



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN DE  
UNA JOVEN ADULTA**

**Línea de investigación:**

**Salud Mental**

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

**Autor**

Zapana Luque, Cinthia Katheryn

**Asesor:**

Mendoza Huamán, Vicente

ORCID: 0000-0003-1946-6831

**Jurado:**

Aguirre Morales, Marivel Teresa

Del Rosario Pacherres, Orlando

Aguilar Mori, Karim

**Lima – Perú**

**2023**

### **Dedicatoria**

A mi familia que siempre me muestran su apoyo, a mi asesor por su dedicación, a mis docentes por ser guía para el aprendizaje y logro de objetivos personales y profesionales.

### **Pensamiento**

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

Aaron Beck

## Índice

|   |      |
|---|------|
| Dedicatoria .....                                   | II   |
| Pensamiento .....                                   | III  |
| Índice.....   | IV   |
| Lista de tablas .....                               | VII  |
| Lista de figuras.....                               | VIII |
| Resumen.....  | IX   |
| Abstract .....                                      | X    |
| <br>  |      |
| I. Introducción .....                               | 11   |
| 1.1. Descripción del problema .....                 | 12   |
| 1.2. Antecedentes .....                             | 14   |
| 1.2.1. Antecedentes nacionales .....                | 14   |
| 1.2.2. Antecedentes internacionales .....           | 17   |
| 1.2.3. Fundamentación teórica .....                 | 21   |
| 1.3. Objetivos .....                                | 30   |
| 1.3.1. Objetivo general .....                       | 30   |
| 1.3.2. Objetivo específicos .....                   | 30   |
| 1.4. Justificación .....                            | 30   |
| 1.5. Impactos esperados del trabajo académico ..... | 31   |
| <br>  |      |
| II. Metodología .....                               | 32   |
| 2.1. Tipo y diseño de investigación .....           | 32   |
| 2.2. Ámbito temporal y espacial .....               | 32   |
| 2.3. Variables de investigación .....               | 32   |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 2.3.1. | Variable independiente: intervención cognitivo conductual..... | 32 |
| 2.3.2. | Variable dependiente: depresión .....                          | 35 |
| 2.4.   | Participante / sujeto .....                                    | 35 |
| 2.5.   | Técnicas e instrumentos .....                                  | 36 |
| 2.5.1. | Técnicas.....  | 36 |
| 2.5.2. | Instrumentos .....   | 36 |
| 2.5.3. | Inventario de depresión de beck - II (bdi - ii). .....         | 36 |
| 2.5.4. | Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (stai). .....            | 38 |
| 2.5.5. | Inventario clínico multiaxial de millon – millon ii. ....      | 41 |
| 2.5.6. | Evaluación psicológica.....                                    | 43 |
| 2.5.7. | Evaluación psicométrica .....                                  | 51 |
| 2.5.8. | Informe psicológico integrador. ....                           | 52 |
| 2.6.   | Intervención .....   | 65 |
| 2.6.1. | Plan de intervención y calendarización.....                    | 65 |
| 2.6.2. | Programa de intervención.....                                  | 67 |
| 2.7.   | Procedimiento .....  | 71 |
| 2.8.   | Consideraciones éticas .....                                   | 71 |
| III.   | Resultados .....   | 72 |
| 3.1.   | Análisis de resultados.....                                    | 72 |
| 3.2.   | Discusión de resultados.....                                   | 82 |
| 3.3.   | Seguimiento .....  | 85 |
| IV.    | Conclusiones .....   | 87 |
| V.     | Recomendaciones .....  | 89 |
| VI.    | Referencias.....   | 90 |

|                   |    |
|-------------------|----|
| VII. Anexos ..... | 97 |
|-------------------|----|

### Lista de tablas

| <b>N°</b> | <b>Título</b>   | <b>Pág.</b> |
|-----------|---|-------------|
| Tabla 1   | Puntajes de los niveles del inventario de depresión de Beck II                    | 38          |
| Tabla 2   | Clasificación de puntaje del STAI   | 40          |
| Tabla 3   | Puntajes respectivos a los niveles del STAI                                       | 41          |
| Tabla 4   | Escalas/Factores del Millon II  | 42          |
| Tabla 5   | Indicadores de los factores del Millon-II   | 43          |
| Tabla 6   | Desempeño Académico - Social de la participante                                   | 48          |
| Tabla 7   | Datos familiares de la usuaria  | 50          |
| Tabla 8   | Diagnóstico funcional   | 55          |
| Tabla 9   | Conductas Adaptativas/Desadaptativas  | 58          |
| Tabla 10  | Análisis funcional de la conducta depresiva de la participante                    | 59          |
| Tabla 11  | Análisis Cognitivo  | 61          |
| Tabla 12  | Criterios según el DSM V para Trastorno de Depresión Mayor                        | 63          |
| Tabla 13  | Plan de Intervención y Calendarización  | 65          |
| Tabla 14  | Programa de Intervención  | 67          |
| Tabla 15  | Resultados pre y post test del inventario de depresión de Beck -<br>II            | 72          |
| Tabla 16  | Línea Base Registro de conducta: frecuencia, pre y post test                      | 73          |
| Tabla 17  | Línea Base registro de frecuencia e intensidad (1-10) de<br>emociones, pre y post | 76          |
| Tabla 18  | Línea Base del registro de pensamientos: frecuencia, pre y post<br>test           | 78          |
| Tabla 19  | Línea Base Registro de Opiniones- Forma A, pre y post test                        | 80          |

**Lista de figuras**

| <b>N°</b> | <b>Título</b>  | <b>Pág.</b> |
|-----------|--|-------------|
| Tabla 1   | Línea Base Registro de conducta: frecuencia, pre y post test                     | 75          |
| Tabla 2   | Línea Base registro de la frecuencia de emociones, pre y post test               | 77          |
| Tabla 3   | Línea Base del registro de la intensidad (1-10) de emociones, pre<br>y post test | 77          |
| Tabla 4   | Línea Base del registro de pensamientos: frecuencia, pre y post<br>test          | 79          |
| Tabla 5   | Línea Base del Registro de Opiniones- Forma A, pre y post test                   | 82          |



## Resumen

El objetivo principal de este estudio de caso fue reducir los síntomas depresivos de un adulto joven utilizando la terapia cognitivo-conductual. Se utilizó un diseño cuasi-experimental basado en casos. La evaluación comenzó con la entrevista y la observación y el uso de instrumentos psicométricos: Inventario de Depresión de Beck (IDB-II), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) e Inventario Multiaxial de Millon II (Millon II), Inventario de Personalidad de Eysenck EPQ-B, Riesgo de Suicidio de Beck, Test de Raven, para iniciar una posterior evaluación basal basada en entrevistas conductuales, autoinformes y análisis funcional, centrándose en los objetivos específicos de la intervención, se utilizaron técnicas como la psicoeducación, la asignación de tareas, el dominio y el gusto, la relajación progresiva, la respiración diafragmática, las pruebas de comportamiento, la imaginación emocional racional y el entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados tras 14 sesiones muestran una reducción del complejo sintomático depresivo tras el tratamiento, reflejada en una reducción de las puntuaciones de los instrumentos utilizados, así como mejoras significativas en los dominios emocional, conductual y cognitivo, y mejoras en los dominios de ajuste personal, académico y familiar del participante.

*Palabras clave:* análisis funcional, depresión, estudio de caso, terapia cognitivo conductual.

## **Abstract**

The primary objective of this case study was to reduce a young adult's depressive symptoms using cognitive-behavioral therapy. A quasi-experimental case-based design was used. Assessment began with interview and observation and the use of psychometric instruments: Beck Depression Inventory (IDB-II), State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI) and Millon Multiaxial Inventory II (Millon II), Eysenck Personality Inventory EPQ-B, Beck Suicide Risk, Raven's Test, to initiate a subsequent baseline assessment based on behavioral interviews, self-reports and functional analysis, focusing on the specific objectives of the intervention, techniques such as psychoeducation, homework assignment, mastery and liking, progressive relaxation, diaphragmatic breathing, behavioral testing, rational emotional imagery and social skills training were used. The results after 14 sessions show a reduction of the depressive symptom complex after treatment, reflected in a reduction of the scores of the instruments used, as well as significant improvements in the emotional, behavioral and cognitive domains, and improvements in the participant's personal, academic and family adjustment domains.

*Keywords:* case study, cognitive behavioral therapy, depression, functional analysis

## I. INTRODUCCIÓN

Este estudio de caso presenta un caso singular de terapia cognitivo-conductual (TCC) en cuanto al tratamiento efectivo para reducir las conductas inadaptadas relacionadas con la depresión en adultos jóvenes, dada la importancia actual de este tipo de intervención por la alta incidencia y prevalencia de estos casos a nivel nacional y mundial, y teniendo en cuenta las proyecciones futuras.

Este caso práctico singular pretende ser una guía para los nuevos profesionales que deseen emplear una intervención eficaz y con base empírica para reducir los síntomas depresivos.

En el capítulo I se presentan los aspectos formales, donde se expone todo lo relacionado con la descripción de la realidad actual de la depresión a nivel mundial y nacional, los antecedentes nacionales e internacionales de la TCC para la depresión, el marco teórico, los conceptos variables de la depresión, su clasificación, los modelos teóricos explicativos, los instrumentos de evaluación y medición, el diagnóstico funcional, los tratamientos, los objetivos generales y específicos y, finalmente, la justificación y el impacto esperado del estudio de caso.

