. Conclusiones

- Presenta características de una personalidad introvertida melancólica con tendencia a la inestabilidad.
- Se observa una baja autoestima con una percepción negativa de sí misma,

tiende a ser pesimista sobre su entorno y futuro.

- Denota Pensamientos negativos de su situación actual y sentimientos de culpabilidad sobrepresunta infidelidad de su esposo.
- Tiende a aislarse socialmente lo que le genera sentimientos de soledad y rechazo del medio.
- Presencia a la fecha de evaluación una depresión moderada que afecta su entorno social, familiar y conyugal.

2.6. Intervención

2.6.1. *Objetivos terapéuticos*

- Disminuir los síntomas de la depresión a nivel cognitivo conductual y emocional, con una performance del 80% en 10 sesiones consecutivas, a través de la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual.
- Disminuir la emoción del miedo a quedarse sola sin una pareja a su lado.
- Disminuir la emoción de la Tristeza al recordar a su ex pareja
- Disminuir los sentimientos de culpa por su separación conyugal.
- Disminuir los pensamientos de abandono y auto rechazo.
- Disminuir las respuestas fisiológicas como aceleración del ritmo cardíaco, hiperventilación, dolor de cabeza y tensión muscular.
- Reducir la frecuencia y duración de la conducta de llorar cuando recuerda a su ex pareja.
- Reducir la conducta constante de revisar el Facebook de su ex pareja para saber lo que hace.
- Aumentar la frecuencia de interacción y disfrute con sus amistades y/o familiares.
- Aumentar la capacidad de disfrutar actividades placenteras.

2.6.2. Plan de Intervención

2.6.2.1. Diagnóstico Psicológico (tradicional)

Tabla 5

Criterios diagnósticos para la depresión CIE-10

CRITERIOS CIE-10	Presentes en la usuaria
<p>En los episodios depresivos típicos aparece un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado. También son manifestaciones de los episodios depresivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. La disminución de la atención y concentración b. La pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad c. Las ideas de culpa y de ser inútil d. Una perspectiva sombría del futuro e. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones f. Los trastornos del sueño g. La pérdida del apetito <p>La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales. Se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más breves pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida en la capacidad de disfrute de realizar las actividades que antes le gustaba realizar como, por ejemplo: practicar natación, salir a caminar al parque. - olvida las cosas fácilmente o se equivoca después que le explican un procedimiento a realizar. - mantiene ideas negativas hacia sí misma: “ya nadie se va fijar en mí, porque soy una mujer mayor y con un hijo” - expresa ideas de culpa hacia si misma por la ruptura de su relación: “por mi culpa mi pareja me abandono, no supe tratarlo como debía” - visualiza un futuro desdichado e incierto para sí misma: “me quedare sola y triste para siempre”

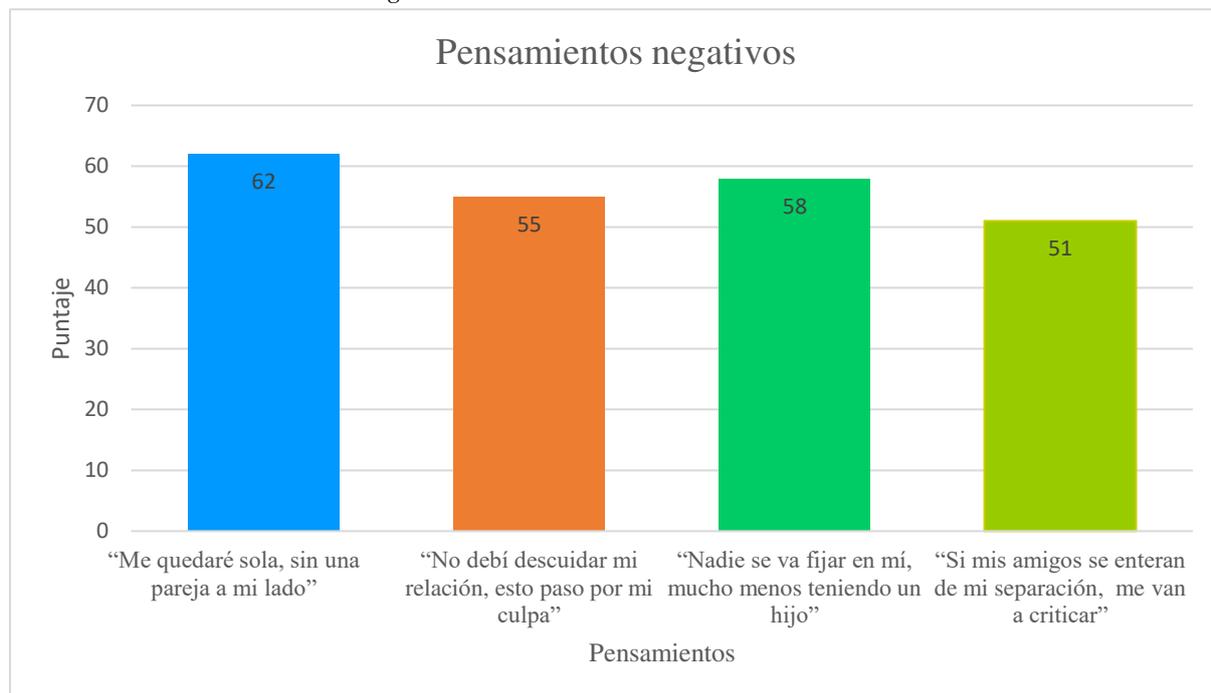
Línea Base

Tabla 6

Registro de frecuencia de pensamientos de la usuaria, línea base

Pensamientos Negativos	Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	Vier	Sab.	Dom.	Total
“Me quedaré sola, sin una pareja a mi lado”	9	8	10	8	10	9	8	62
“No debí descuidar mi relación, esto paso por mi culpa”	7	7	8	7	8	10	8	55
“Nadie se va fijar en mí, mucho menos teniendo un hijo”	9	8	7	9	8	7	10	58
“Si mis amigos se enteran de mi separación, me van a criticar”	7	8	7	6	7	8	8	51

Podemos observar en la tabla 6, la existencia de un total de 62 veces a la semana el pensamiento “Me quedare sola, sin una pareja a mi lado”; seguido de “nadie se va fijar en mi mucho menos teniendo un hijo” (58), “no debí descuidar mi relación, esto paso por mi culpa” (55), “si mis amigos se enteran de mi separación, me van a criticar” (51). Indicadores de la frecuencia de pensamientos negativos e irracionales, que la usuaria repite durante toda la semana a la fecha de evaluación.

Figura 2*Línea Base de Pensamientos Negativos***Tabla 7***Registro semanal de frecuencia e intensidad (1 – 10) de emociones de la usuaria, línea base*

Emociones	Frec. /Inten.	Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.	Total
Miedo (0-10)	F	5	7	6	5	5	6	6	40
	I	7	9	8	7	9	9	8	9
Tristeza (0-10)	F	7	7	8	7	7	7	8	51
	I	9	8	9	10	8	9	10	9
Culpa (0-10)	F	7	6	6	7	7	6	6	45
	I	8	7	8	8	9	8	7	8

Se evidencia que la emoción de tristeza tiene una frecuencia de 51 veces a la semana, con una intensidad de 9 como promedio; seguido de la emoción culpa con una frecuencia de 45 con un promedio de intensidad de 7 y finalmente la emoción miedo con una frecuencia de 40 veces a la semana con una intensidad de 7 como promedio.

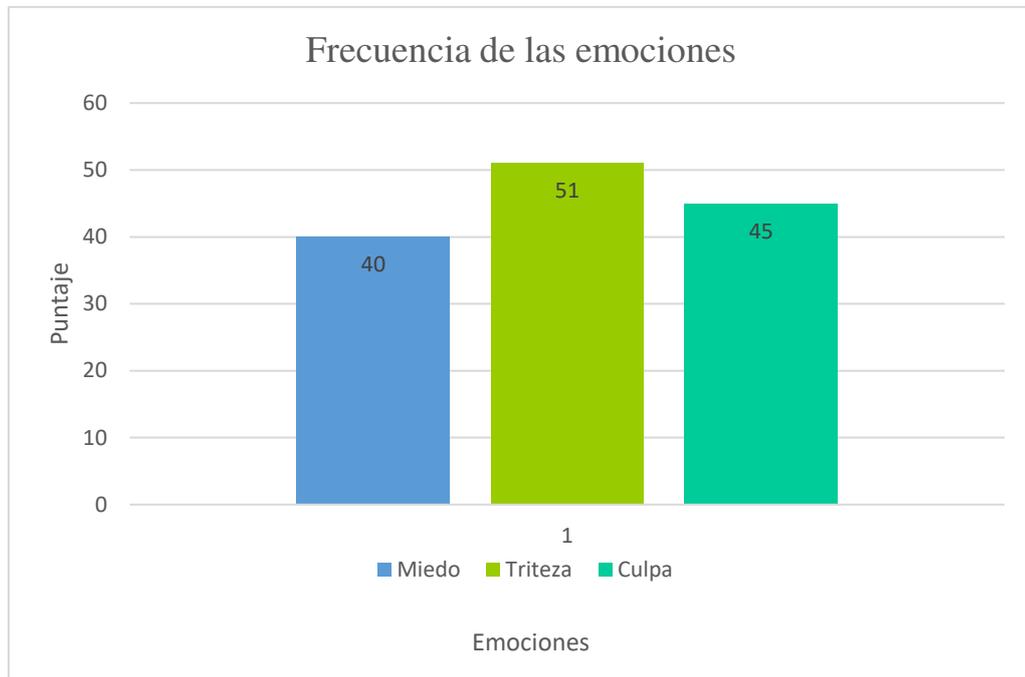
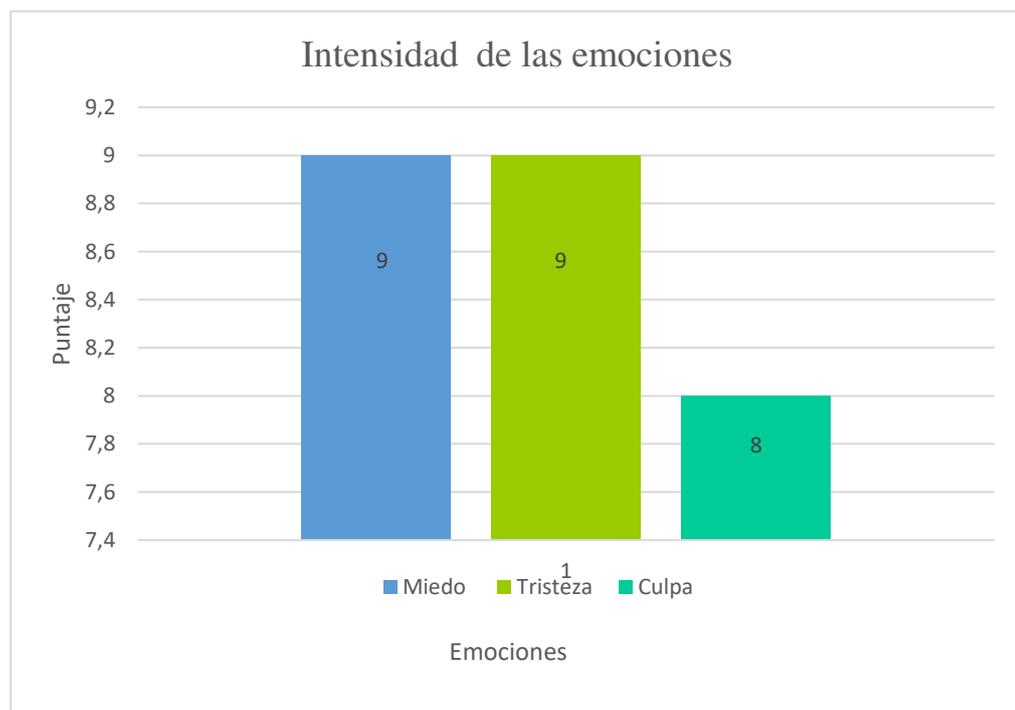
Figura 3*Línea Base de Frecuencia de Emociones***Figura 4***Línea Base de Intensidad de Emociones*

Tabla 8*Registro semanal de frecuencia y duración de conductas problema, línea base*

Conducta / Problema	Frec./ Dur.	Lun.	Mar	Mier.	Juev	Vier.	Sab.	Dom.	Total
Llorar cuando recuerda a su pareja.	F D	6 4h	6 4h	7 5h	7 5h	7 5h	7 5h	6 4h	46 32h
Revisar el Facebook de su ex pareja para saber lo que hace.	F D	6 2h	6 2h	5 1h	7 2h	6 2h	7 2h	7 2h	44 13h
Salir a visitar a sus amigos y familiares.	F D	0 0h	1 1h	0 0h	0 0h	1 1h	0 0h	0 0h	2 2h
Realizar actividades placenteras (natación).	F D	0 0h	0 0h	1 30m	0 0h	1 30m	0 0h	0 0h	2 1h

Se observa que la conducta de llorar cuando recuerda a su ex pareja tiene frecuencia de 46 veces a la semana con una cantidad de 32 horas; seguido de la conducta de revisar el Facebook de su ex pareja para saber lo que hace con una frecuencia de 44 veces a la semana con una cantidad de 13 horas; así mismo la conducta de salir a visitar a sus amigos y familiares tiene una frecuencia de 2 veces a la semana con una cantidad de 2 horas, seguido de la conducta de realizar actividades placenteras como practicar natación con una frecuencia de 2 veces a la semana con una cantidad de 2 horas de duración.

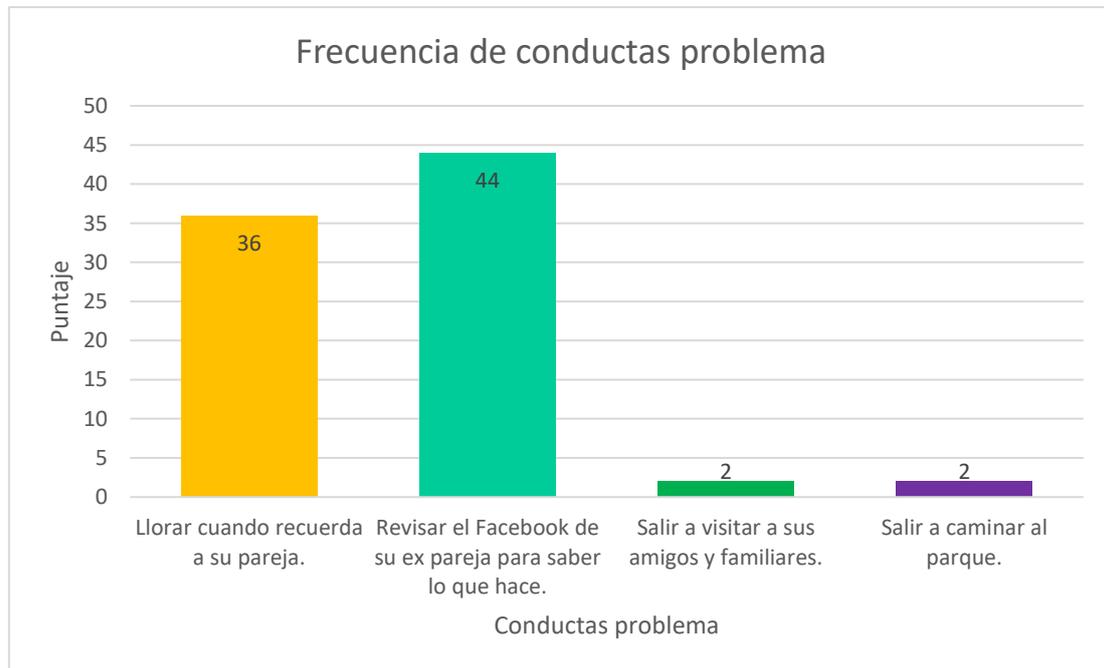
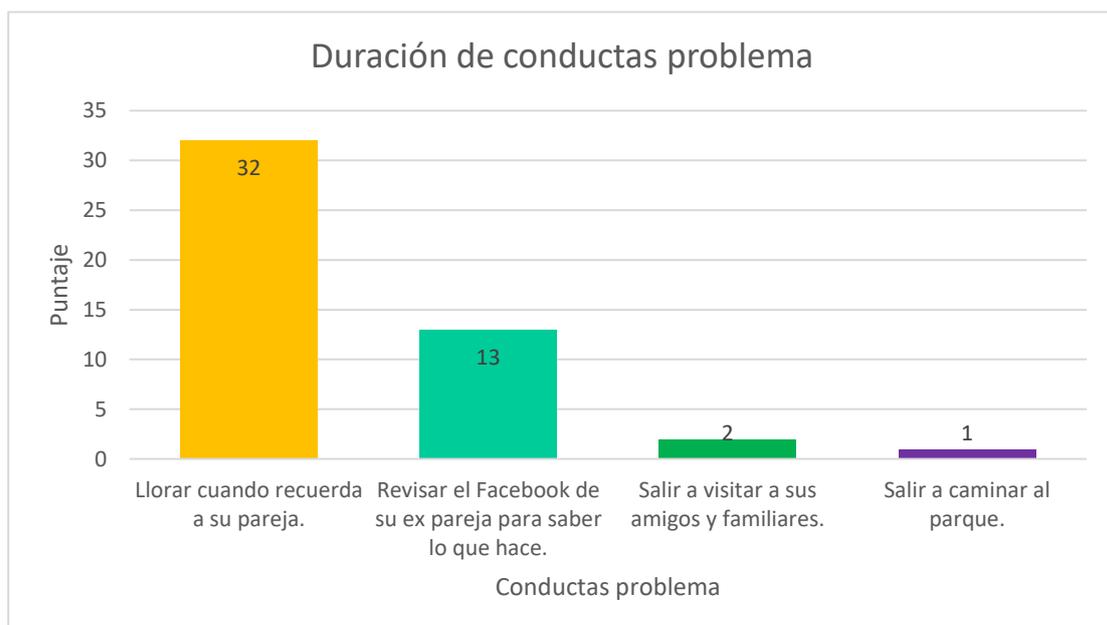
Figura 5*Línea Base de Frecuencia de Conductas Problema***Figura 6***Línea Base de duración de Conductas Problema*

Tabla 9

Registro semanal de frecuencia e intensidad (1 – 10) de las respuestas fisiológicas de la usuaria,

Línea base

Respuestas fisiológicas	Frec. /Inten.	Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.	Total
Taquicardia (0-10)	F	6	6	6	7	7	5	6	43
	I	7	7	7	6	7	6	6	7
Hiperventilación (0-10)	F	5	6	7	5	7	6	6	42
	I	9	8	9	8	9	8	9	9
Dolor de cabeza (0-10)	F	5	5	4	6	5	6	5	36
	I	7	8	8	6	8	6	7	8
Tensión muscular (0-10)	F	6	7	7	5	6	6	7	44
	I	7	9	8	8	6	8	7	8

Figura 7

Línea Base de frecuencias de las respuestas fisiológicas

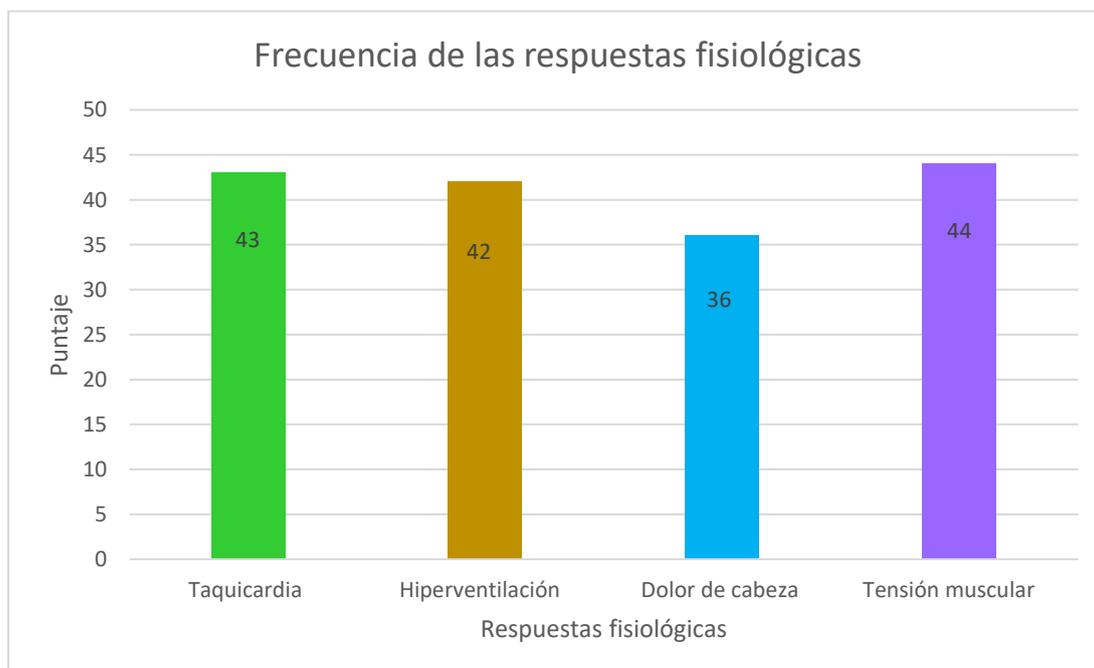
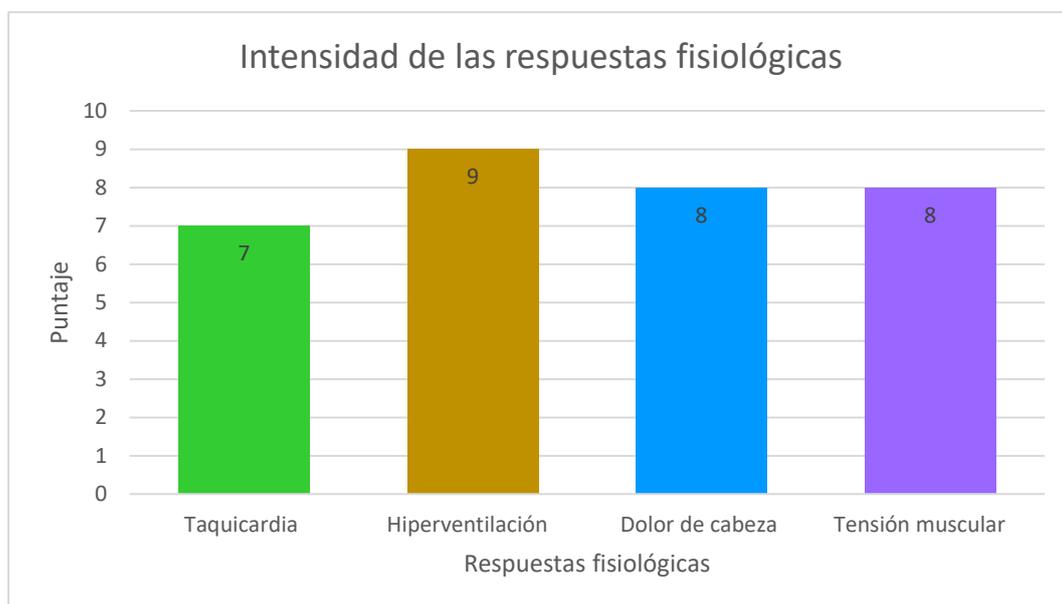


Figura 8*Línea Base de intensidad de las respuestas fisiológicas***Diagnóstico Funcional****Tabla 10***Conductas en exceso, debilitamiento y déficit relacionados con la depresión*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Miedo a quedarse sola sin una pareja a su lado	Interactuar y salir a distraerse con sus amistades y/o familiares	
Sentimientos de culpa por su separación conyugal	Disfrutar de actividades placenteras como realizar natación, salir a correr al parque.	
Tristeza al recordar a su ex pareja.		
Llorar cuando recuerda a su expareja	Dolor de cabeza	
Revisar el facebook de su ex pareja para saber lo que hace.	Aceleración del ritmo cardiaco	
Pensamientos de rechazo y abandono:	Tensión muscular	
“Me quedare sola ya nadie me va a querer”,	Hiperventilación	
“los hombres no se fijan en mujeres mayores como yo y mucho menos con un hijo”		
“esto paso por mi culpa, no debí descuidar mi relación”		

Análisis Funcional de la Conducta

Tabla 11

Análisis funcional de la conducta depresiva

Estimulo Discriminativo	Conducta	Estimulo Reforzador
Cuando se encuentran en su habitación, a solas, pensando en la separación del padre de su hijo	Llora al recordar a su expareja	Siente alivio, desahogo
Cuando su cuñada le recrimina por no poder solucionar sus problemas de pareja.	Piensa: “esto paso por mi culpa” “No debí descuidar mi relación”	Se forma expectativas acerca de regresar con su pareja, se aferra a la idea de que la relación se pueda recuperar. Se siente más empoderada.
Cuando su tía le cuenta la historia de su separación y como termino sola y triste con sus tres hijos.	Piensa: “me voy a quedar sola sin una pareja a mi lado” “nadie se va a fijar en mí, mucho menos teniendo un hijo”	No acepta la idea de perder su relación y quedarse sola y se repite así misma: “yo sé que él va volver conmigo, y todo será como antes”, “él se va dar cuenta somos una familia”
Cuando se encuentra con amigos comunes de su ex pareja, en algunas reuniones sociales y le preguntan sobre él	tristeza 8/10 miedo 9/10 frustración 5/10 culpa 8/10	Les responde con mentiras o les da justificaciones falsas: “está de viaje, se ha ido a trabajar fuera de Lima”, de esta manera evita pasar una situación incómoda.
Cuando aparecen las notificaciones en su celular acerca del estado que publica su ex pareja en facebook.	Coger a cada momento su celular para revisar el facebook de su pareja	Después de revisar a cada momento las publicaciones de su ex pareja en su perfil de Facebook, se siente un poco más tranquila al saber lo que hace.

2.6.3. Programa de Intervención

Todas las sesiones (del 1 al 10) que se trabajó con la usuaria.

Tabla 12

Sesión de tratamiento N° 1

Objetivo	Técnicas y actividades	Tareas
Organizar un ambiente agradable para la usuaria.	- Presentación y Bienvenida.	
Conocer el motivo de consulta.	- Identificación del motivo de consulta y problema actual mediante la descripción de los síntomas en la entrevista.	
Recolectar información de la usuaria	- Elaborar con la usuaria el análisis funcional de sus conductas problemáticas.	
Establecer el encuadre y la alianza Terapéutica	- Aplicación de la Escala de Depresión de Beck. - Recolección de datos para la elaboración de la Historia Clínica de la usuaria - Se explica el programa de intervención y se aplica el encuadre terapéutico. - Se procede a la firma del Consentimiento informado previacoordinación con la usuaria.	