El capítulo II describe el tipo y el diseño de la investigación, el ámbito temporal y espacial, la descripción de las variables dependientes e independientes, los participantes, las técnicas e instrumentos utilizados, la evaluación psicológica, el diagnóstico psicológico, el diagnóstico funcional, el análisis funcional, el programa de intervención, el procedimiento y las consideraciones éticas.

El capítulo III describe detalladamente los resultados, el análisis, la discusión de los resultados del proyecto de investigación y el seguimiento del caso.

El capítulo IV presenta las conclusiones finales del proyecto de investigación.

Por último, el capítulo V presenta las recomendaciones del investigador para el participante y las directrices para el uso de la TCC para la depresión.

### **1.1. Descripción del problema**

La depresión consiste en un trastorno caracterizado por la persistencia de la tristeza, por la falta de interés en las actividades placenteras y por la inhabilidad para realizar las actividades de la vida diaria durante por lo menos un par de semanas, y suele ir acompañada de otras manifestaciones como: la pérdida de la energía, los cambios de apetito y de sueño, la ansiedad, la disminución de la concentración, la indecisión, la inquietud, la culpabilidad, los sentimientos de desesperación o de insignificancia y, en los casos más graves, los pensamientos de autolesión o de suicidio (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En 2021 también salieron a la luz cifras alarmantes sobre el predominio de la depresión, que se calcula que puede alcanzar a más de 280 millones de personas en todo el mundo, lo que la convierte en la primera de las causas de discapacidad y en una de las principales responsables en el mundo de las enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La prevalencia de la depresión entre los pacientes generales oscila entre el 10 y el 20%, y entre los pacientes con problemas de salud mental ronda el 50%, pero sólo el 10% de ellos son tratados por especialistas, el 90% son tratados por médicos generales u otras especialidades, o no son tratados en absoluto, en parte porque aproximadamente la mitad de las depresiones se presentan como trastornos somáticos, lo que dificulta el diagnóstico diferencial (Vallejo et al., 2011).

En cuanto al número de casos en América Latina y el Caribe, según OPS/OMS (2012) alrededor del 5% de la población adulta sufre de depresión, pero entre el 60 y el 65% de ellos no recibe ningún tratamiento, 6 de cada 10, lo que evita más de un millón de suicidios y afecta a unas 63 000 personas en las Américas cada año.

El Instituto Nacional de Salud Mental (2019) en 2006, llevó a cabo investigaciones epidemiológicas en la costa de Perú, detectando una prevalencia de vida sobre trastornos psiquiátricos en el 14,1% de la población, siendo la mayor casuística los episodios depresivos

con 14,1% de los casos psiquiátricos, de igual manera, en el área rural de las provincias de Lima había una prevalencia de vida sobre trastornos psiquiátricos en el 29,6% de la población, siendo los más frecuentes los episodios depresivos moderados a grave alcanzando hasta el 15,8% de la población.

Así mismo el Instituto Nacional de Salud Mental (2018), en 2002, un estudio epidemiológico de una muestra poblacional de 2.077 adultos en 43 distritos de Lima y Callao obtuvo tasas de prevalencia actual y vitalicia de trastornos mentales de 23,5% y 37,3%, respectivamente, y una prevalencia vitalicia de episodios depresivos de 18,2%.

Cabe destacar también que existan los factores asociados con el género que incrementan la vulnerabilidad a la depresión, estos factores son más acentuados en la población femenina y tienen una base psicosocial debido a: abusos sexuales y experiencias negativas en la infancia, limitaciones a la plena libertad de elección de roles, sobreestimación y competencia en roles sociales, y características psicológicas asociadas con la vulnerabilidad a los eventos de la vida y dificultades de afrontamiento; esto es preocupante porque la depresión tiene un impacto en la calidad de vida de las mujeres y sus hijos, y en el entorno sociofamiliar en general (Gaviria, 2009).

La descripción del problema muestra que la incidencia y prevalencia de la depresión está aumentando tanto a nivel mundial como nacional, por lo que se necesitan intervenciones eficaces como propuesta para abordar el problema, habiéndose demostrado en diversos estudios la eficacia de los programas de intervención cognitivo-conductual para reducir el complejo sintomático depresivo, como se expondrá a continuación Gaviria (2009). Como conclusión, si podemos mejorar la atención de los casos deprimidos, generaremos mayores niveles de adaptabilidad y productividad en el ámbito académico, laboral y social, ya que el talento humano es parte esencial del funcionamiento de las organizaciones en sus diferentes niveles (Gaviria, 2009).

Por lo tanto, en este estudio de caso, presentamos una intervención cognitivo-conductual para un paciente adulto joven diagnosticado de depresión moderada a grave según los criterios de la CIE 10 Vallejo et al., (2011). Se trata de reducir los síntomas depresivos mediante una terapia cognitivo-conductual. La usuaria manifiesta mal humor, llanto fácil, disminución del apetito, dificultad para dormir, irritabilidad, tristeza y pensamientos negativos persistentes sobre su situación matrimonial, así como pensamientos irracionales, culpabilidad, aislamiento social, ansiedad, ira, vergüenza y malestar físico (Padilla, 2014).

## **1.2. Antecedentes**

### **1.2.1. Antecedentes nacionales**

Calderón (2020) realizó una investigación: La intervención cognitivo-conductual en una mujer adulta con depresión, ha presentado el estudio de un solo caso sobre un programa de intervención en 12 sesiones en el que se evaluó el Inventario de Depresión de Beck al comienzo y al término del tratamiento, utilizando el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Million, con el objetivo general de reducir los complejos depresivos sintomáticos a través de un programa de TCC para lograr mejoras en los aspectos personales familiares y laborales, con los siguientes objetivos específicos reducción de las distorsiones cognitivas y de los pensamientos irracionales, reducción de los pensamientos automáticos, reducción de las reacciones fisiológicas relacionadas con la depresión, reducción de las reacciones emocionales, aumento del nivel de actividades recreativas y satisfactorias, y reducción de las conductas depresivas: psicoeducación, reestructuración cognitiva, exploración de las creencias irracionales, exploración del pensamiento, técnicas de relajación, autoinstrucciones, exploración del pensamiento, actividades placenteras, técnicas de asertividad, termómetros del estado de ánimo, tareas graduadas, ensayos conductuales, programación de actividades. Los resultados muestran que se redujeron los pensamientos irracionales y las distorsiones cognitivas generando creencias

alternativas, se redujeron los pensamientos automáticos, las creencias intermedias y centrales, se redujeron las reacciones fisiológicas a la depresión, se redujeron las reacciones emocionales, se incrementaron las actividades recreativas y satisfactorias y se redujeron las conductas depresivas. Por último, se recomienda desarrollar un plan de vida independiente de las relaciones románticas para establecer objetivos futuros, desarrollar habilidades sociales y autoestima, esforzarse por asistir a reuniones y actividades sociales con mayor frecuencia, realizar ejercicios de relajación al menos dos veces por semana, seguir utilizando la TCC en la vida diaria, mantener el apoyo familiar y social para garantizar la estabilidad emocional y la sensación de equilibrio, y seguir investigando sobre la depresión utilizando la TCC.

Huaynates (2019) llevó a cabo un estudio de caso realizado en Lima con el fin de reducir los síntomas depresivos y el sentimiento de culpabilidad en una mujer de 40 años a través de una intervención cognitivo-conductual, los instrumentos utilizados en la recolección de datos fueron: entrevista, línea de base, autorregistros, el análisis funcional y cognitivo, el Inventario de Beck y la Escala de Personalidad de Eysenck. También se aplicaron técnicas cognitivo-conductuales como la relajación, las autoinstrucciones, la activación conductual y la reestructuración cognitiva; se utilizó el diseño ABA multicondicional univariante con el fin de reestructurar los pensamientos que desencadenaban emociones y conductas perjudiciales; los resultados muestran una disminución del nivel de depresión, reducción de pensamientos, emociones y conductas negativas para el usuario según las evaluaciones de seguimiento, por lo que, al final de la fase de tratamiento, se ratifica la eficacia de las técnicas utilizadas para el caso de la depresión.

También para Palacios (2020) quien 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 psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en técnicas de relajación, auto instrucción de afrontamiento, técnicas de asertividad, solución de problemas, y reestructuración cognitiva. En los resultados obtenidos se observó un descenso de la sintomatología depresiva ya que la puntuación inicial (línea de base) el resultado fue una depresión en grado moderado y al finalizar el tratamiento quedó evidenciada la desaparición de la depresión, así como una disminución de las ideas irracionales y de los niveles de ansiedad, lográndose así la efectividad en el tratamiento cognitivo-conductual.