Tabla 13

Sesión de tratamiento N° 2

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Disminuir la emoción del miedo a quedarse sola sin una pareja a su lado.	- Psicoeducación sobre depresión, causas, síntomas, consecuencias y su tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual. - Se trabajó la técnica de las tres columnas para que la usuaria logre diferenciar de manera objetiva la relación entre sus pensamientos negativos, sentimientos desagradables y conductas inadecuadas. - Se enseñó la técnica de respiración diafragmática - Aplicación del cuestionario de personalidad de Eysenck.	Elaborar un Registro de pensamientos negativos de miedo en casa. Practicar en casa la técnica respiración diafragmática aprendida en la sesión.

Tabla 14
Sesión de tratamiento N° 3

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Disminuir la emoción de la tristeza al recordar a su ex pareja.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar los resultados de la evaluación y resolver las dudas de la usuaria. - Precisar los objetivos y elaborar la línea base mediante el registro de síntomas. - Elaborar con la usuaria el análisis funcional de sus conductas problemáticas. - Se desarrolló la técnica de reestructuración cognitiva a través del debate socrático - Aplicación del Inventario multiaxial de personalidad de Millon II. - Se invita a retomar actividades que dejó de realizar como asistir al gimnasio, visitar a sus amistades. 	Tarea para la casa: Registrar los síntomas y las actividades diarias de su agrado que realiza durante la semana.

Tabla 15
Sesión de tratamiento N° 4

Objetivo	Técnicas y actividades	Tareas
Disminuir los sentimientos de culpa por su separación conyugal.	<p>Revisar las tareas asignadas en la sesión anterior (registro de síntomas y actividades), reforzar la práctica de las actividades agradables para la usuaria.</p> <p>Se reforzó el trabajo de la reestructuración cognitiva a través del debate socrático para permitir un auto cuestionamiento del valor de los pensamientos negativos intrusos que aparecen de manera recurrente.</p> <p>Aplicación de la técnica de bloqueo del pensamiento detener los pensamientos negativos que generan malestar emocional y sustituirlos por otros más adaptativos y saludables, donde la usuaria identifica sus emociones negativas y las verbaliza, luego elige un estímulo que interrumpa el pensamiento intruso (pellizco, palmada, acompañado de una orden ¡basta!) luego realizar una actividad diferente que la distraiga y aparte del foco de atención del pensamiento negativo.</p> <p>Se trabajaron los autorregistros conductuales para lograr que la usuaria pueda identificar la conducta problema, su origen y sus efectos en el proceso final del tratamiento. Se le explica y educa la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta.</p>	<p>Registro de actividades diarias en su fólder.</p> <p>Reforzar el bloqueo de pensamiento en casa mientras se maquillaje repitiéndose así misma que no es culpable.</p>

Tabla 16*Sesión de tratamiento N° 5*

Objetivo	Técnicas y actividades	Tareas
Disminuir los pensamientos de abandono y autorechazo cuando se siente sola.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar las tareas asignadas en la sesión anterior (registro de síntomas y actividades), reforzar la práctica de las actividades agradables para la usuaria. - Se reforzó la técnica el trabajo de reestructuración cognitiva en los pensamientos negativos, rígidos relacionados al abandono y autorechazo de la usuaria a través del ABC para que logre cuestionar y flexibilizar sus creencias. 	<p>Registro de actividades diarias en su fólder.</p> <p>Reforzar el bloqueo de pensamiento en casa mientras se maquillaje repitiéndose así misma que no es culpable.</p>

Tabla 17*Sesión de tratamiento N° 6*

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Disminuir las respuestas fisiológicas como: aceleración del ritmo cardiaco, hiperventilación, dolor de cabeza y tensión muscular.	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar y comparar la relación del incremento de actividades y su estado de ánimo actual. - Se le enseñó la Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, para que la usuaria, a través de este entrenamiento logre regular sus respuestas fisiológicas propias de las emociones que se le presentan de manera intensa. - Se reforzó la técnica de la respiración diafragmática. 	<p>Practicar la técnica de respiración y relajación muscular progresiva aprendida en la sesión.</p>

Tabla 18*Sesión de tratamiento N° 7*

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Reducir la frecuencia y duración de la conducta de llorar cuando recuerda a su ex pareja.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar las tareas asignadas en la sesión anterior. Duración: - Se aplicó la técnica de respiración profunda para que la usuaria sea capaz de mantener el control de su respiración ante situaciones ansiógenas. (respira por la nariz gran cantidad de aire luego retener 5 segundos y luego liberar por la boca lentamente). Frecuencia: - Se aplicó la técnica de autoinstrucciones para que la usuaria logre una regulación autónoma de sus emociones a través de indicaciones u órdenes a sí misma. 	<p>Se indica al paciente que continúe con el registro de sus actividades diarias. Realizar el Registro de la frecuencia y duración de la conducta de llorar. Practicar relajación muscular progresiva.</p>

Tabla 19*Sesión de tratamiento N° 8*

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Reducir la conducta de revisar el Facebook de su ex pareja para saber lo que hace.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión las Actividades diarias y tareas asignadas la sesión anterior. • Se reforzó la técnica de autoinstrucciones para que la usuaria logre una regulación autónoma de sus emociones a través de indicaciones u órdenes a sí misma. • Se desarrolló la técnica de solución de problemas para lograr que la usuaria pueda afrontar los problemas planteados de manera racional y no en forma emocional, a través de la orientación y formulación del problema, generación de las alternativas, toma de decisiones y la puesta en practica • Se Psicoeduca a la usuaria en la práctica de actividades placenteras que le demanden tiempo cuando se muestra deseos de revisar el facebook (desarrollar mandalas, sudoku, pupipetras, crucigramas). 	<p>Programa de actividades semanales incluyendo actividades nuevas de suinterés.</p> <p>Resolver pupiletras, mandalas y sudoku.</p>

Tabla 20*Sesión de tratamiento N° 9*

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Aumentar la frecuencia de interacción y disfrute con sus amistades y/o familiares.	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisó las tareas asignadas de la sesión anterior del programa de actividades. • Se aplicó la técnica de asignación de tareas graduales para lograr que la usuaria pueda realizar de manera gradual aquellas actividades que le parecían difíciles eliminando la idea de que son imposibles de ejecutar, brindándole la seguridad de realizar actividades más difíciles y aumentando su expectativa de autoeficacia. • Elaborar la jerarquización de las actividades agradables que realizara la usuaria en la semana. • Elaboración de sus metas personales a corto plazo. 	<p>Programar actividades semanales agradables y de dominio.</p> <p>Registro de metas personales a corto plazo elegidas y realizadas.</p>

Tabla 21*Sesión de tratamiento N° 10*

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Aumentar la capacidad de disfrutar actividades placenteras	<ul style="list-style-type: none"> • Se procede a repasar los ejercicios de entrenamiento en relajación y respiración realizados en la sesión anterior. • Se aplica la técnica de dominio y agrado a la usuaria para planificando una serie de actividades para ocupar su tiempo y espacios y así contrarrestar su escasa motivación e inactividad por su preocupación entorno a sus ideas depresivas. • Se educa a la usuaria en Asignación y elección de actividades graduales. • Se aplica la técnica de programación de actividades positivas para ampliar su repertorio de alternativas para su disfrute. 	Realizar actividades agradables elegidas en la sesión y las autoinstrucciones en casa.

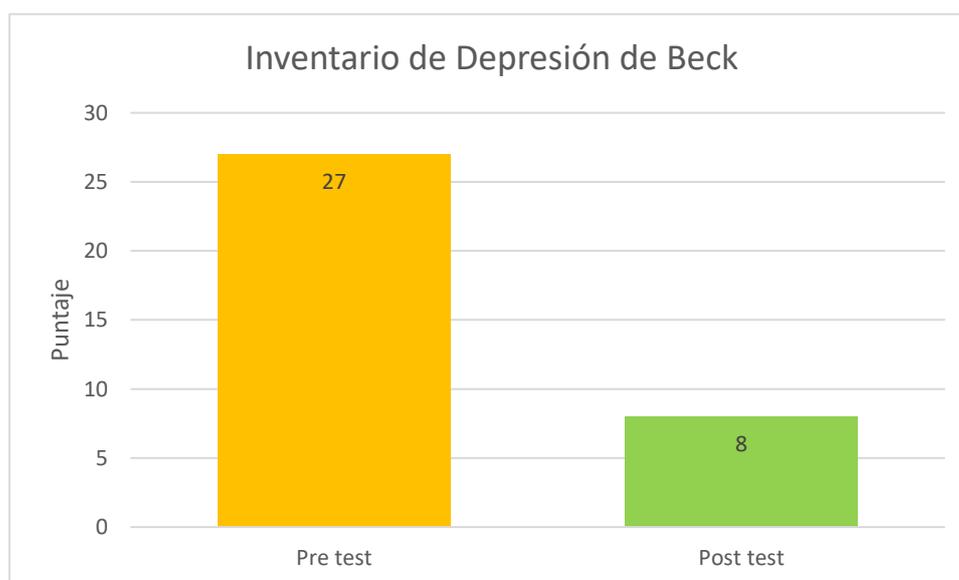
III. RESULTADOS

3.1. Resultados pre y post intervención

A continuación, se presentan los resultados de la Intervención Cognitivo Conductual iniciando desde la línea base en pensamientos, emociones y conductas para posteriormente contrastar dicha información con los efectos del programa cognitivo conductual que denotan los testimonios de la fase post-test 1(6 sesión y post- test 2 (Decima sesión) fase de seguimiento.

Figura 9

Puntaje del inventario de depresión de Beck (pre y post test)



En la figura 9 se evidencia una reducción significativa de la sintomatología depresiva, de una depresión moderada en la fase pre test con 27 puntos a 8 puntos considerados valores normales dentro de lo esperado en la fase de seguimiento.

3.1.1. Línea de Tratamiento

Tabla 22

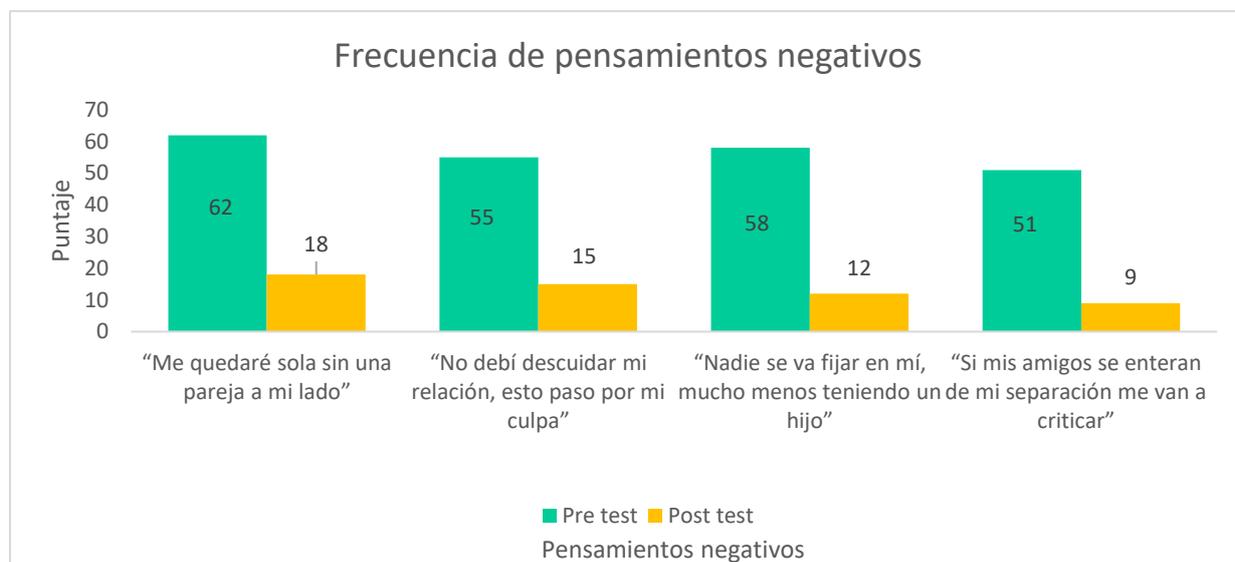
Registro de frecuencia de pensamientos de la usuaria pre y post test a la décima semana de tratamiento.

Pensamientos Negativos	Periodo	Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	Vier.	Sab.	Dom.	Total
“Me quedare sola sin una pareja a mi lado”	Pre	9	8	10	8	10	9	8	62
	Post	3	2	3	2	3	3	2	18
“No debí descuidar mi relación, esto paso por mi culpa”	Pre	7	7	8	7	8	10	8	55
	Post	2	2	1	2	2	3	2	15
“Nadie se va fijar en mí, mucho menos teniendo un hijo”	Pre	9	8	7	9	8	7	10	58
	Post	2	2	1	2	2	1	2	12
“Si mis amigos se enteran de mi separación me van a criticar”	Pre	7	8	7	6	8	7	8	51
	Post	1	1	1	1	2	1	2	9

En la Tabla 22 se observa una disminución del pensamiento “Me quedare sola, sin una pareja a mi lado” de 62 a 18, “No debí descuidar mi relación, esto paso por mi culpa” disminuyó de 55 a 15, “Nadie se va fijar en mí, mucho menos teniendo un hijo” de 58 a 12, “si mis amigos se enteran de mi separación me van a criticar” redujo de 51 a 9, en la sexta semana de tratamiento.

Figura 10

Línea de Tratamiento Pensamientos Negativos pre test (Primera semana) y Post test (décima semana)

**Tabla 23**

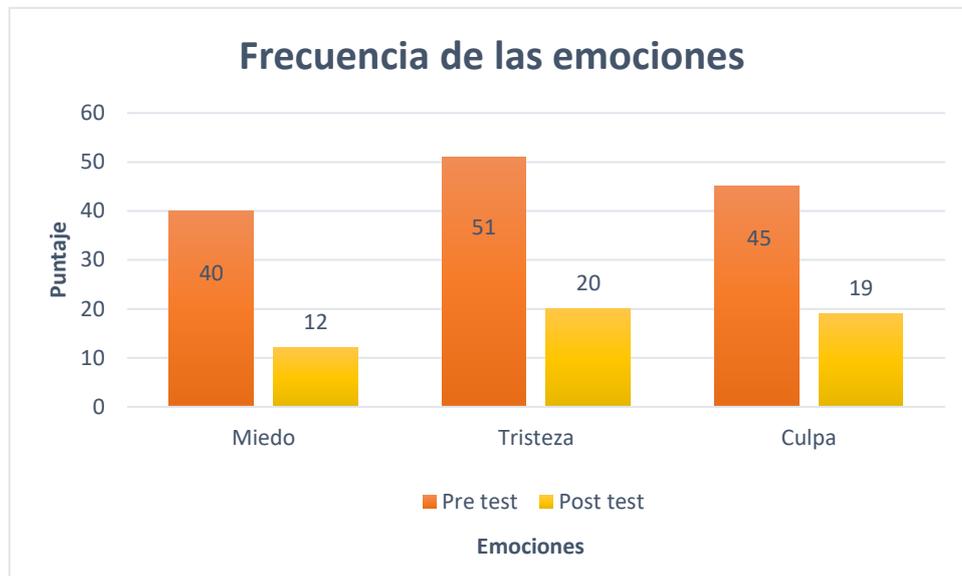
Registro de frecuencia e intensidad de emociones de la usuaria pre y post test a la décima semana de tratamiento

Emociones	Frec. /Inten.	Periodo	Lun.	Mar .	Mier.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.	Total
Miedo (0-10)	F	Pre	5	7	6	5	5	6	6	40
	F	Post1	2	2	2	1	2	2	1	12
	I	Pre	7	9	8	7	9	9	8	9
	I	Post1	3	3	3	2	2	2	1	3
Tristeza (0-10)	F	Pre	7	7	8	7	7	7	8	51
	F	Post1	3	3	2	4	2	4	2	20
	I	Pre	9	8	9	10	8	9	10	9
	I	Post1	4	3	3	4	3	3	4	3
Culpa (0-10)	F	Pre	7	6	6	7	7	6	6	45
	F	Post1	4	3	4	2	3	2	1	19
	I	Pre	8	7	8	8	9	8	7	8
	I	Post1	4	3	2	3	4	2	3	3

En la tabla 23 se observa la disminución de la frecuencia e intensidad de emociones negativas de la usuaria desde el pre test en la primera semana al post test en la décima semana de tratamiento.

Figura 11

Línea de Tratamiento de la Frecuencia de las Emociones Pre test (Primera semana) y Post test (décima semana)

**Figura 12**

Línea de Tratamiento de la Intensidad de las Emociones Pre test (Primera semana) y Post test (décima semana)

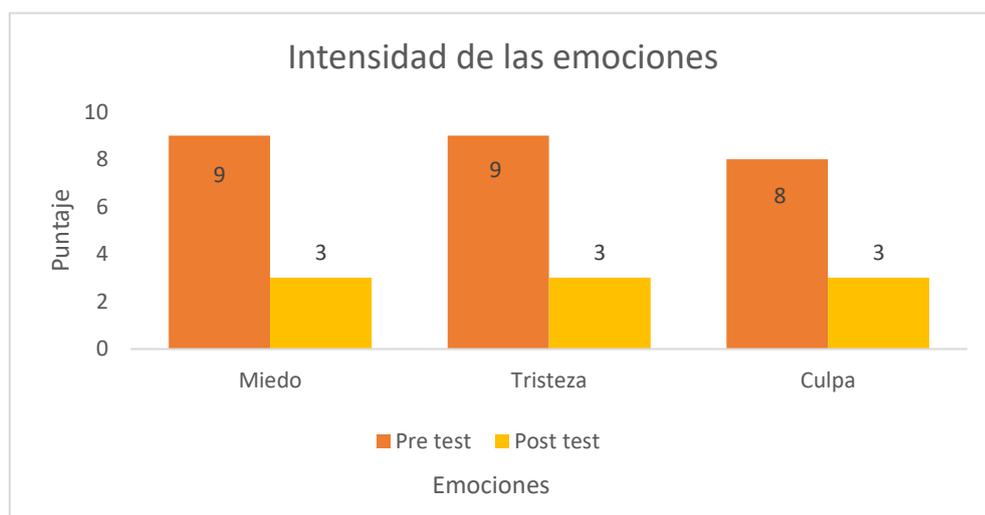


Tabla 24

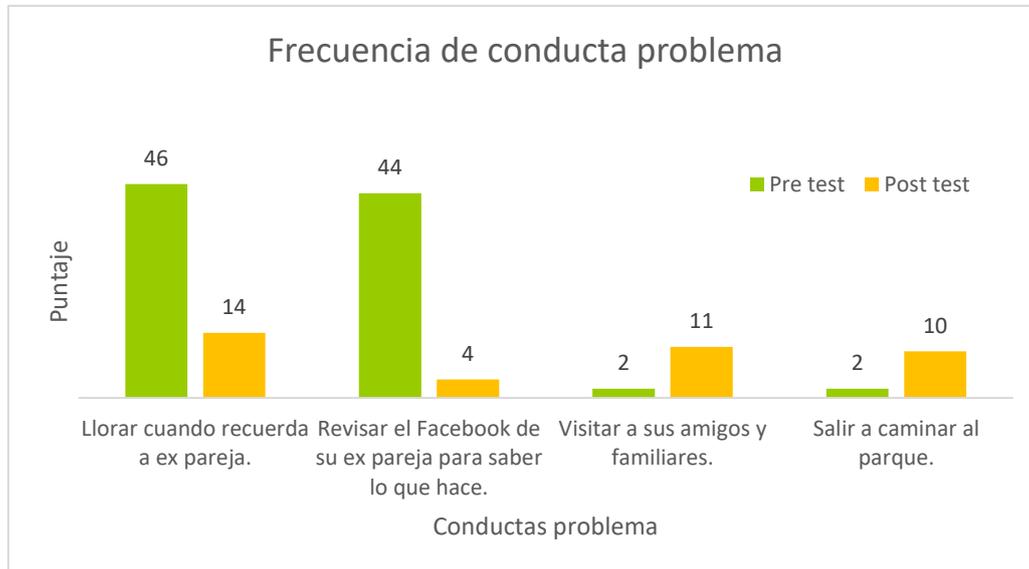
Registro de frecuencia y duración de conductas problema, Pre test y Post test (décima Semana)

Conducta / Problema	Frec Dur.	Period.	Lun.	Mar	Mier.	Juev	Vier.	Sab.	Dom.	Total
Llorar cuando recuerda a ex pareja.	F	Pre	6	6	7	7	7	7	6	46
	F	Post 1	2	2	3	2	2	2	1	14
	D	Pre	4h	4h	5h	5h	5h	5h	4h	32h
	D	Post 1	1h	1h	1h.	1h	1h	1h	1	7 h
Revisar el Facebook de su ex pareja para saber lo que hace.	F	Pre	6	6	5	7	6	7	7	44
	F	Post 1	1	0	0	1	1	0	1	4
	D	Pre	2h	2h	1h	2h	2h	2h	2h	13h
	D	Post 1	1h	0h	1h	0h	0h	1h	0h	3h
Visitar a sus amigos y familiares	F	Pre	0	1	0	0	1	0	0	2
	F	Post 1	1	0	2	1	2	2	3	11
	D	Pre	0h	1h	0h	0h	1h	0h	0h	2h
	D	Post 1	1h	0h	2h	1h	2h	1h	3h	10h
Salir a caminar al parque.	F	Pre	0	1	0	0	1	0	0	2
	F	Post 1	1	0	2	1	2	2	2	10
	D	Pre	0h	0h	1h	0h	1h	0h	0h	2h
	D	Post 1	1h	0h	1h	1h	1h	1h	1h	6h

En la tabla 24 se observa la disminución de la frecuencia y la duración de las conductas problemas desde la primera semana de evaluación fase Pre Test hasta la décima semana de evaluación Post test.

Figura 13

Línea de Tratamiento de la Frecuencia de las conductas Pre test (Primera semana) y Post test (décima semana)

**Figura 14**

Línea de Tratamiento de la Duración de las Conductas Pre test (Primera semana) y Post test (décima semana)

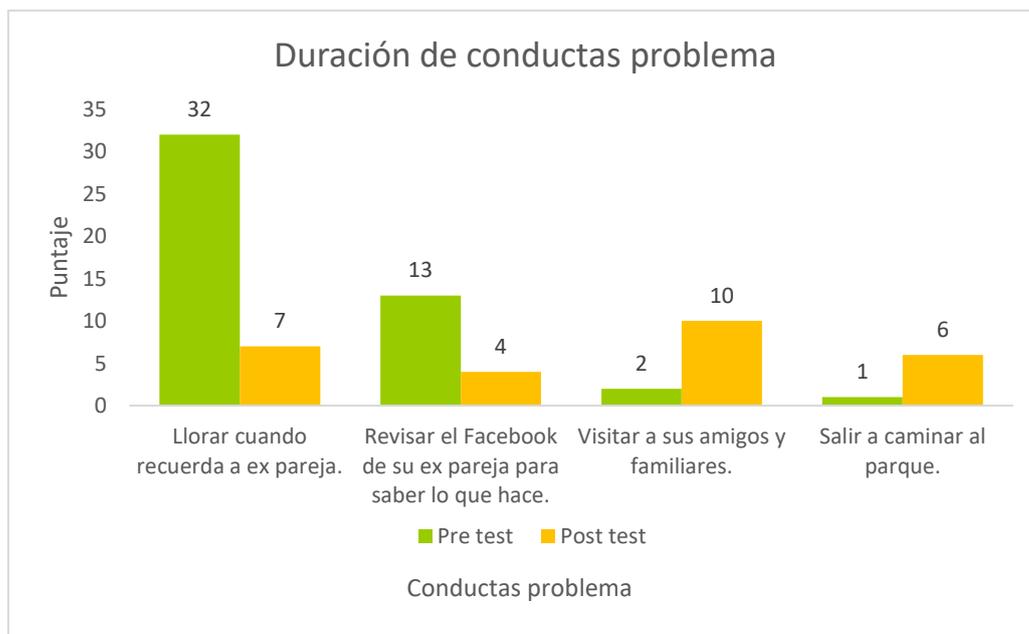


Tabla 25

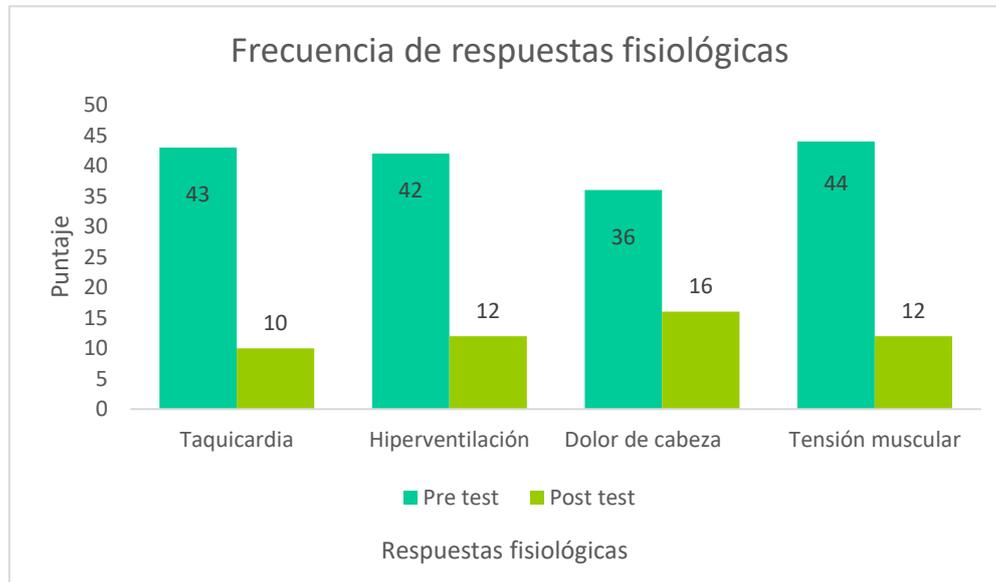
Registro de frecuencia e intensidad de las respuestas fisiológicas de la usuaria pre y post test (décima semana)