Así también se realizó en Lima una investigación por un episodio depresivo de un paciente adulto de 29 años, con la finalidad de disminuir la sintomatología depresiva, a través de la aplicación de técnicas cognitivo conductuales, utilizando 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 de base, diagnóstico funcional los mismos que fueron aplicados posteriormente en las 12 sesiones terapéuticas que utilizó en su intervención. Las técnicas utilizadas durante la intervención terapéutica fueron: psicoeducación, técnicas de relajación, entrenamiento asertivo, detención de pensamientos automáticos que conducen a emociones negativas, comprobación de los propios supuestos, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, debate socrático. El resultado de esta intervención ha sido la remisión de la sintomatología depresiva, obteniendo en la aplicación del inventario de Beck una puntuación de 9 correspondiente a los altibajos normales para la depresión, disminuyendo la sintomatología fisiológica, los pensamientos y respuestas emocionales negativas, las conductas propias de la depresión como el llanto, el exceso de tiempo dedicado a ver la televisión e internet, por lo que se concluye que el programa ha sido exitoso en la aplicación del tratamiento



cognitivo conductual. (López, 2016)

Además para Jaime (2019) quien realizó un proyecto de investigación titulado: Efectos de un programa cognitivo conductual en la depresión del adulto mayor del programa CAM – de la provincia de Lambayeque, es un estudio cuasi experimental se tuvo una población de 30 adultos mayores, repartidos en un grupo control y otro experimental de 15 sujetos cada uno, contó con un programa de intervención de 12 sesiones, realizando una evaluación pre y post tratamiento. El objetivo principal fue reducir la depresión por medio de un programa cognitivo-conductual; Los instrumentos y técnicas utilizados para la recogida de datos fueron: la escala de depresión geriátrica de Yesavage, las entrevistas, la observación y el auto-registro; en cuanto a la intervención, se aplicaron las siguientes técnicas: modelado, juego de roles, programa de refuerzo, tarjetas económicas, reestructuración cognitiva, manejo de la ira, relajación progresiva de Jacobson, triple columna, resolución de problemas, derechos asertivos, estilos de comunicación, disco rayado, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales, técnicas de animación sociocultural, técnicas para mejorar el control del entorno, clima relacional y actividades colaborativas. Sus resultados muestran una disminución de la depresión en los adultos mayores, con una comparación de las puntuaciones de 11,70 a 3,97 en el pre y post test respectivamente, logrando una significación en el 83% del total, finalmente, se recomienda continuar realizando investigaciones de intervención efectiva para colaborar en la salud de los adultos mayores, sensibilizar a la población en la promoción de habilidades sociales para promover la erradicación de la discriminación y empoderar a padres e hijos en el desarrollo de diferentes formas de comunicación e interacción con los adultos mayores.

### **1.2.2. Antecedentes internacionales**

De acuerdo a Espinosa (2019) en el marco de la investigación denominada Intervención en Terapia Cognitiva de Aaron Beck en pacientes con depresión en un centro de salud de la

ciudad de Panamá, sus objetivos específicos fueron: reconocer la sintomatología en pacientes depresivos, identificar la tríada cognitiva en los pacientes de la muestra, diseñar la estrategia de intervención en Terapia Cognitiva (TC) de Beck por la disminución de la sintomatología depresiva e identificar la sintomatología depresiva presente al finalizar el tratamiento; fue un diseño de investigación pre-experimental con un grupo de 10 personas, empleando el diseño pretest y post-test de estudio de casos.

Para la medición se utilizaron el Inventario de Ansiedad de Beck, la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck y el Inventario de Depresión de Beck (IDB-II); el programa de intervención se llevó a cabo durante 15 sesiones con una frecuencia de dos veces por semana, utilizando técnicas como la psicoeducación, la identificación de pensamientos automáticos, su investigación lógica y empírica, el juego de roles terapeuta/paciente, el dominio y el gusto, la asignación gradual de tareas. Como resultado, disminuyeron los síntomas depresivos y la ansiedad, la intencionalidad suicida y la desesperanza, logrando una visión positiva de sí mismo, del presente y del futuro centrada en la realidad. Se concluye que la terapia cognitiva de Aaron Beck es eficaz para reducir los síntomas depresivos y mejorar las áreas físicas y emocionales, los pensamientos disfuncionales desencadenan ideas irracionales, la presencia de ideas de culpa, preocupación e ira, incapacitan la realización de actividades sencillas y placenteras, afrontar racionalmente los problemas contribuyen a la reducción de enfermedades promoviendo la salud y la calidad de vida de los individuos y sus familias. (Espinosa, 2019)

Asimismo Berrío (2019) quien realizó una intervención titulada: Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente, su objetivo fue demostrar la efectividad de una intervención con terapia cognitiva (TC), utilizando un diseño de caso único en un paciente de 31 años en Colombia, mediante un programa de 13 sesiones, realizando la medición pre y post test con: el inventario de depresión de Beck (IDB-II), el Cuestionario sobre la salud del

paciente – 9 (PHQ-9), la entrevista clínica y el termómetro emocional, en la etapa de tratamiento se utilizaron diversas técnicas como: psicoeducación, diario de pensamientos, debate socrático, reestructuración cognitiva, debate de creencias intermedias y nucleares, análisis de ventajas y desventajas, continuum cognitivo, creación y comprobación de nueva creencia, biblioterapia, cuaderno de terapia, tarjeta de apoyo virtuales, registro de actividades de dominio y agrado. Consiguió reducir las puntuaciones pre-establecidas tras la aplicación del programa, llegando a las siguientes conclusiones: el seguimiento se realizó de 2 a 6 meses previniendo las recaídas, la relación entre las distorsiones cognitivas y las estrategias de afrontamiento disfuncionales es de suma importancia para reducir sus distorsiones cognitivas en relación al miedo a la crítica y a la evaluación negativa, del mismo modo, al cambiar sus estrategias de afrontamiento se encontró una mejora frente a la crítica, las estrategias del modelo terapéutico basadas en Internet contribuyeron a mejorar el funcionamiento de la paciente hacia su proyecto de vida; finalmente, se recomienda realizar la investigación con un mayor número de muestras para generalizar los resultados obtenidos, generando así un mayor nivel de confiabilidad, y es muy importante tomar en cuenta la adherencia al tratamiento para que la participante asista puntualmente y realice las actividades en casa.

También Antón-Menárguez et al., (2016) realizaron un estudio de investigación en España relacionado con la intervención de la terapia cognitivo-conductual en un paciente adolescente español de 18 años con trastorno depresivo mayor; según el estudio, el objetivo era analizar los efectos de la aplicación de un determinado tratamiento, que permite la reducción de la sintomatología depresiva; la puntuación obtenida con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) era de 31 puntos (depresión severa) antes de la intervención, tras el tratamiento cognitivo-conductual en el que se utilizaron las técnicas de activación conductual, psicoeducación, entrenamiento en respiración diafragmática, técnicas de asertividad, autoinstrucciones de afrontamiento y reestructuración cognitiva, fue de 17 (sin presencia de

sintomatología depresiva); por tanto, se consiguió el objetivo principal de la investigación, que era la reducción de la sintomatología depresiva. Queda así demostrada la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión.

Rubio (2015) llevó a cabo un estudio en Colombia en el que aplicó la terapia cognitivo conductual a una mujer de 29 años con depresión doble (depresión mayor y distimia), el objetivo de esta investigación fue reducir la sintomatología cognitiva, conductual, afectiva y emocional que presentaba la paciente; la aproximación de la intervención se basó en la terapia cognitiva de Beck a través de la entrevista motivacional, la psicoeducación, la identificación de esquemas irracionales, el autorregistro, el diálogo socrático, la reestructuración cognitiva, técnicas conductuales como: actividades conductuales, habilidades sociales y entrenamiento en asertividad, entre otras. Los resultados de esta aplicación fueron la remisión de los síntomas en los componentes mencionados en esta depresión doble con el modelo de tratamiento de Beck.

Por otro lado Caballero (2014) ha desarrollado en México un modelo de intervención para mujeres con depresión, su principal objetivo era comparar el nivel de depresión después de una intervención cognitivo-conductual ante un grupo con 15 mujeres adultas jóvenes en edades comprendidas entre los 15 y los 49 años de edad con depresión moderada y severa; se utilizó un diseño de investigación pre-experimental y post-test, el instrumento, su instrumento de medición ha sido la Escala de Automedición de la Depresión de Zung. El programa de intervención en el enfoque cognitivo-conductual se basó en seis sesiones semanales de dos horas con técnicas como: actividades programadas, asignación gradual de tareas, reconocimiento, evaluación y modificación de pensamientos automáticos negativos que cambian la visión negativa hacia la persona, el entorno y el futuro y los resultados tras la intervención cognitivo-conductual mostraron que los niveles de depresión disminuyeron desde una depresión mínima hasta una depresión normal. (Palacios, 2020)

### 1.2.3. Fundamentación Teórica

Variable dependiente: Depresión

La Organización Mundial de la Salud (2021) entiende la depresión como un trastorno mental cuya frecuencia va en aumento, y muestra síntomas como la labilidad emocional, falta de interés, tristeza, sentimientos de culpa, poca autoestima, trastornos del sueño, disminución en el apetito, cansancio y desatención.

La depresión es principalmente un trastorno del pensamiento más que del estado de ánimo, caracterizado por pensamientos negativos sobre el yo, la situación y el futuro, que conforman la tríada cognitiva. Según Beck las atribuciones de los individuos deprimidos serán personales; es decir, las personas deprimidas se culparán a sí mismas de cualquier cosa mala que ocurra, y cuando algo bueno ocurra lo atribuirán a la suerte. (Beck et al., 2010, p.305)

Asimismo, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10 - 1992) se indica al respecto que los episodios depresivos (F32) están caracterizados por un bajo estado de ánimo, disminución de la energía y de la actividad; existe una fatiga frecuente aun después de un esfuerzo mínimo, y falta de concentración y atención, existe una alteración del sueño y una disminución del apetito, existen ideas de culpabilidad, minusvalía e inferioridad, y su autoestima y habilidades sociales se ven afectadas; al mismo tiempo, refiere que denota desánimo, puede ir acompañado de los llamados síntomas "somáticos", como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del estado de ánimo depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. (Beck et al., 2010, p. 204)

Clasificación de los Episodios Depresivos

Dependiendo de la gravedad del episodio depresivo, éste puede especificarse como leve, moderado o grave. La duración del episodio depresivo debe ser de al menos dos semanas.