Respuestas fisiológicas	Fr. Int.	Periodo	Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.	Total
Taquicardia (0-10)	F	Pre	6	6	6	7	7	5	6	43
	F	Post1	3	3	0	2	0	2	0	10
	I	Pre	7	7	7	6	7	6	6	7
	I	Post1	3	3	0	3	0	2	0	3
Hiperventilación (0-10)	F	Pre	5	6	7	5	7	6	6	42
	F	Post1	2	3	3	0	2	2	0	12
	I	Pre	9	8	9	8	9	8	9	9
	I	Post1	4	3	3	0	3	3	0	3
Dolor de cabeza (0-10)	F	Pre	5	5	4	6	5	6	5	36
	F	Post1	3	4	2	3	2	2	0	16
	I	Pre	7	8	8	6	8	6	7	8
	I	Post1	2	3	3	2	3	3	2	3
Tensión muscular (0-10)	F	Pre	6	7	7	5	6	6	7	44
	F	Post1	2	3	2	0	2	2	1	12
	I	Pre	7	9	8	8	6	8	7	8
	I	Post1	3	3	2	0	3	3	2	3

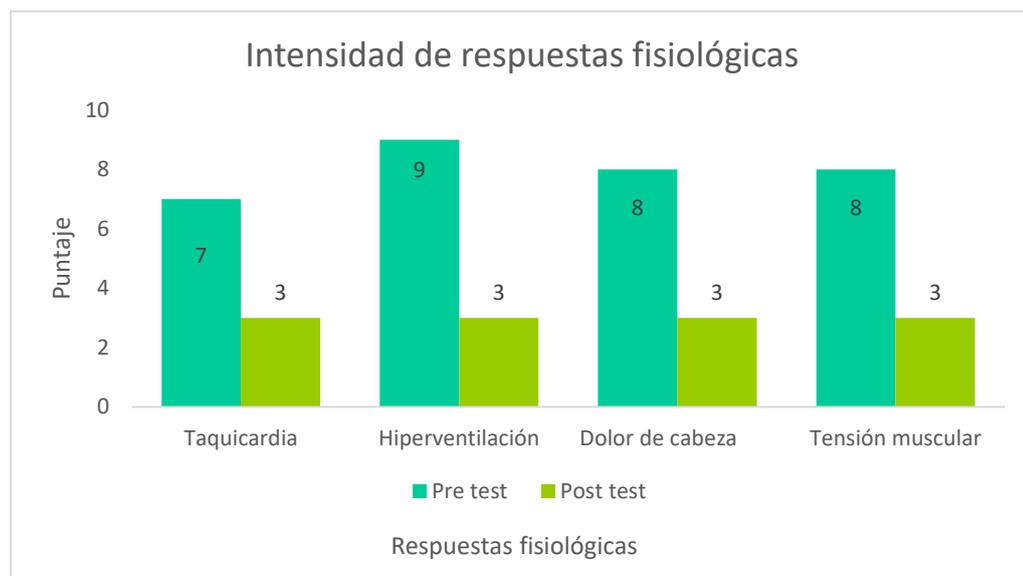
En la tabla 25 se observa la disminución de la frecuencia e intensidad de las respuestas fisiológicas de la usuaria que inicialmente se encontraban incrementadas desde el pre test en la primera semana al post test en la décima semana de tratamiento.

Figura 15

Línea de Tratamiento de la Frecuencia de las respuestas fisiológicas Pre test (Primera semana) y Post test (décima semana)

**Figura 16**

Línea de Tratamiento de la Intensidad de las respuestas fisiológicas Pre test (Primera semana) y Post test (décima semana)



3.2. Discusión de Resultados

A continuación se realizará la discusión acerca de los resultados obtenidos en cada uno de los objetivos que se plantearon al inicio de la investigación, se reflexionará acerca de las ventajas del modelo de la Terapia Cognitivo Conductual y su aplicación en el programa de intervención para el tratamiento de un caso de depresión en una mujer adulta, así mismo se analizarán las limitaciones que se encuentran presentes en este trabajo y finalmente, se plantearán posibles líneas futuras a partir de los resultados obtenidos.

Al abordar el caso se planteó como objetivo general que la paciente fuera capaz de disminuir los síntomas de la depresión a nivel cognitivo, emocional y conductual, logrando una estabilidad emocional, con un performance del 80%. Al culminar las 10 sesiones del programa de tratamiento se obtuvo una disminución del 80% de la sintomatología asociada al trastorno de la depresión, lo que significa que las técnicas cognitivo conductuales aplicadas para su caso fueron las adecuadas.

Se puede observar que hubo un efecto positivo en la intervención, debido a que en la pre y post evaluación del instrumento de Beck se manifestó una disminución en los síntomas presentados. La medición con el inventario de depresión de Beck refleja que, en la primera evaluación, la usuaria obtuvo un puntaje de 27 y en la segunda obtuvo un puntaje de 8 puntos (observando una disminución de 19 puntos).

Ante esto, Beck (1983) ha sido considerado uno de los principales aportadores dentro de este modelo de intervención, pues ha proporcionado diversas pautas de tratamiento a los diversos trastornos, como es el caso de la depresión. Es por tal motivo que esta investigación, se suma a la lista de trabajos que permiten evidenciar la efectividad de la intervención Cognitivo-Conductual.

En relación a los objetivos específicos, el primer y segundo objetivo fue disminuir las respuestas emocionales como el miedo a quedarse sola y la tristeza al recordar a su ex pareja,

para ello se desarrollaron las técnicas de las tres columnas, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva (debate socrático) y tareas para la casa, logrando una efectividad en la disminución de la conducta mal adaptativa de la tristeza recurrente y el temor al abandono en la usuaria, siendo esto reforzado por Calderón (2020) quien desarrolló una investigación denominada intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión utilizando técnicas como psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación, auto instrucciones, autorregistros, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva (debate socrático). Los resultados encontrados en la evaluación post test mostraron la disminución de los síntomas depresivos, comprobando de esta manera la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión.

En relación a este punto podemos constatar la eficacia de las técnicas desarrolladas en las sesiones como por ejemplo la reestructuración cognitiva, donde coincidimos con Barrio (2015) al resaltar el hecho de que el paciente aprende a identificar, analizar y modificar los pensamientos negativos experimentados en diversas situaciones o sobre otras personas, sustituyéndolos por pensamientos más positivos, que le ayuden a mantener un estado psicológico de bienestar emocional.

El tercer objetivo estuvo orientado a disminuir la respuesta emocional de la culpa por su separación conyugal el cual iba acompañado de pensamientos de desvalorización personal y auto reproche, para ello se utilizaron la técnicas de bloqueo de pensamientos y los registros conductuales (autoreproches), lo que le ha permitido a la paciente analizar sus pensamientos de manera más racional y objetiva, siendo esto reforzado por Rivadeneira et al., (2013) quienes afirman que el trabajar en los registros permite al paciente formar de modo práctico las primeras nociones del modelo cognitivo y le enseña que lo que piensa influye en las emociones que experimenta. El ver su propio pensamiento escrito ayuda al paciente a darse cuenta de que el mismo no es correcto y le ayuda a tomar

distancia de sus propias ideas, y a percibir las como lo que son, posibles interpretaciones y no como realidades confirmadas.

En el cuarto objetivo se tuvo la consigna de disminuir los pensamientos distorsionados y mal adaptativos de abandono y autorechazo, para ello se hicieron uso de las técnicas de reestructuración cognitiva como el A-B-C alcanzando una reducción significativa de los pensamientos negativos recurrentes desencadenantes de la conducta depresiva con una eficacia del 80 por ciento, estos resultados lo apoyamos en la propuesta de Albert Ellis que se basa en el esquema ABC, donde A es cualquier evento activante, que según las creencias (B) irracionales o racionales que se tengan respecto a A generará consecuencias conductuales y emocionales (C). Es así que la terapia se concentra en la disputa (D), para modificar las creencias irracionales identificadas. Estando detrás de los problemas emocionales del ser humano, según Ellis, su modo erróneo e irracional de pensar. (Aguilar, 2019).

En el objetivo quinto, la consigna fue disminuir las respuestas fisiológicas tales como: aceleración del ritmo cardíaco, hiperventilación, dolor de cabeza y tensión muscular, para ello se utilizaron técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson, reforzándola con la respiración diafragmática, logrando una reducción considerable de los niveles inicialmente mostrados, a lo que podemos comprobar en la usuaria al momento de evaluar sus síntomas fisiológicos donde refiere lo siguiente: “he notado ahora que los dolores de cabeza han disminuido casi en su totalidad al igual que la rigidez muscular en mi cuello y hombros; la aceleración de mis latidos y la respiración aun aparecen pero ahora solo de vez en cuando, ya no es seguido”.

Según Gasto y Navarro (2007), la depresión tiene muchos síntomas, incluso físicos: estado anímico, constante sensación de ansiedad, tristeza, pérdida de interés, poca comunicación o ninguna con su entorno, insatisfacción personal, miedo a lo que

le pueda pasar, culpa por la condición que se encuentra, limitaciones con la concentración y memoria, dolores y molestias físicas, Como dolor de cabeza, tensión muscular, cambios en el apetito o el peso, sentirse inquieto o irritable, problemas para dormir, recordar detalles o tomar decisiones, incluyendo despertarse muy temprano o dormir demasiado, sin proponérselos, calambres o trastornos digestivos sin ninguna causa física aparente.

En el objetivo sexto, la consigna fue reducir la frecuencia y duración de la conducta de llorar cada vez que recuerda a su expareja, para ello se desarrollaron las técnicas de respiración profunda y auto instrucciones logrando reducir esta conducta en la usuaria de manera considerable, permitiéndole a la usuaria adquirir un dialogo interno asertivo y directivo, facilitándole el afrontamiento a determinadas situaciones; en este sentido concordamos con López (2016) quien realizó una investigación en un episodio depresivo de un paciente adulto de 29 años, con el objetivo de reducir la sintomatología depresiva, mediante la aplicación de la técnicas cognitivo conductuales, empleando para ello las técnicas de relajación, entrenamiento asertivo, detención de pensamientos automáticos que llevan a emociones negativas, comprobación de los supuestos propios, solución de problemas, reestructuración cognitiva, el debate socrático. El resultado de esta intervención fue la remisión de la sintomatología depresiva como las conductas propias de la depresión como el llanto, la dedicación de tiempo en exceso de ver la televisión y el internet, por lo que se concluye que el programa ha tenido éxito al aplicar el tratamiento cognitivo conductual.

En el objetivo séptimo la consigna fue reducir la conducta constante de revisar el Facebook de su expareja para saber lo que hace, para ello se utilizaron las técnicas de auto instrucciones y solución de problemas logando una disminución significativa en la frecuencia y duración de la conducta antes mencionada, permitiéndole tomar mejores

decisiones de manera racional y no impulsivamente poniéndolas en práctica, lo que coincidimos con la investigación de Antón et al. (2016) realizó un estudio denominado intervención en el caso de una joven de 18 años de edad con trastorno depresivo mayor en la ciudad Elche en España, tuvo como objetivo fue reducir la sintomatología depresiva. Se aplicó un tratamiento cognitivo-conductual que incluyó psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en respiración diafragmática, autoinstrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad y reestructuración cognitiva. Se consiguió el objetivo principal propuesto, la reducción de la sintomatología depresiva. Se discuten las implicaciones de los resultados del estudio, que apoyan la eficacia de la terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de la depresión.

Ante lo expuesto, este punto es reforzado por Nezu y Nezu elaboró esta estrategia en 1991 y señala que debe dividirse en cinco etapas: la orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y la puesta en práctica; el objetivo es que se pueda afrontar los problemas planteados de manera racional y no en forma emocional (Vallejo, 2012).

Finalmente para los objetivos octavo y noveno, orientados al incremento de la frecuencia de las conductas como visitar a sus familiares y/o amigos y disfrutar de actividades placenteras como realizar natación, se desarrollaron las técnicas de solución de problemas, dominio y agrado y la técnica de programación de actividades positivas alcanzando un incremento significativo en las conductas antes mencionadas, lo que ha permitido a la usuaria el lograr compartir más tiempo con sus familiares y amistades; así mismo también disfrutar de actividades que antes no lograba entretenerse, siendo esto reforzado por Álvaro (2018) quien realizó una investigación cuyo objetivo principal fue disminuir los niveles de depresión en una paciente de 22 años de edad, a través de la terapia cognitivo conductual, usando el diseño experimental de caso único ABA, utilizando

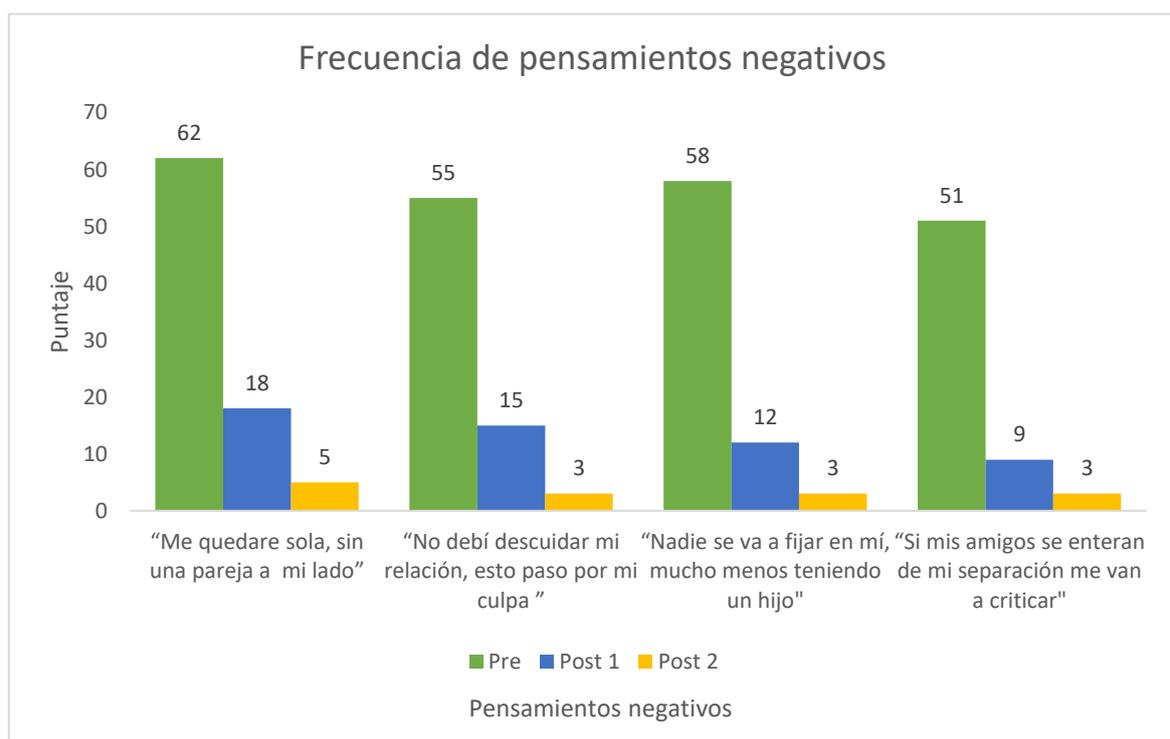
técnicas como solución de problemas, técnicas de asertividad, psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en técnicas de relajación, auto instrucción de afrontamiento y reestructuración cognitiva. Logrando incrementar las conductas de interacción y disfrute al realizar actividades placenteras, al final del tratamiento se evidenció ausencia de depresión, logrando así la eficacia del tratamiento cognitivo conductual.

3.3. Seguimiento

3.3.1. Línea de Seguimiento

Figura 17

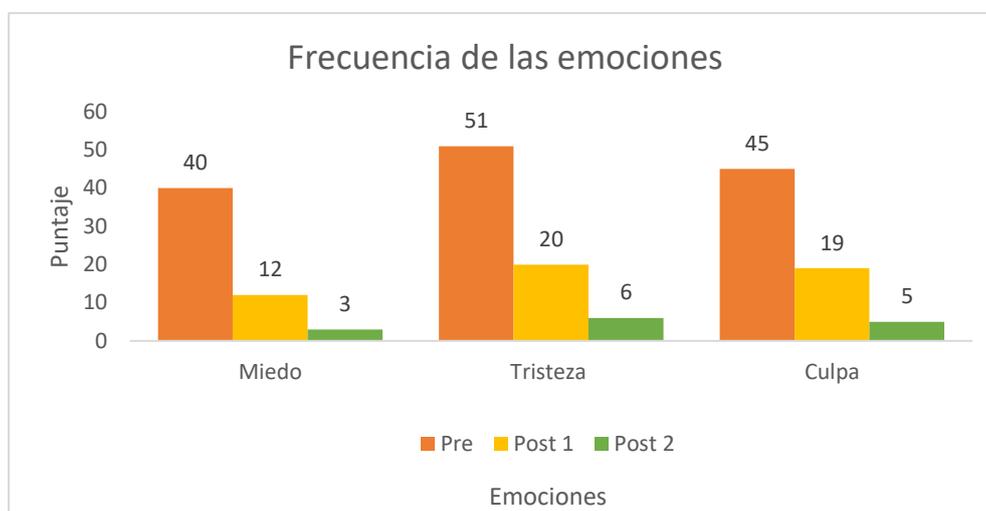
Línea de Seguimiento de los pensamientos negativos. (Pre test, post test 1 y post test 2) a la primera, décima sesión y finalmente en la fase de seguimiento.



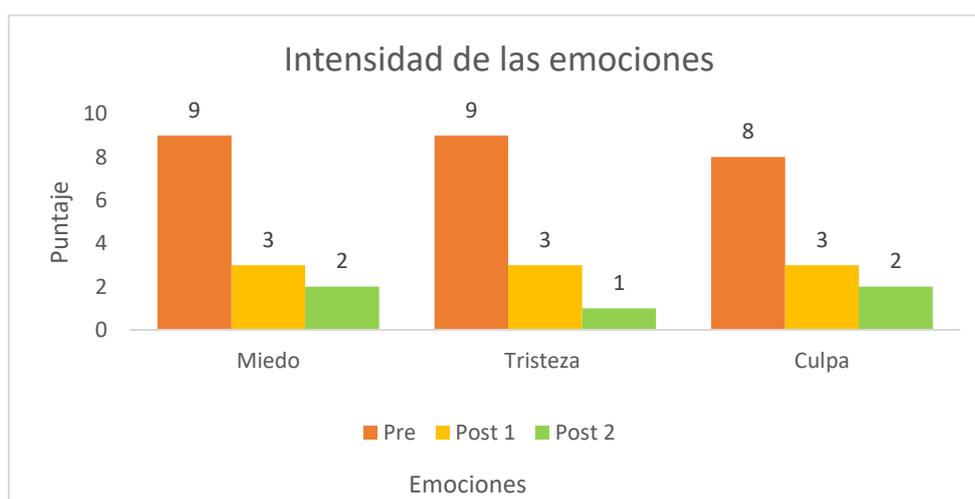
En la figura 17 se observa la disminución de los pensamientos negativos de la usuaria desde el pre test en la primera sesión al post test 1 en la décima sesión y luego el post test 2 en la fase de seguimiento.

Figura 18

Línea de Seguimiento de Frecuencia de Emociones. (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera sesión, décima sesión y luego en la fase de seguimiento.

**Figura 19**

Línea de Seguimiento Intensidad de Emociones. (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera sesión, décima sesión y luego en la fase de seguimiento.



En la figura 18 y 19 se observa la disminución de la frecuencia e intensidad de emociones negativas de la usuaria desde el pre test en la primera sesión al post test 1 en la décima sesión y luego el post test 2 en la fase de seguimiento.

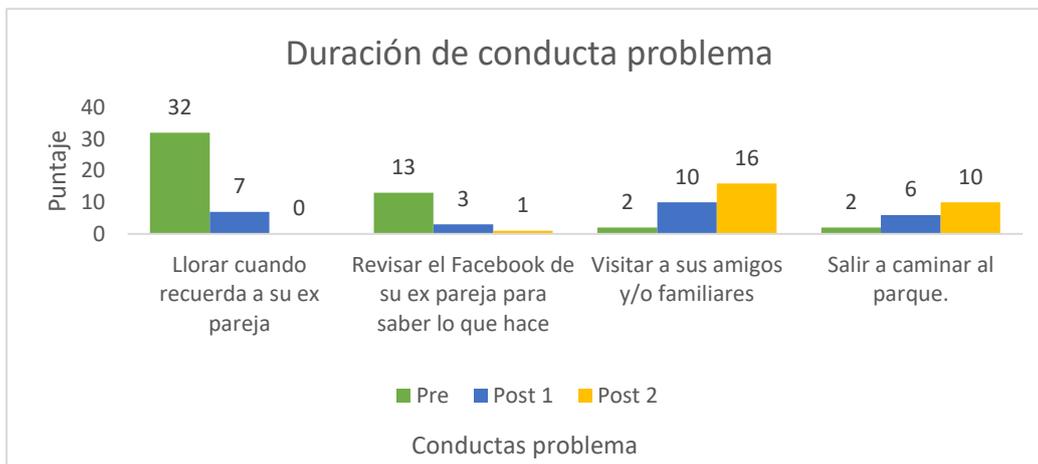
Figura 20

Línea de Seguimiento de Frecuencia de Conductas. (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera, décima sesión y luego en la fase de seguimiento.



Figura 21

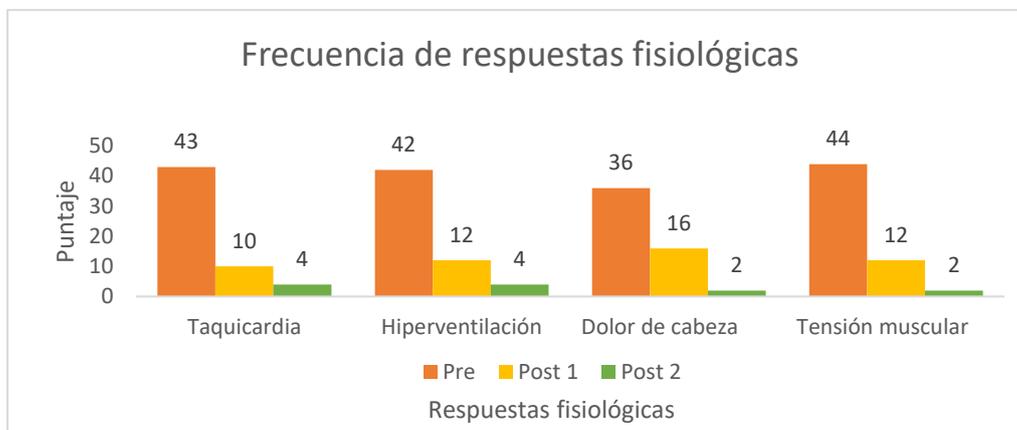
Línea de Seguimiento de duración de Conductas. (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera, décima sesión y luego en la fase de seguimiento.



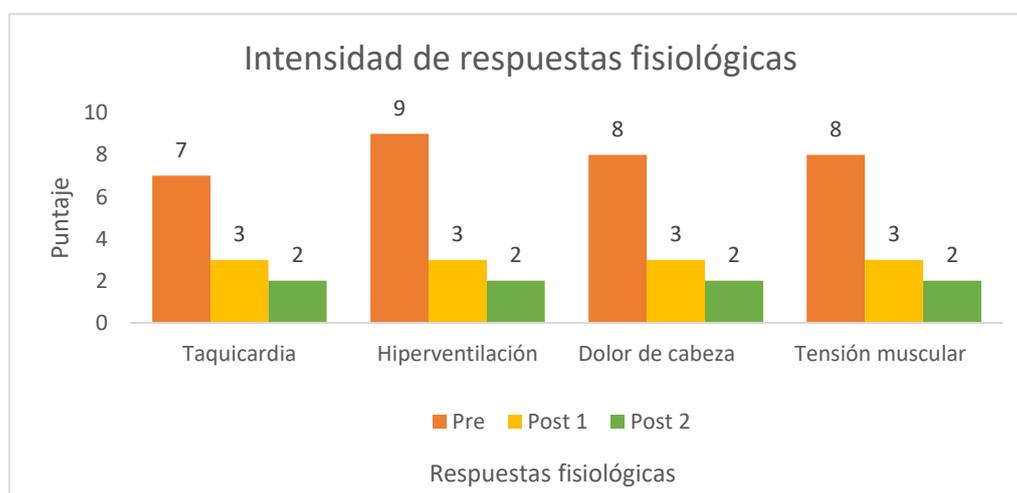
En las figuras 20 y 21 se observa la disminución de la frecuencia y la duración de las conductas problemas desde la primera semana de evaluación fase Pre Test hasta la décima sesión en la fase de tratamiento y luego en la fase de seguimiento.

Figura 22

Línea de Seguimiento de frecuencia de respuestas fisiológicas (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera, sexta y décima sesión, luego en la fase de seguimiento.

**Figura 23**

Línea de Seguimiento de intensidad de respuestas fisiológicas (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera y décima, luego en la fase de seguimiento.



En las figuras 22 y 23 se logra evidenciar una disminución significativa de la frecuencia e intensidad de las respuestas fisiológicas en la usuaria, que inicialmente se encontraban incrementadas desde la primera semana en la fase pre test hasta la décima sesión en la fase de tratamiento y luego en la fase de seguimiento.

IV. CONCLUSIONES

- Se logró disminuir los síntomas de la depresión a nivel cognitivo conductual y emocional, con una performance del 80% en 10 sesiones consecutivas, a través de la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual.
- Se logró disminuir la emoción del miedo a quedarse sola sin una pareja a su lado, permitiéndole a la usuaria adquirir pensamientos más objetivos, sentimientos agradables y conductas adecuadas.
- Se consiguió disminuir la emoción de la tristeza al recordar a su ex pareja, lo que le permitió a la usuaria desarrollar pensamientos más adaptativos y flexibles; manifestándose en la regulación de sus emociones.
- Se obtuvo reducir los sentimientos de culpa por su separación conyugal, logrando en la usuaria un mayor control de sus pensamientos negativos expresándose en emociones saludables.
- Se consiguió disminuir los pensamientos de abandono y auto rechazo, logrando en la usuaria adquirir esquemas de pensamientos más adaptativos a la realidad y con mejores expectativas futuras.
- Se logró disminuir las respuestas fisiológicas como: aceleración del ritmo cardiaco, hiperventilación, dolor de cabeza y tensión muscular, permitiendo a la usuaria adquirir técnicas de relajación para su uso y puesta en práctica.
- Se consiguió reducir la frecuencia y duración de la conducta de llorar cuando recuerda a su ex pareja, logrando en la usuaria un mejor dialogo interno que facilite el afrontamiento ante determinadas situaciones adversas.
- Se pudo reducir la conducta constante de revisar el Facebook de su ex pareja para saber lo que hace, logrando en la usuaria mayor control de sus impulsos y capacidad resolutiva ante los problemas.