### Episodio depresivo leve (F32.0.)

Normalmente se presentan 2 o 3 de los siguientes síntomas. El paciente suele verse afectado por ellos, pero probablemente podrá continuar con muchas de las actividades que realiza. Deben cumplirse los criterios generales de un episodio depresivo (F32).

La presencia de por lo menos dos de los tres síntomas siguientes:

Estado de ánimo deprimido en rangos anormales para la persona, que están presentes la mayor parte del día durante varios días consecutivos, sin estar influidos por circunstancias externas y que persisten durante al menos dos semanas.

Pérdida de interés o disminución de la capacidad de disfrutar de actividades anteriormente placenteras.

Disminución de la energía o aumento de la fatiga. Además, deben estar presentes 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 de la capacidad de pensar o concentrarse, alteraciones del sueño y cambios en el apetito (Beck et al., 2010). El síndrome somático puede estar presente o no.

### Episodio Depresivo Moderado (F32.1)

Por lo general, se presentan cuatro o más síntomas y es muy probable que el paciente tenga grandes dificultades para llevar a cabo sus actividades habituales.

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

Deben estar presentes dos de los siguientes síntomas: estado de ánimo anormalmente deprimido, presente la mayor parte del día, que no influye 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 (Beck et al., 2010).

Presencia de síntomas adicionales hasta totalizar al menos seis síntomas como: pérdida

de confianza o disminución de la autoestima, sentimientos de autorreproche o culpa excesiva, pensamientos recurrentes de muerte o comportamiento suicida, disminución de 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 (Beck et al., 2010). El síndrome somático puede estar presente o no.

#### 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.

#### Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

A las características del episodio depresivo grave se añaden síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios; también se observa retraso psicomotor y estupor.

#### Otros episodios depresivos (F32.8)

No cumplen las características propias de los episodios depresivos mencionados con anterioridad, pero por su impresión diagnóstica general señalan que tienen una naturaleza depresiva. Depresión atípica y episodios aislados de depresión "enmascarada" No especificada.

#### Episodio depresivo, no especificado (F32.9)

Incluye depresión sin especificación y trastorno depresivo sin especificación.

#### Epidemiología de la Depresión

Un artículo publicado por el Diario el Comercio (2018) aporta estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental (2018) respecto a la depresión, donde afirman que dos millones de peruanos padecen la enfermedad; según dichas estadísticas en Perú, 334 personas se quitaron la vida en 2016, de las cuales 267 muertes fueron causadas por depresión.

Investigaciones pasadas del Hospital Honorio Delgado - Hideyo Noguchi señalan que en Lima Metropolitana hay una prevalencia de 18,2%<sup>3</sup>, en la sierra peruana de 25 16,2%<sup>4</sup> y en

la Selva de 21,4%5. (Instituto Nacional de Salud Mental, 2018)

Según la Organización Mundial de la Salud (2021) Cada año se suicidan unas 800.000 personas en todo el mundo, y el suicidio por depresión es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años.

Variable Independiente: Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo-conductual es un modelo de psicoterapia que tuvo sus inicios en la unión entre la terapia cognitiva y las estrategias de modificación de conducta centradas en el análisis conductual; la terapia cognitivo-conductual se basa en la idea de que los trastornos emocionales son el resultado de la suma de respuestas aprendidas y pueden modificarse mediante un nuevo proceso de aprendizaje. (Zayfert & Black, 2008)

La terapia cognitivo-conductual es una disciplina científica basada en los pensamientos y las conductas motrices, y se centra en cómo se percibe el mundo que nos rodea, las respuestas fisiológicas y emocionales, como consecuencia de una percepción y/o creencia irracional, al mismo tiempo, los trastornos emocionales son la causa de las contingencias ambientales según las leyes del condicionamiento. (Beck & Emery, 1993)

La terapia cognitivo-conductual es un modelo de tratamiento para diversos trastornos mentales, basado en conseguir que el paciente modifique sus pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más funcionales para afrontar sus problemas, se compone de técnicas e intervenciones estructuradas que se aplican tras una evaluación de los síntomas del paciente. (Puerta & Padilla, 2011)

### **La Terapia Racional Emotiva de Ellis**

La propuesta de Albert Ellis se basa en el esquema ABC, donde A es cualquier evento activador, que según las creencias irracionales o racionales (B) que se tengan respecto a A, generará consecuencias conductuales y emocionales (C) Así, 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 forma de pensar errónea e irracional. (Aguilar, 2019)

En cuanto a Ellis, propuso que el pensamiento, la emoción y la conducta estaban interconectados y que la modificación en uno de ellos influye en los otros, capacitando al individuo para cambiar las cogniciones, creencias y pensamientos irracionales y generar reformas emocionales y conductuales; a su vez, señala dentro de su teoría, la existencia de conductas disfuncionales presentes en la depresión; su modelo teórico denominado el ABC, se refiere a la existencia de pensamientos racionales e irracionales que se relacionan con la salud mental. (Caro, 2007)

### **La Terapia Cognitiva de Beck**

Beck, por su parte, propuso varias alternativas que han permitido la intervención y el tratamiento de la depresión y los estados emocionales, además de aportar un modelo cognitivo de la depresión y su tratamiento altamente eficaz, permitiendo la combinación de técnicas conductuales y cognitivas, en su modelo considera tres componentes: la tríada cognitiva, que se basa en tres patrones cognitivos distorsionados presentes en el paciente depresivo: la visión negativa de sí mismo, tiende a interpretar sus experiencias de forma negativa y la visión negativa de su futuro, los esquemas, entendidos como aquellas actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto y que son los que le llevan 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 patrones cognitivos negativos; y la baja fuerza de voluntad, los deseos de evasión y escape pueden explicarse en que si se piensa en el fracaso, poco sería el compromiso y el esfuerzo para realizar cualquier actividad; también asume que el pensamiento de suicidio, es el deseo de escapar de lo que parecen ser problemas o situaciones intolerables; las técnicas conductuales plantean una intervención de la depresión, se refieren al uso de la programación de actividades, técnicas de

dominio y agrado y asignación de tareas para reducir la sintomatología depresiva. (Beck & Emery, 1993)

### **Evaluación Cognitivo Conductual para la Depresión**

La evaluación de la depresión se basa en las características y la sintomatología del trastorno, como el comportamiento psicomotor y verbal; además, se evalúan los aspectos del entorno del paciente que pueden estar relacionados con la aparición o el mantenimiento de la depresión. (Lega et al., 1997)

### **Entrevistas Conductuales para la Depresión**

Se recomienda realizar una entrevista clínica en la que se representen las situaciones problemáticas identificadas por el paciente, el trabajo del entrevistador será observar cuidadosamente la actuación del paciente, el volumen, el tono, el contenido del lenguaje, la mirada, la postura y los gestos de la persona evaluada. (Lega et al., 1997)

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

### **La Observación en la Evaluación Conductual**

La observación de la conducta es un método necesario durante la intervención y tiene como objetivo obtener información detallada sobre las conductas problemáticas e identificarlas claramente. (Ruiz et al., 2012)

### **Los Auto informes en la Evaluación Conductual**

Los autoinformes tienen la finalidad de investigar acerca de la intensidad de los síntomas, la probabilidad de suicidio, sus habilidades y ajuste social, cogniciones negativas y nivel de actividades. Fernández-Ballesteros (1994) señala entre las principales: La escala de

depresión de Beck, la autoescala de depresión de Zung, la lista de adjetivos depresivos de Lubin, y el inventario de personalidad multifásico de Minnesota.

### **Los Autorregistros conductuales**

Consiste en registros diarios de los acontecimientos, estos registros son útiles para evaluar las conductas del paciente y para proporcionar información sobre su ambiente y los refuerzos sociales con los que cuenta. (Lega et al., 1997). Por su parte, sirven para identificar la conducta problemática, el origen de la línea de base y el conocimiento de la variable dependiente para evaluar los efectos del tratamiento al final del proceso. (Buela-Casal, 2004)

### **El análisis funcional en la evaluación conductual**

En cuanto el análisis funcional brinda un modelo de formulación de casos clínicos, brinda un resumen de los problemas del paciente, las variables con las que correlacionan, que hipotéticamente afectan a dichos problemas (Haynes y O'Brien, 1990 citado en (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).

### **Técnicas Cognitivo Conductuales**

#### **- La programación de actividades positivas**

El objetivo fundamental es incrementar los aspectos positivos del paciente. 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.

#### **- Técnica de Agrado y Dominio**

La técnica se basa en que la paciente elija actividades placenteras que le gustaría hacer y que por su sintomatología no realiza, considerando la sensación de lograr una meta y el

sentimiento de placer por haberla realizado, al mismo tiempo se identifican y modifican las cogniciones negativas y finalmente las pacientes observan los cambios en su estado de ánimo con una escala de dominio y placer que puede ser de 0 a 10 (Caro, 2011).

- **La asignación de tareas graduadas**

La estrategia se puede evaluar las creencias sobre generalizadas 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 (Bandura, 1986).

- **Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales**

Se centra en aprender a expresar y comunicar sus sentimientos positivos llamado aserción positiva, a defender sus derechos e intereses llamado aserción negativa y la última es aprender habilidades en conversación que le permite iniciar, mantener y terminar una conversación apropiada (Lega et al., 1997).

- **Técnica de relajación muscular 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 (Ruiz et al., 2012).

- **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 (Ruiz et al., 2012).

- **La reestructuración cognitiva**

Su objetivo principal es modificar creencias, expectativas, pensamientos, atribuciones, entre otros; utiliza estrategias cognitivas o conductuales, o ambas, empleando técnicas de los modelos Ellis y Beck de tratamiento de la depresión (Buela-Casal, 2004).

- **La técnica de las tres columnas**

Se utiliza para la detección 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, 2004).

- **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).

- **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

Raich (1991; citado en (Buela-Casal, 2004)).

### **1.3. Objetivos**

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

- Reducir la sintomatología depresiva del paciente a nivel cognitivo, conductual y afectivo-emocional a través de la terapia cognitivo-conductual.

#### **1.3.2. Objetivo Específicos**

- Disminuir las distorsiones cognitivas y las ideas irracionales, mediante la reestructuración cognitiva y la búsqueda de ideas irracionales.
- Disminuir las respuestas fisiológicas a través de la psicoeducación, técnicas de relajación, autoinstrucciones, detención del pensamiento y uso de actividades placenteras.
- Disminuir las respuestas emocionales con técnicas de relajación, aumento de actividades recreativas y físicas, psicoeducación, técnicas de asertividad, termómetro del estado de ánimo y autoinstrucciones.
- Aumentar el nivel de actividades recreativas y satisfactorias, a través de tareas calificadas, ensayo de conductas, autoinstrucciones y programa de actividades satisfactorias.
- Disminuir las conductas depresivas a través de técnicas de autocontrol, técnicas de relajación, autoinstrucciones, entrenamiento en resolución de problemas y entrenamiento en asertividad.

### **1.4. Justificación**

Según se ha visualizado los datos estadísticos a nivel mundial y nacional, actualmente la depresión es un problema muy alarmante, ya que tiene un alto porcentaje de incidencia y prevalencia, aunado a esto, gran parte de los pacientes que requieren de un especialista de la

salud mental, no acuden al hospital o no son atendidos de manera efectiva en las áreas especializadas como son la psiquiatría y/o la psicología.

Teniendo en cuenta los datos recabados, queda concluido que nuestra población requiere de los tratamientos efectivos contra la depresión, pues en este trabajo de investigación de un solo caso se abordará a una joven paciente con un cuadro depresivo moderado, aplicando la terapia cognitivo conductual a de su caso concreto.

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

Este trabajo propuesto beneficiará tanto a la paciente como a su familia, amigos y entorno académico. Reestructurando las creencias de la paciente y generando formas nuevas de afrontar sus conductas objetivo con el fin de generar una mejor adaptabilidad tanto en el ámbito personal como en el familiar y profesional.

En este sentido, se espera reducir los pensamientos irracionales a través de las técnicas cognitivo-conductuales, incrementando así sus pensamientos racionales de carácter positivo, disponiendo así de una visión de su realidad actual más optimista, además de un mejor próspero pronóstico sobre su futuro tanto a nivel personal como familiar y de pareja, que generará a su vez unos sentimientos de aceptación y emociones saludables para su persona.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1. Tipo y diseño de investigación

Los diseños experimentales de caso único controlan las variables del participante para lograr establecer una relación causal, logrando evidenciar las medidas que confirman la reducción de las amenazas a la validez interna, de igual manera, estos diseños cumplen con ciertas características: a) control de la intervención (crear una línea de base, manipulación de variables independientes a través la intervención o de su retiro), b) constante evaluación del rendimiento durante todo el tiempo del proceso y en las distintas condiciones y c) búsqueda de configuraciones dentro del caso para obtener predicciones futuras acerca del comportamiento (Kazdin, 2001).

### 2.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio de caso particular fue realizado dentro de un Centro Comunitario de Salud Mental (CSMC) de Tarapoto, el mismo tuvo una duración aproximada de 6 meses, entre febrero y agosto; la participante acudió a sesiones de 45 a 60 minutos semanales.

### 2.3. Variables de Investigación

#### 2.3.1. Variable Independiente: Intervención Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitiva de la Depresión es un procedimiento altamente estructurado de 14 sesiones; teniendo un enfoque psicoeducativo, centrado en modificar cogniciones y conductas, por ello también se denomina terapia cognitivo – conductual (Beck et al., 2010).

Se aplicó la terapia cognitivo-conductual durante 14 sesiones, donde se utilizaron también las técnicas siguientes:

#### **Psicoeducación**

Consiste en proporcionar a los pacientes y a sus familias información sobre la naturaleza de su enfermedad, así como su enfoque y pronóstico. No solo hace referencia a la definición de la patología que tiene el paciente, sino que trata de incluir aquellas situaciones que



se vuelven complicadas por el desconocimiento de información específica que supone el trastorno, es decir, involucra consejería y adiestramiento en técnicas para hacer frente a la enfermedad (Godoy et al., 2020).

Asimismo, Clark y Beck (2012), enfatizan la importancia de instruir a los pacientes sobre el modelo cognitivo de la ansiedad y la orientación del tratamiento, ya que este permite una óptima alianza terapéutica.

### **Respiración abdominal**

Este procedimiento constituye una de las técnicas más utilizadas para reducir los niveles de activación del individuo, puesto que el ritmo del movimiento respiratorio dependerá de varios mecanismos de regulación del sujeto, incluyendo factores emocionales y fisiológicos, por lo tanto, desde este punto de vista, el propósito del reentrenamiento respiratorio es lograr un patrón respiratorio adecuado, con énfasis en el abdomen, realizando movimientos sólo del abdomen, sin comprometer los músculos torácicos u otros (Ruiz et al., 2012).

### **Relajación muscular de Jacobson**

Según Clark y Beck (2012), desde el punto de vista de Jacobson la principal sensación que presentan los individuos con ansiedad es la tensión muscular, el cual compromete la contracción o acortamiento de las fibras musculares; entonces con el objetivo de reducir estos últimos presentó el método de relajación muscular progresiva, en donde demostró que, a través de la inducción de un estado de relajación profunda, las contracciones musculares podían ser suprimidas.

Como metodología a utilizar, el terapeuta indica al paciente que tense y luego relaje los diferentes grupos musculares de su figura, con el fin de contemplar la diferencia entre el estado de relajación y el de tensión, en segundo lugar, se busca comprobar mentalmente la máxima relajación del grupo muscular y, por último, al paciente se le pide que piense en una escena agradable o que tenga la mente en blanco, lo que permite la relajación de la mente y para el

resto de su cuerpo, puede practicar este método entre 10-15 minutos, repitiéndolo en varias ocasiones al día (Álvarez et al., 2012)

### **Reestructuración cognitiva ABCDE de Ellis**

Según el modelo ABC de Ellis (1984), se propone que, en la medida en que las personas encuentren acontecimientos estimulantes en su entorno (A), estos por sí mismos no originan consecuencias (C), sin que antes, se interprete dicho evento estimulante (B). Dicho en otras palabras, “C” es el resultado conductual, fisiológico y emocional de las creencias “B” que se tiene sobre “A” (Lega et al., 1997).

Entonces según este esquema, el problema se da cuando los pensamientos o creencias (B) son poco adaptativos e irracionales, por lo que se trabaja en la reestructuración de estos, favoreciendo la funcionalidad del paciente (Ibáñez-Tarín y Manzanera-Escartí, 2012).

### **Autorregistros**

Se utilizan al inicio del abordaje terapéutico, con el fin de recoger información sobre el estado emocional del individuo en su vida cotidiana y comprender bajo qué conductas, circunstancias y personas aumenta o disminuye el malestar, además, se utilizan de línea base para poder comparar los progresos del paciente, con relación a como estaban al inicio (Ruiz et al., 2012).

Asimismo, Beck y Emery (1993) refieren que esta herramienta sirve como preparación o entrenamiento para que el paciente pueda mejorar sus habilidades en el trabajo cognitivo, ya que en diversas oportunidades los individuos tienen inconvenientes en modificar ciertas conductas desadaptativas.

### **Exposición con prevención de respuestas**

Al usar esta técnica, el paciente se enfrenta de manera voluntaria a la idea u objeto temido, pudiendo ser en vivo, o mediante la imaginación; con el propósito de eludir aquellas conductas compensatorias para reducir la ansiedad (Gavino, 2008; Suriá y Meroño, 2009; M.

Á. Vallejo, 2001).

#### Técnica de columnas paralelas

Se realiza a través de autorregistros, donde la persona identifica sus pensamientos irracionales, los cuestiona y origina una interpretación racional, de esta manera al distinguir los pensamientos negativos, es menos complicado para el paciente identificar sus creencias irracionales, dominando sus pensamientos y en consecuencia su estado de ánimo, los pensamientos negativos, es menos complicado para el paciente identificar sus creencias irracionales, dominando sus pensamientos y en consecuencia su estado de ánimo (Gavino, 2008).