- Se logró aumentar la frecuencia de interacción y disfrute con sus amistades y/o familiares, permitiéndole obtener a la usuaria mayor seguridad y confianza para relacionarse e interactuar con los demás.
- Se consiguió aumentar la capacidad de disfrutar actividades placenteras, logrando disminuir la importancia del problema y las repercusiones en su estado anímico.

V. RECOMENDACIONES

- Elaborar un proyecto de vida con la usuaria, orientado a la autorrealización personal, que la permita alcanzar sus metas a corto mediano y largo plazo.
- Seguir poniendo en práctica el auto cuestionamiento de los pensamientos rígidos generadoras del miedo y la desconfianza cuando se presenten y retomar las riendas de su vida sentimental libre de prejuicios.
- Mantener los ejercicios de auto instrucciones de pensamientos positivos desarrollados en terapia para su mantenimiento en el tiempo.
- Participar en talleres de habilidades sociales para desarrollar y fortalecer la asertividad, toma de decisiones y solución de problemas para reafirmar su seguridad y confianza en sí misma.
- Poner en práctica las actividades desarrolladas durante las sesiones de terapia como el bloqueo de pensamiento acompañado de realización de actividades distractoras que permitan alejar de su foco de atención aquellos pensamientos irracionales.
- Mantener el ejercicio de las técnicas de relajación desarrolladas en las sesiones terapéuticas complementándolas con actividades físicas y esparcimiento (una vez por semana)
- Poner en práctica los ejercicios aprendidos de respiración diafragmática para su autorregulación, acompañado de auto cuestionamientos
- Promover la práctica de la terapia cognitivo conductual en pacientes con diagnósticos de depresión, así como en los estudios de investigación para tener un enfoque más amplio de apoyo en tratamiento de casos similares.

VI. REFERENCIAS

- Aguilar, O. (2019) *Intervención cognitivo conductual para la ansiedad social en una adolescente de 17 años*. [Trabajo académico para optar por el Título de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3442>
- Alvaro, K. (2018). *Terapia cognitivo conductual para la depresión en una joven de 22 años*. [Trabajo académico para optar el título de Segunda Especialidad]. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Antón, V., García, P., y García, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión de una adolescente tardía. *Revista de psicología clínica con niños y adolescente*, 3(1), pp.. 45-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288640>
- Aviles, G., y Padilla, A. (2013). La depresión y sus síntomas claves. [Tesis de pregrado, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2745/1/108847.pdf>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory*. Prentice Hall.
- Barrio, N. (03 de diciembre de 2015). Influencia del pensamiento en las emociones: Reestructuración cognitiva. *INESEM Business School*. <https://cutt.ly/AZZnpjY>
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Desclee de Brouwer.
- Beck, A. (1993). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Desclee de Brouwer.
- Beck, A. y Emery, G. (1993). *Trastornos de ansiedad y fobias*. Paidós.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, F. y Emery, G., (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Desclee de Brouwer.
- Buela, G. y Sierra, J. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca

Nueva.

Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Mc Graw Hill.

Calderón, E. (2020). *Intervención Cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión*. [Trabajo Académico para optar el título de Segunda Especialidad]. Universidad Nacional Federico Villarreal

Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Buenos Aires.

<https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Desclée de Brouwer.

Carrasco, A. (2017). Modelos Psicoterapéuticos para la depresión: Hacia un enfoque integrado. *Revista Interamericana de Psicología*. 51(2), pp. 181-189.

<https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>

CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor.

Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31 (140), pp. 469-497

Davis, M., Mckay, M., y Eshelman, E. (1988). *Registro de Opiniones, Forma A (REGOPINA)*. Lima

Ellis, A. (1958) Psicoterapia racional. *Revista de Psicología General*, 59(1), pp. 35-49. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00221309.1958.9710170>

Ellis, A. (1962). *Razón y emoción en psicoterapia*. Desclee de Brouwer

Espinoza, A. (2016). *Estandarización y propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck (BDI-II) en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur* [Tesis de pregrado]. Universidad Autónoma del Perú.

- Gaitán, A. (2020). *Intervención en un caso de trastorno de adaptación con síntomas de ansiedad y depresión en una mujer de mediana edad con diagnóstico oncológico desde un enfoque cognitivo-conductual*. [Proyecto para optar el título de especialista en psicología clínica, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional UPB. <https://cutt.ly/fZIO0vH>
- Gastó, C., y Navarro, V. (2007). *La depresión*. Guía interactiva para pacientes con enfermedades. <https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>
- Guzmán, P. (2009). *El Registro de Opiniones Forma A (REGOPINA)* [Manuscrito no publicado]. Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Hernandez, R., Romero, D., Alcazar, D., Vogel, N. y Reyes, D. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 8(1), pp. 15-28. <https://cutt.ly/1Z0tZKA>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta edición). McGraw Hill..
- Huaynates, M. (2019) *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa*. [Trabajo académico para optar por el título de Segunda Especialidad]. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Perú: *Enfermedades transmitibles y no transmitibles*. <https://cutt.ly/bZTCKEi>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2013). *Guía técnica de diagnóstico y tratamiento de depresión en adultos de 18 a 65 años para médicos no psiquiatras*. <https://cutt.ly/5ZT12BQ>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2015). *Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana*. <https://cutt.ly/PZT9iQs>

- Instituto Nacional de Salud Mental (17 de 05 de 2021). *Emergencias psiquiátricas va en incremento en el Instituto Nacional de Salud Mental*. Nota de Prensa <https://cutt.ly/IZlqONh>
- Kerlinger F., y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento* (4ta edición). McGraw-Hill
- López, J. (2016). *Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto*. [Trabajo académico para optar por el título de especialista]. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Ministerio de Salud (02 de octubre de 2021). *Ministerio de Salud atendió 813426 casos de salud mental entre enero y agosto de 2021*. <https://cutt.ly/EZU8MFg>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Depresión*. Centro de prensa de la OMS. <https://cutt.ly/EZTOFr6>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Trastornos mentales*. Centro de prensa de la OMS. <https://cutt.ly/iZTORIB>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Depresión*. Centro de prensa de la OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas*. <https://cutt.ly/bZTGuQ3>
- Puerta, J., y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud (Santa Marta)*, 8(2), pp. 251-257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- Rivadeneira, C., Dahab y Minici, A. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de la terapia cognitivo conductual*. [En línea] <https://cutt.ly/eZZLhCk>
- Rodríguez, B. (2019). *Trastorno depresivo recurrente y síndrome de dependencia al alcohol*. [Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional UNSA. <https://cutt.ly/KZITgfj>

- Rodríguez, D., 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).
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/75386>
- Rojas, J., Albano, C., Llanos, M. y Decanio, M., Trías, L. (2009). *Inventario de apoyo social para embarazadas*. Sociedad científica de estudiantes de medicina, Caracas, Venezuela, 7(3), pp. 173-179.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/estudiantil/ace-2009/ace093i.pdf>
- Ruiz, A., Diaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Universidad San Ignacio de Loyola (05 de marzo de 2021). *Covid – 19 en el Perú: aumentan casos de ansiedad y depresión*. <https://cutt.ly/eZTK5wP>
- Vallejo, M. (2012). *Manual de Terapia de Conducta (2da edición)*. Dykinson.
- Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX *Psicología Conductual (España)*, 8, (3), 417-449.
<https://cutt.ly/9ZGy2kp>
- Vega, J. (2015). *Efectividad de la terapia cognitivo conductual para trastorno de depresión mayor*. [Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de Psicóloga Clínica, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio Institucional USFQ.
<https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4637/1/114131.pdf>
- Zayfert, C., y Black, C. (2008). *Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático (1era edición)*. El Manual Moderno.

VI. ANEXOS

Inventario de Depresión de Beck

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____ Fecha aplicación: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

H.C.: _____

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

1. Tristeza.

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

2. Pesimismo

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

3. Sensación de fracaso

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

4. Insatisfacción

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

5. Culpa

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

6. Expectativas de castigo

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

7. Autodesprecio

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

8. Autoacusación

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

9. Ideas suicidas

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

10. Episodios de llanto

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

11. Irritabilidad

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

12. Retirada social

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

13. Indecisión

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

14. Cambios en la imagen corporal

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

15. Enlentecimiento

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

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

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

18. Pérdida de apetito

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

19. Pérdida de peso

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

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud

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

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

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

21. Bajo nivel de energía

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

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

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

3. He perdido totalmente el interés sexual.

Resultados

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

5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.

10 - 18 Depresión entre leve y moderada.

19 - 29 Depresión entre moderada y severa.

30 - 63 Depresión severa.

Si se obtienen puntuaciones inferiores a 4 existe la posibilidad de que se esté negando la existencia de una depresión o fingiendo estar bien. Se trata de una puntuación que está por debajo de la obtenida por personas normales, no deprimidas.

Las puntuaciones por encima de 40 son más altas que las que suelen obtener incluso las personas con depresión severa. Indica una posible exageración de la depresión o la posibilidad de que exista algún trastorno de personalidad, como trastorno histriónico o límite. No obstante, aún es posible que existan niveles significativos de depresión.

REGISTRO DE OPINIONES (REGOPINA)

FORMA A

M. Davis, M. Mckay y E. Eshelman(2009)

No es necesario que piense mucho rato en cada ítem. Señale si considera verdadero **(V)** o falso

(F) en cada afirmación. Asegúrese de contestar lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.

1. Para mi es importante recibir la aprobación de los demás.
2. Odio equivocarme en algo.
3. La gente que se equivoca, debe recibir su merecido.
4. Generalmente acepto los acontecimientos desagradables con tranquilidad.
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.
6. “Árbol que crece torcido, nunca su tronco endereza”
7. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo que sentirme obligado a manifestar respeto a nadie.
8. Evito las cosas que no puedo hacer bien.
9. Las personas malas deben de ser castigadas.
10. Las frustraciones y decepciones no me perturban.
11. A la gente no la transforman los acontecimientos, sino la imagen que tiene de estos.
12. Es casi imposible superar las influencias del pasado.
13. Quiero gustar a todos.
14. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo.
15. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa.
16. Las cosas deberían ser distintas a como son.
17. Yo mismo me provoqué mi mal humor.
18. Si algo afecta tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.
19. Me puedo gustar a mí mismo, aun cuando no lo guste a los demás.
20. Me gustaría triunfar en algo, pero pienso que no estoy obligado a hacerlo.
21. La inmoralidad debería castigarse severamente.
22. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.
23. Las personas desdichadas, generalmente, se provocan ese estado así mismas.
24. La gente sobrevalora la influencia del pasado.
25. Si no le gusta a los demás, es su problema, no el mío.
26. Para mi es extremadamente importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.
27. Pocas veces culpo a la gente por sus errores.
28. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.
29. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo.

30. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.
31. Creo que es difícil ir en contra de lo que piensan los demás.
32. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sean en ellas.
33. El miedo al castigo es lo que hace que la gente sea buena.
34. Si las cosas me desagradan, elijo ignorarlas.
35. Cuantos más problemas tiene una persona, menos feliz es.
36. Normalmente no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.
37. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no la necesito realmente.
38. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.
39. Todo el mundo es, esencialmente, bueno.
40. Hago todo lo que puedo para conseguir lo que quiero; y después, dejo de preocuparme.
41. Nada es perturbador por sí mismo; si lo es, se debe al modo que lo interpretamos.
42. Somos esclavos de nuestro pasado.
43. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.
44. Me trastorna cometer errores.
45. No es equitativo que "lueva igual sobre el justo que sobre el injusto"
46. Yo disfruto tranquilamente de la vida.
47. No puedo evitar sentirme muy alterado ante ciertos hechos.
48. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.
49. Usualmente me preocupo por lo que la gente piensa de mí.
50. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.
51. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.
52. La gente es más feliz cuando tienes metas y problemas que resolver para alcanzarlas.
53. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.
54. Básicamente, la gente nunca cambia.
55. Ser criticado es algo fastidioso, pero no perturbador.
56. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.
57. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.
58. Raras veces me perturban los errores de la demás.
59. El hombre construye su propio infierno interior.
60. No miro atrás con resentimiento.
61. Si cometo un error lo acepto con tranquilidad.
62. Los acontecimientos negativos pueden ser superados.
63. Hay gente que me altera de humor.
64. Acepto con calma que otros sean mejores que yo en algo.
65. Hay tristeza que jamás se superan.

Anexo C

Categoría Según creencia irracional o escala.

(Adolescentes de 15 a 18 años)

Escala	CREENCIA IRRACIONAL	Racional	Tendencia racional	Tendencia irracional	Irracional
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	0-3	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	0-2	3-4	5	6-10
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	0-2	3	4	5-10
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	0-2	3	4	5-10
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.	0-1	2-3	4	5-10
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	0-2	3	4	5-10

INVENTARIO DE PERSONALIDAD

Eysenck y Eysenck - CUESTIONARIO, Forma B – Adultos

Nombres y Apellidos: _____
 Edad: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____
 Estado Civil: _____ Grado de
 instrucción: _____ Ocupación: _____ Fecha
 aplicación: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 H.C.: _____

INSTRUCCIONES: Aquí tiene algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta conteste en la hoja de respuestas con un Sí o con un No según sea su caso. Entonces ponga un aspa (X) o cruz (+) en el recuadro que corresponde. Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta, queremos su primera reacción, no un proceso de pensamiento prolongado. Trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas. No hay contestaciones “correctas” ni “incorrectas”

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

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

POR FAVOR ASEGÚRESE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

Anexo E

MCMII –II
Inventario Multiaxial Clínico de Millon
Theodore Millon

Nombres y Apellidos: _____
Edad: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____
Estado Civil: _____ Grado de instrucción: _____
Ocupación: _____ Fecha aplicación: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
H.C.: _____

INSTRUCCIONES

Las siguientes páginas contienen una lista de frases que la gente usa para describirse a sí mismos. Están impresas en este cuadernillo para ayudarte a describir tus sentimientos y tus actitudes. Trata de ser lo más honesto(a) y serio(a) que puedas en marcar las frases. No te preocupes si algunas de estas frases parecen poco comunes para ti, están incluidas para describir personas con diferentes tipos de problemas.