#### **2.3.2. Variable Dependiente: Depresión**

La terapia cognitiva, la depresión es en mayor medida una perturbación del pensamiento, caracterizada por: a) una tríada cognitiva, b) esquemas cognitivos (Beck et al., 2010).

Los errores de procesamiento sobre la información. Los tres aumentan la frecuencia e intensidad de pensamientos automáticos y negativos acerca de sí mismo y de acontecimientos externos e internos.

En el estudio de caso, se evidencia que la usuaria refiere tener desgano, llanto fácil, disminución del apetito, dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, tristeza y constantes pensamientos negativos sobre su situación marital, así como pensamientos irracionales, ideas de culpa, aislamiento social, ansiedad, ira, vergüenza y malestar corporal (Puerta y Padilla, 2011).

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

Paciente de sexo femenino, 34 años de edad, nacida en Tarapoto, de nivel económico medio, tez mestiza, compleción normal, estatura aproximada de 1,60m, nunca ha asistido a consulta psicológica.

## 2.5. Técnicas e instrumentos

### 2.5.1. Técnicas

#### A. Entrevista. Según Pope (1979):

Es un encuentro hablado de dos individuos mediante interacciones verbales y no verbales, con dos roles definidos: el entrevistador, quien conduce la entrevista hacia objetivos y el entrevistado quien generalmente determina los objetivos.

#### B. Observación. Según Caballo (2007):

La observación es una técnica crucial para la recogida de datos y, por tanto, para el análisis posterior, aplicándose directamente durante la entrevista; para la posterior recogida de datos se debe tener en cuenta: a) el aspecto y la presentación del paciente, b) el comportamiento postural y gestual, y c) el comportamiento verbal en forma y contenido (Caballo, 2007).

### 2.5.2. Instrumentos

#### 2.5.3. Inventario de depresión de Beck - II (BDI - II).

##### A. *Datos Generales.*

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Título original de la Prueba : | Beck Depression Inventory (BDI - II)                                   |
| Título en español :            | Inventario de Depresión de Beck II                                     |
| Autor :                        | Aron Beck  |
| Año de Publicación :           | 1979 última versión y traducido en el Perú por Conde y Useros en 1974. |
| Significación de la Prueba :   | Detección y cuantificación del S. depresivo                            |
| Forma de Administración :      | Individual y colectiva   |
| Edad de Aplicación :           | Adultos (16 a 64 años)   |
| Tiempo de Aplicación :         | No hay tiempo límite   |
| Validez :                      | Concurrente. Correlación media con la Escala de                        |

Hamilton de 0.73 para pacientes psiquiátricos y de 0.74 para sujetos no psiquiátricos.

Confiabilidad : Confiabilidad test retest  $r = 0.69$  a  $0.90$  y dos mitades:  $r = 0.58$  a  $0.93$ , y validez concurrente  $r = 0.62$  a  $0.77$ .

**B. Descripción de la prueba.** Se trata de un inventario autoaplicado de 21 ítems, cuyo objetivo es detectar y cuantificar el síndrome depresivo. Dentro de la versión de 1961 se empleaban las respuestas de 4 a 6, clasificando de menor a mayor el nivel de severidad; para la versión de 1979, se redujeron a tan sólo 4 alternativas jerarquizadas. Los contenidos de este inventario están centrados sobre los síntomas cognitivos de la depresión mediante un bloque principal de 15 ítems, del mismo modo, los síntomas somático-vegetativos constituyen otro bloque de 6 ítems.

**C. Administración.** Se le indica al participante: “En este inventario hay oraciones sobre el modo que te has comportado, sentido y actuado en estas últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy, marca con una X sólo una de las alternativas. No hay respuestas correctas ni incorrectas”. Además, se recomienda utilizar dos pruebas simultáneas, el evaluador debe leer las preguntas junto con el paciente en caso de sospechar niveles moderados o severos de depresión (en casos de marcada tristeza y baja funcionalidad), también es aconsejable leer las preguntas y guardar la puntuación en un inventario separado, y terminar haciendo exámenes cruzados para profundizar en la causalidad de los síntomas (Kazdin, 2001).

**D. Calificación.** El puntaje total de este inventario es obtenido mediante la sumatoria del puntaje obtenido a través de cada una de las opciones en el primer y segundo ítems (21 ítems). Las respuestas en cada ítem se clasifican del menor al mayor grado de gravedad, de 0 a 3.

**E. Interpretación.** Los resultados están clasificados por niveles según la suma de

los ítems:

**Tabla 1**

*Puntajes de los niveles del inventario de depresión de Beck II*

| <b>Puntaje</b> | <b>Niveles</b>                         |
|----------------|--|
| 0-9            | Ausencia de depresión                  |
| 10-18          | Lleve perturbación del estado de ánimo |
| 19-29          | Depresión moderada                     |
| 30 a +         | Depresión grave                        |

#### **2.5.4. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI).**

##### ***F. Datos Generales:***

|                         |   |   |
|-------------------------|---|---|
| Nombre Original         | : | State-Trait Anxiety Inventory (STAI)  |
| Autor/a                 | : | C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene.   |
| Procedencia             | : | Consulting Psychologists Press, Polo Alto<br>California   |
| Adaptación Española     | : | Sección de estudios de TEA Ediciones, S.A.,<br>Madrid Buela-Casal et al., 1892  |
| Adaptación Peruana      | : | Se realizo en Trujillo en 2021  |
| Forma de Administración | : | Individual y Colectiva.   |
| Tiempo de Aplicación    | : | 15 minutos aproximadamente  |
| Edad de Aplicación      | : | Adolescentes y adultos.   |
| Tipificación            | : | Muestras de cada sexo de escolares y de<br>población general de adultos, e información<br>estadística de grupos clínicos. |
| Composición             | : | Manual  |

Propiedades psicométricas : Cuenta una confiabilidad del ,80, dentro de su consistencia interna en los indicadores de homogeneidad de ,342 (ítem 6) y ,687 (ítem 10) en E, mientras que en S se encuentran entre .238 (ítem 34) y ,693 (ítem 36) dan cuenta de una buena relación de los reactivos con el instrumento; mientras que en la adaptación peruana se halló una fiabilidad aceptable en ambas dimensiones, ansiedad estado y ansiedad rasgo -  $\omega > ,70$  (Bazán-López et al., 2016)

**G. Descripción de la prueba.** La prueba tiene dos secciones con 20 preguntas cada una.

En el primero (A/E) queda evaluado como un estado emocional transitorio, formado por sentimientos subjetivos, percibidos de manera consciencial, relacionados con la atención y la aprensión y la hiperactividad propia del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala la propensión angustiosa relativa y estable, propia de individuos con una tendencia de percibir los acontecimientos como amenazantes.

**H. Administración.** La consigna es: “en este cuestionario hay 40 afirmaciones para describirse a uno mismo. Las primeras 20 preguntas estarán relacionadas a cómo te sientes ahora mismo, y las siguientes 20 preguntas se centran en cómo te sientes generalmente en la mayoría de ocasiones. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas. Las opciones disponibles son: nada, algo, bastante, mucho y en la otra cara son: casi nunca, a veces, a menudo, y casi siempre”.

**I. Calificación.** La puntuación de las escalas A/E y A/R va de 0 a 60 puntos. los propios encuestados se autoevalúan con una escala de 0 a 3 puntos para cada una de las

afirmaciones.

**Tabla 2**

*Clasificación de puntaje del STAI*

| <b>STAI A/E</b> | <b>STAI A/R</b> |
|-----------------|-----------------|
| 0 Nada          | 0 Casi nunca    |
| 1 Algo          | 1 A veces       |
| 2 Bastante      | 2 A menudo      |
| 3 Mucho         | 3 Casi siempre  |

Para la versión en español del STAI A/E y A/R, las alternativas de 1 a 4 de la versión original se cambiaron por otra de 0 a 3 en las que la alternativa de negación (ninguna o casi nunca, respectivamente) es tomada como 0 puntos. Los puntos directos en A/E son: 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18 y los ítems invertidos de A/E son: 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20, igualmente, los ítems directos de A/R: 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38, y los ítems inversos de A/R 21,26,27,30,33,36,39. Con el fin de la obtención de los resultados finales, se utilizan diferentes fórmulas respectivamente: en A/E el  $PD = 30 + PD - PI$  y en A/R el  $PD = 21 + PD - PI$ .

**J. Interpretación.** Se obtiene el resultado de la tabla de escalas en función de la etapa de la vida (adolescente o adulto) y del género, indicando el nivel de estado o rasgo que manifiesta la persona.



**Tabla 3***Puntajes respectivos a los niveles del STAI*

| <b>Puntajes</b> | <b>Niveles</b> |
|-----------------|----------------|
| 1-3             | Bajo           |
| 4-5             | Normal         |
| 6-7             | Moderado       |
| 8-10            | Severo         |

**2.5.5. Inventario clínico multiaxial de Millon – Millon II.*****A. Datos Generales:***

|                       |   |   |
|-----------------------|---|---|
| Autor/es              | : | Theodore. Millon  |
| Publicación           | : | Madrid: TEA, 1999   |
| Notas a la medición   | : | Exploración e identificación de personas con dificultades emocionales que puedan requerir atención profesional. |
| Adaptación Peruana    | : | Se realizo la aplicación en hospitales de salud mental durante el 2007  |
| Ámbito de aplicación  | : | Clínica   |
| Número total de ítems | : | 175 con Respuesta dicotómica  |
| Forma de aplicación   | : | Individual y Colectiva 20 a 25 minutos  |
| Corrección            | : | Manual y Automatizado por ordenador   |
| Confiabilidad         | : | Solís hayo la fiabilidad de sus escalas clínicas por encima del .80   |

***A. Descripción de la prueba:*** El Millon-II es un cuestionario de personalidad de 22 escalas diseñado en base a la teoría de la personalidad de Theodore Millon, cuyo

objetivo es obtener información para la toma de decisiones en el tratamiento de participantes con dificultades emocionales e interpersonales; se aplicó e investigó en nuestra población con pacientes de salud mental (Sanchez, 2019).

**B. Administración.** Consta de 175 ítems con un formato de respuesta de dos opciones, Verdadero/Falso, que requiere un tiempo relativamente corto de 15 a 25 minutos.

**C. Calificación.** La puntuación se realiza de forma manual o informática, sumando las afirmaciones de los ítems dentro de sus respectivas escalas, siendo las más importantes aquellas puntuaciones superiores a 85 puntos. Además, existen escalas internas de validez, sinceridad, deseabilidad y alteraciones para corroborar que los resultados no han sido manipulados por el evaluado.

**Tabla 4**

*Escalas/Factores del Millon II*

| <b>Patrones clínicos de personalidad</b> | <b>Patología grave de la personalidad</b> | <b>Síndromes de la clínicos</b> | <b>Síndrome esgraves</b>   | <b>Escala de fiabilidad y validez</b> |
|--|---|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| Esquizoide (1)                           | Esquizotípica (S)                         | Ansiedad (A)                    | Pensamiento psicótico (SS) | Validez (V)                           |
| Esquizoide (2)                           | Limite (C)                                | Histeriforme (H)                | Depresión mayor (CC)       | Sinceridad (X)                        |
| Dependiente (3)                          | Paranoide (P)                             | Hipomanía (N)                   | Trastorno delirante (PP)   | Deseabilidad (Y)                      |
| Histriónica (4)                          |   | Distimia (D)                    |                            | Alteración (Z)                        |

---

|                              |              |
|------------------------------|--------------|
| Narcisista (5)               | Abuso de las |
| Antisocial (6 <sup>a</sup> ) | drogas (T)   |
| Agresivo sádica (6B)         |              |
| Compulsiva (7)               |              |
| Pasivo/Agresivo(8A)          |              |
| Autodestructivo (8B)         |              |

---

**D. Interpretación.** Existe un manual donde se detallan las características de las escalas del test para corroborar con el profesional un perfil más completo de la personalidad del evaluado.

### **Tabla 5**

#### *Indicadores de los factores del Millon-II*

---

| <b>Puntajes</b> | <b>Niveles</b>      |
|-----------------|---------------------|
| >=85            | Indicador elevado   |
| 75-84           | Indicador moderado  |
| 60-74           | Indicador sugestivo |
| 5-59            | Indicador bajo      |
| 0-34            | Indicador nulo      |

---

### **2.5.6. Evaluación Psicológica**

#### **Datos de Filiación.**

Apellidos y Nombre : Yesica. S.M.

Edad : 34 años

Lugar y fecha de nacimiento: Tarapoto, 18 de julio del 89

Estado Civil : Separada  
Nº de hijos : 2 (varón y mujer)  
Grado de instrucción : Secundaria completa  
Ocupación : Negocio Independiente  
Religión : Católica  
Derivado por : Iniciativa propia  
Lugar de Procedencia : Tarapoto  
Nº de hermanos : 4 Menor  
Domicilio : Jr. Grau 253  
Referente : Paciente y Madre  
Intervención inicial : 02 de Febrero 2021  
Fecha de 1ª sesión : 23 de Febrero 2021  
Fecha de Informe : 14 de Marzo de 2021  
Entrevistador : PS. Cinthia Zapana Luque  
Lugar de entrevista : CSMC  
Informantes : La paciente y madre

- Motivo de consulta. Paciente acude a consulta refiriendo:

“He venido al centro comunitario debido a que he tenido problemas con esposo, desde el 2019, agrediéndome física y psicológicamente a raíz de celos infundados, después de todo no pude aguantar tanto dolor que intenté suicidarme cortándome la muñeca derecha a consecuencia de agresión física de esposo, me atendieron en el Hospital, sin embargo continuaban los problemas y desacuerdos entre familias, me siento triste, afligida, lloro mucho cuando recuerdo los maltratos, siento asco cuando me obliga tener intimidad, además recuerdo infidelidad anterior que nunca reconoce a pesar de pruebas, siento odio hacia él, me dan ganas de comer muy seguido, he subido bastante de peso, me siento cansada sin hacer nada, me quedo dormida durante el día y me

quedo despierta durante las noches, no puedo conciliar sueño, durante varios momentos del día pienso: “todo esto es mi culpa, creo que todo lo que he hecho antes está mal”, “no me gusta como estoy ahora, yo no era así”, “siempre pienso en lo que podría suceder si desaparezo”, “me siento frustrada por no cumplir con mis expectativas”, “no quiero que mis hijos piensen que no sirvo”, estos pensamientos aumentan durante la noche cuando todo está en silencio. Además, lloro con mayor frecuencia, tengo dolores de cabeza, tensión en mi cuello y hombros, llegando a sentirme muy triste, ansiosa y reprocharme que todo esto es mi culpa, para estar más tranquila me encierro en mi casa, veo celular para distraerme, no me da ganas de trabajar (ayudando en el negocio de esposo- distribuidor de agua) y evito ver a mis amigos o familia. También, me cuesta expresar mis sentimientos por temor a que se burlen de mí, generalmente evito las situaciones que me hacen poner incómoda como las interacciones sociales en temas que no conozco o dominó, todo esto ha afectado mi área social y familiar”.

- Problema Actual. Paciente acude a consulta refiriendo:

Hace 3 meses atrás decide confrontar a su esposo porque descubre coqueteos con otras mujeres, decide irse pero esposo la busca y regresan y continúan los problemas piensa “todo esto es mi culpa, por permitir tanta humillación creo que todo lo que he hecho antes está mal”, “no me gusta como estoy ahora, yo siempre he sido trabajadora, ahora a pesar que trabajo con él no gano lo suficiente para separarme y no tendré como mantenerme”, “siempre pienso en lo que podría suceder si no sigo esta relación”, “me siento frustrada por no cumplir mis expectativas”, “mis hijos sufren están en notas y comportamiento no quiero que piensen que no soy una madre buena y responsable”, “mi hijo mayor por todo este problema quiso cortarse la mano con cuchillo al ver tanta pelea, y por él temo que se haga daño y por eso me sacrifico y continuo esta farsa, pero nadie piensa en mí soy la que se tiene que sacrificar” "esto le genera ansiedad (6/10) y tristeza (8/10), refiere que “al llorar siento alivio”, “si me voy mis hijos me odiarían o harían algo contra suya y no me perdonaría”. Tiene dolores de la cabeza, tensiones musculares,

cambios en el ciclo del sueño y mayor apetito. Con el fin que se sienta más tranquila, lo que hace es encerrarse en su cuarto y estar sola, llorar y mirar series hasta quedarse dormida, lo cual reduce sus pensamientos y sus niveles de tristeza. Este comportamiento es repetido aproximadamente cada día.

Durante el proceso de matrícula a los cursos del siguiente ciclo, comienza a pensar “debo encontrar la manera para conseguir dinero, no puedo pedírselo al padre de mis hijos”, “me molesta que mi familia no me apoye”, “no quiero volver a lo mismo, esto incrementa su malestar emocional incrementando su tristeza (10/10) y auto reproches de culpa (8/10), manifestando conductas de cansancio, alteraciones en su sueño, descuido en su aseo y aliño, ausentismo en momentos familiares fines de semana. Se encerró en su casa, evitando que su madre quien le reprocha sobre su vida, de igual manera, evita los temas relacionados sobre su salud, y busca constantemente distraerse con otras actividades como ver series en tv o videos de YouTube. Esta conducta se repetía de diaria. Todo esto ocasiona la preocupación de su madre, empezando a buscar una explicación a su comportamiento y culminando a buscar ayuda profesional.

Desarrollo cronológico del problema. Paciente refiere que:

Durante su infancia su madre, estaba ausente también le comentaba que no debía hablar mucho porque las otras personas podrían usarlo en su contra.

En distintas ocasiones, durante su educación primaria, llegaba a sentirse triste (3/10) por no cumplir las expectativas de su madre, soliendo llorar y desahogándose a solas, mostrando una cara formal y agradable ante otros como si no le sucediera nada, además refiere que estas ocasiones eran pasajeras y manejables debido a que eran muy poco frecuentes.

Durante los 12 a 16 años, el sentimiento de tristeza aumentaba (5/10) cuando no veía la preocupación de sus padres, debido a que a ellos le prestaban mayor atención a sus hermanos, es por ello que crece bajo el cuidado de su abuela materna, por lo cual acudía a hablar y salir con sus amigos para

poder manejar esta situación. Además, considera que ha sabido manejarlo y no tuvo dificultades a nivel amical ni escolar.

Desde los 14 – 19 años, le ha sido complicado fomentar relaciones cercanas de amistad y le cuesta regular de sus emociones frente al cortejo de los chicos, intentando mostrar una actitud

tranquila hasta saber cómo debía comportarse en cada situación preguntando a sus amigas y cuestionando si su comportamiento realmente fue el adecuado en esas situaciones.