A continuación, tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas. Si está de acuerdo con una frase o piensa que describe su forma de ser, Rellene completamente el espacio correspondiente a la letra V (verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, rellene completamente el espacio de la letra "F" (falso). Así:

1. "Soy un ser humano"

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

	V	F
1.		
2.		

2. "Mido más de tres metros"

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

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

No hay tiempo límite para completar el inventario, pero es mejor trabajar con rapidez.

No hagas marcas ni escribas en el cuadernillo.

1. Siempre sigo mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan de mí.
2. Siempre he encontrado más cómodo hacer las cosas solo(a) tranquilamente en vez de hacerlas con otros.
3. Hablar con otras personas ha sido casi siempre difícil y duro para mí.
4. Creo que hay que ser decidido(a) y tener fuerza de voluntad en todo lo que hago.
5. En las últimas semanas me pongo a llorar apenas la mínima de las cosas sale mal.
6. Alguna gente me considera engreído(a) y egoísta.
7. De adolescente me metía en muchos problemas debido a mi mala conducta escolar.

8. Siempre siento que no soy querido(a) en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente si esta me molesta.
10. Me conformo con seguir a los demás.
11. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir qué hacer primero.
12. A veces puedo ser muy tosco(a) y malo(a) en mis relaciones con mi familia.
13. Me interesa muy poco hacer amigos.
14. Creo que soy una persona muy sociable y extrovertida.
15. Sé que soy una persona superior por lo tanto no me importa lo que la gente piensa.
16. La gente nunca ha reconocido debidamente lo que he hecho o logrado.
17. Tengo un problema con el alcohol que he tratado insatisfactoriamente de superar.
18. Últimamente siento como una angustia en el estómago y me pongo a sudar frío.
19. No me gusta hacerme notar durante las actividades sociales.
20. Frecuentemente hago cosas por el simple hecho de que son divertidas.
21. Me enfado mucho con la gente que parece que nunca hace las cosas bien.
22. Si mi familia me presiona es muy probable que me sienta enojado(a) y que me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Frecuentemente siento que debería ser castigado(a) por lo que he hecho.
24. La gente se burla de mí a mis espaldas hablando de como actué o de mi aspecto.
25. Los demás parecen más seguros que yo de lo que son y de lo que quieren.
26. Tiendo a romper en llanto y a tener ataques de cólera sin saber por qué.
27. Empecé a sentirme solo(a) y vacío(a) hace un año o dos.
28. Tengo talento para ser dramático(a).
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto de la competencia intensa.
31. Cuando entro en crisis, rápidamente busco a alguien para que me ayude.
32. Me protejo a mí mismo(a) de problemas, no dejando que la gente sepa mucho de mí.
33. La mayor parte del tiempo me siento débil y cansado(a).
34. Otra gente se enoja más ante pequeños inconvenientes que yo.
35. Mi consumo de drogas frecuentemente me ha llevado a una buena cantidad de problemas en el pasado.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ninguna razón.
37. Creo que soy una persona especial que merece atención especial de los otros.
38. Bajo ninguna circunstancia me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una manera segura de hacer un mundo pacífico es mejorando la moral de la gente.
40. En el pasado me he involucrado sexualmente con muchas personas que no me importaban mucho.
41. Encuentro difícil comprender a la gente que nunca tiene las cosas claras.
42. Soy una persona muy sumisa y fácil.
43. Mi mal genio ha sido una de las grandes causas de mis problemas.
44. No me importa mandonear a otros para conseguir que hagan lo que yo quiera.
45. En los últimos años, incluso cosas mínimas, parecen deprimirme.
46. Frecuentemente mi deseo de hacer las cosas perfectamente demora mi trabajo.
47. Soy tan tranquilo(a) y aislado(a) que la mayoría de la gente no sabe si quiera que existo.
48. Me gusta coquetear con miembros del sexo opuesto.
49. Soy una persona tranquila y miedosa.
50. Soy una persona muy inconstante, cambio de opinión y de forma de sentir todo el tiempo.
51. Me siento muy tenso cuando pienso en los sucesos del día.

52. Beber alcohol nunca me ha causado ningún problema realmente serio en mi trabajo.
53. Últimamente pareciera que las fuerzas se me escapan, incluso en las mañanas.
54. Empecé a sentirme un fracasado(a) hace unos años.
55. No me gusta nada la gente de éxito que siempre piensa que puede hacer las cosas mejor que yo.
56. Siempre he tenido un miedo terrible de perder el amor de la gente que necesito mucho.
57. Daria la impresión que hago todo lo posible para que la gente se aproveche de mí.
58. Últimamente siento ganas de romper cosas.
59. Recientemente he pensado seriamente en acabar con mi vida.
60. Siempre estoy tratando de hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Mantengo un control riguroso de mi dinero, así estoy preparado(a) en caso de necesidad.
62. Aparecí en la portada de varias revistas el año pasado.
63. Le gusto a poca gente.
64. Si alguien me criticara por cometer un error, yo rápidamente señalaría alguno de sus errores.
65. Algunas personas dicen que me gusta sufrir.
66. Frecuentemente expreso mis sentimientos de rabia y después me siento terriblemente culpable.
67. Últimamente me siento nervioso(a) y bajo una terrible presión, pero no sé por qué.
68. Muy frecuentemente pierdo la sensibilidad en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que usan telepatía para influenciar mi vida.
70. Consumir drogas ilícitas puede ser poco inteligente, pero en el pasado sentí que las necesitaba.
71. Me siento cansado(a) todo el tiempo.
72. No puedo dormir bien y me levanto tan cansado(a) como cuando me acosté.
73. He hecho varias cosas estúpidas de puro impulso que han terminado causándome muchos problemas.
74. Nunca perdono un insulto, ni olvido una vergüenza que alguien me haya hecho pasar.
75. Deberíamos respetar a las generaciones anteriores y no pensar que sabemos más que ellos.
76. Ahora me siento terriblemente deprimido(a) y triste gran parte del tiempo.
77. Soy el tipo de persona del que los otros se aprovechan.
78. Siempre me esfuerzo mucho de complacer a los demás, incluso cuando no me agradan.
79. He tenido serios pensamientos suicidas por varios años.
80. Rápidamente me doy cuenta como la gente está intentando causarme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No puedo entenderlo, pero pareciera que disfruto hiriendo a las personas que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que era mejor tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto(a) a pelear a muerte antes que dejar que nadie me quite mi autodeterminación.
85. Desde que era niño(a) siempre he tenido que cuidarme de la gente que estaba tratando de engañarme.
86. Cuando las cosas se ponen aburridas me gusta despertar situaciones emocionantes.
87. Tengo problemas de alcohol que me han generado problemas a mí y a mi familia.

88. Si una persona quiere que se haga algo que requiera mucha paciencia, debería pedírmelo a mí.
89. Soy probablemente la persona con ideas más creativas entre las que conozco.
90. Hace diez años que no veo un carro.
91. No veo nada de malo en usar a la gente para obtener lo que quiero.
92. El castigo nunca me frenó a hacer lo que yo quería.
93. Hay muchas veces que sin razón alguna me siento muy contento(a) y muy emocionado(a).
94. Yo me escapé de mi casa cuando era adolescente por lo menos una vez.
95. Muchas veces digo cosas rápidamente de las que luego me arrepiento.
96. En las últimas semanas me siento agotado(a) sin ninguna razón.
97. De un tiempo a esta parte me siento muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien.
98. Las ideas me dan vueltas y vueltas en la cabeza y no se van.
99. De un año o dos a esta parte, me siento bastante desanimado(a) y triste acerca de la vida.
100. Mucha gente lleva años espiando mi vida privada.
101. No sé por qué, pero muchas veces digo cosas crueles simplemente para hacer infelices a los otros.
102. Odio y temo a la mayoría de la gente.
103. Expreso mis opiniones sobre las cosas, no importa lo que los otros piensen.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es muy probable que lo posponga o lo haga mal a propósito.
105. Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado que falte al trabajo en el pasado.
106. Siempre estoy dispuesto(a) a ceder con los demás para evitar problemas.
107. Frecuentemente estoy molesto(a) y renegón(a).
108. Simplemente ya no tengo la fuerza para defenderme.
109. Últimamente y sin ninguna razón en especial tengo que pensar las cosas una y otra vez.
110. Frecuentemente pienso que no merezco las buenas cosas que me suceden.
111. Utilizo mis encantos para obtener las atenciones de los demás.
112. Frecuentemente cuando estoy solo(a) siento la fuerte presencia de alguien invisible cerca de mí.
113. Me siento muy desorientado(a) y no sé adónde voy en la vida.
114. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
115. A veces siento que debería hacer algo para hacerme daño a mí o a otra persona.
116. He sido injustamente castigado(a) por la ley por crímenes que no he cometido.
117. Me he vuelto muy nervioso(a) en las últimas semanas.
118. Constantemente tengo pensamientos extraños de los que quisiera librarme.
119. Me resulta muy difícil controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que soy un ente que no vale nada.
121. Me puedo excitar mucho sexualmente cuando peleo o discuto con la persona que amo.
122. A través de los años he tenido éxito en mantener mi consumo de alcohol al mínimo.
123. Siempre he puesto a prueba a las personas para averiguar cuanto se puede confiar en ellas.
124. Incluso despierto(a) parece que no percibo a la gente que está junto a mí.
125. Me resulta muy fácil hacer muchos amigos.
126. Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado.

127. Con frecuencia oigo cosas tan bien que me molesta.
128. Mi estado de ánimo parece variar mucho de un día a otro.
129. No me parece mal que una persona se aproveche de otra que se lo permite.
130. Me he cambiado de trabajo más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas que se adelantan a su tiempo.
132. De un tiempo a esta parte me siento triste y melancólico(a) y no puedo salirme de eso.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda en lo que haga.
134. Con frecuencia me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.
165. Me enfado mucho si alguien exige que yo haga las cosas a su manera en vez de la mía.
166. Tengo la habilidad de ser exitoso(a) en casi cualquier cosa que haga.
167. Últimamente me derrumbo.
168. Pareciera que animo a la gente que me quiere para que me hiera.
169. Nunca he tenido un pelo en mi cabeza o en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otros me gusta ser el centro de atención.
171. Con frecuencia, personas que al principio he admirado mucho, después me han desilusionado fuertemente.
172. Soy la clase de persona que puede abordar a cualquiera y agredirlo(a) verbalmente.
173. Prefiero estar con gente que vaya a protegerme.
174. Ha habido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan alegre y he gastado tanta energía que luego caía en bajadas de ánimo.
175. He tenido dificultades en el pasado para dejar de abusar de las drogas o alcohol. superarlos.
147. Mis padres generalmente me decían que yo no era bueno(a) para nada.
148. Con frecuencia la gente se enfada conmigo porque los mandoneo.
149. Yo siento gran respeto por aquellas autoridades que están por encima mío.
150. Casi no tengo vínculos cercanos con otras personas.
151. En el pasado me han dicho que me interesaba o me emocionaba demasiado por demasiadas cosas.
152. Yo he volado sobre el Atlántico treinta veces en el último año.
153. Yo creo en el dicho: "A quien madruga Dios lo ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he tenido en la vida.
155. Mis sentimientos hacia la gente importante en mi vida generalmente oscilan del amor al odio hacia ellos.
156. Mis padres nunca estaban de acuerdo.
157. En ocasiones he tomado hasta diez tragos o más sin emborracharme.
158. En grupos sociales casi siempre me siento muy inseguro(a) y tenso(a).
159. Valoro mucho las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño(a) he ido perdiendo contacto con el mundo real.
161. Rara vez tengo sentimientos fuertes acerca de algo.
162. Era muy inquieto(a), viajaba de un lado a otro sin ninguna idea de donde iría a parar.
163. No puedo tolerar a la gente que llega tarde a las citas.
164. Gente oportunista con frecuencia trata de obtener crédito por cosas que yo he hecho o pensado.

Anexo F

A B C D E

A Situación activante ¿Qué pasó?	B Creencia de lo que pasó. ¿Qué se dijo así misma sobre lo que aconteció?	C Consecuencia (emocional/condu ctual) ¿Cómo reacciona frente a A?	D Discusión de la creencia ¿Es verdadera o falsa, racional o irracional?	E Sustitución de pensamientos

HOJA DE AUTOREGISTRO

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

Anexo H

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN
PSICOLOGICA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD**

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

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 11 diciembre del 2019

Hora: 18:00 pm

Quisiera dejar constancia que he tomado conocimiento del proyecto de su trabajo académico para optar el título de la Segunda Especialidad en Terapia Cognitivo Conductual, mismo que es realizado por el psicólogo Cristhian Gabino Yauriman, en condición de Investigador de la **Intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión.**

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

.....
Firma o huella de la usuaria.
DNI:.....

.....
Firma o huella del psicólogo.
DNI:.....