- **Historia Personal.**

**C.** Desarrollo Inicial: Los padres de Yesica tenían 25 y 27 años aproximadamente, cuando comienzan a convivir y madre queda embarazada, durante los meses de gestación no se presentó dificultades, la labor de parto se realizó de manera natural sin complicaciones, nació con un peso de 4 kilos 200 gramos y midió 50 cm. Recibió leche materna hasta los 6 meses.

Respecto a su desarrollo, logró mantener la cabeza erguida a los 6 meses, se sentó sin apoyo a los 6 meses, comenzó a gatear a los 8 meses, logrando caminar al 1 año, dice sus primeras palabras al 1 año, logrando oraciones cortas alrededor de 1 año y 3 meses, por otra parte, aprendió a controlar sus esfínteres a los 3 años.

**D.** Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia: De niña era callada y se alejaba de sus otros compañeros, se mantenía cerca de su madre quien se mostraba ausente llegando a sentirse insegura y triste. Además, refiere que su madre se fijaba mucho en la apariencia de ella y otros, también sobre lo que otros pudieran pensar y que le repetía que no debía hablar mucho ni confiar en otras personas.

**E.** Actitudes de la familia frente a la paciente: Acerca de su familia, Yesica refiere que siempre han sido exigentes con ella, para las labores domésticas recuerda

que su madre le dejó con su abuela para que crezca bajo su cuidado. Yesica refiere “creo que mi madre tuvo malas experiencias con mi padre, no me habla de ello y por eso fue ausente en mi vida”.

### A. Educación

**Tabla 6**

*Desempeño Académico - Social de la participante*

| Estudios           | Concluyó |    | Problemas de adaptación social |    | Rendimiento |      |      |
|--------------------|----------|----|--------------------------------|----|-------------|------|------|
|                    | Si       | No | Sí                             | No | Bajo        | Prom | Alto |
| <b>Inicial</b>     | X        |    | X                              |    |             | X    |      |
| <b>Primaria</b>    | X        |    | X                              |    |             | X    |      |
| <b>Secundaria</b>  | X        |    | X                              |    |             |      |      |
| <b>Universidad</b> |          | X  | X                              |    |             |      |      |

Se han encontrado dificultades en la adaptación social en distintas etapas de su desarrollo. En primaria, tenía un rendimiento promedio, ella admite que se esforzaba pero que no le alcanzaba. En esta etapa era más constante el involucramiento de la madre en las actividades escolares y amicales. “yo lo sentía así”. Generalmente se ocupaba de sus tareas sin ayuda de la familia debido a que sus padres les daban mayor cuidado a hermanos menores y su trabajo.

- A. Desarrollo psicosexual: La participante menciona haber tenido pareja anteriormente, durante primaria consideraba que tener pareja a tan temprana edad estaba mal visto por lo que no le interesó, durante su adolescencia comenzó a saber sobre las dinámicas de pareja por los relatos de sus amigos cercanos y primos mayores, pero se siente ansiosa ante algunas interacciones de cortejo con



chicos de su edad “cuando un chico ha querido acercarse a mí, era estresante, no sabía cómo responder o salir de ahí”. Además, empezó su menstruación a los 12 años de manera tranquila por la orientación de su familia, su primera experiencia sexual fue a los 17 años.

- B.** Actitudes religiosas: Yesica se denomina católica no practicante, refiere “asistí a un colegio religioso y nos enseñaban las creencias religiosas, había grupos parroquiales y retiros, yo participe en ellos en pocas ocasiones durante mi secundaria, pero actualmente no acudo a la iglesia”.
- C.** Interacción social: De pequeña se considera callada y apática, no tenía amigos cercanos en su vecindario, generalmente relacionándose con sus compañeros de clases, continuando con ellos desde inicial hasta primaria, en esta última etapa ha tenido mayor facilidad para expresarse, logra hablar de distintos temas referentes a la escuela, sin embargo, no logra expresar sus emociones de manera adecuada.

Durante la adolescencia tuvo un grupo de tres amigas cercanas congeniando debido a que no les interesaba relacionarse con muchos varones, lograba acercarse a otros para formar grupos de trabajo, sin embargo, no eran relaciones duraderas ni profundas.

Durante su episodio depresivo corto comunicación con ellos por más de 3 meses.

- A.** Enfermedades y accidentes: Tuvo un esguince en el pie derecho a los 15 años jugando vóley, sin recibir mucha ayuda de parte de sus padres debido a que se encontraban discutiendo sin prestarle atención. Debido a esto Yesica evitaba asistir a los hospitales ni tener citas médicas porque ya no quería escuchar que los doctores le repitieran que debe cuidar su alimentación.

## Historia Familiar

### A. Relaciones Familiares

**Tabla 7**

*Datos familiares de la usuaria*

| Parentesco      | Nombre        | Edad    | Grado instrucción | Dedicación  |
|-----------------|---------------|---------|-------------------|-------------|
| <b>Padre</b>    | Armando       | 49      | Superior          | Agricultura |
| <b>Madre</b>    | Mary          | 50      | Superior          | Ama de cas  |
| <b>Hermanos</b> | Alonso y Yeni | 10 y 15 | Secundaria        | Estudiante  |

Acerca de su relación con su madre refiere: “mi madre es una persona exigente, se molesta constantemente, no confía mucho en las personas, no fue cariñosa conmigo, suele ser impulsiva, quejándose” desde pequeños debemos portarnos bien porque no quieren que la critiquen por nuestro comportamiento pero ella si criticaba mucho mi forma de educar a mis hijos, además sufre de ansiedad y depresión, asiste a psiquiatría en este CSMC y continúa con su medicación”.

Acerca de la relación con su padre refiere: “mi papá no fue muy cercano a mí cuando nací, no sabía cómo cuidar a una bebé por lo que dejo que mi madre y abuela se encargaran”.

Acerca de su relación con su hermano refiere: “él de niño era bien chinchoso se aprovechaba que era el centro de atención, se la pasaba junto a mi madre todo el tiempo, no le llamaban la atención y no le gritaban como a mí, durante mi secundaria le prestaban toda la atención a él porque le iba mal en el colegio, sucedía lo mismo cuando se enfermaba o tenía un accidente, suele ser terco, impulsivo, responde bastante a mis padres, aunque ellos lo ven como un niño “bueno”, amable, ingenioso y sociable”.

**B. Familiares con antecedentes psiquiátricos o psicopatológicos:** Tanto su madre como abuela sufren de colesterol alto, actualmente su madre toma medicación para

controlar su depresión y ansiedad.

## 2.5.7. Evaluación Psicométrica

### 2.5.7.1 HUGUG

#### **A. Instrumentos de recolección de datos.**

- Inventario de depresión de Beck (IDB-II)
- Escala de ansiedad estado – rasgo (STAI)
- Inventario clínico multiaxial de Millon – II (Millon II)

#### **B. Informe psicológico de cada uno de los instrumentos aplicados.**

##### *Inventario de depresión de Beck (IDB-II)*

|                           |   |                          |
|---------------------------|---|--------------------------|
| Nombres y apellidos       | : | Yesica S,M,              |
| Edad                      | : | 34 años                  |
| Fecha de nacimiento       | : | 18/07/88                 |
| Lugar de nacimiento       | : | Tarapoto                 |
| Grado de instrucción      | : | Secundaria completa      |
| Estado civil              | : | Soltera                  |
| Ocupación                 | : | Estudiante               |
| Lugar de residencia       | : | Tarapoto                 |
| Evaluador                 | : | PS. Cinthia Zapana Luque |
| Fecha de Informe 1 Beck   | : | 02 de febrero de 2021    |
| Fecha de Informe 2 STAI   | : | 30 de julio de 2021      |
| Fecha de Informe 3 MILLON | : | 14 de mayo de 2021       |
| Motivo de evaluación      | : | Tamizaje de depresión.   |

#### **C. Resultados**

La puntuación obtenida por la usuaria es de 27 puntos, lo que indica una depresión

moderada, labilidad emocional, tristeza, sentimientos de culpa y soledad, reticencia a realizar sus actividades cotidianas, falta de interés por las relaciones sociales, ideas irracionales sobre su futuro, pensamientos negativos sobre su situación actual, lo que influye en su repertorio conductual y emocional.

Escala de ansiedad estado – rasgo (STAI)

Motivo de evaluación: Tamizaje de ansiedad.

#### ***D. Resultados***

En el área de la emocionalidad, presenta un nivel severo de ansiedad estado, sin embargo, según los criterios clínicos, se evidencia un nivel leve de ansiedad.

Inventario clínico multiaxial de Millon – II (Millon II)

Motivo de evaluación

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

#### ***E. Resultados***

La persona evaluada presenta características de personalidad evitativa y autodestructiva, siendo crítica consigo misma, preocupándose excesivamente por la opinión de los demás y por su imagen social, lo que le genera ansiedad, a la vez que muestra depresión mayor o moderada con llanto fácil, labilidad emocional, dificultad para dormir, pensamientos negativos sobre su presente y sentimientos de inferioridad que limitan su óptimo desarrollo.

### **2.5.8. Informe Psicológico Integrador.**

#### **Datos de Filiación**

|                     |   |             |
|---------------------|---|-------------|
| Nombres y apellidos | : | Yesica S,M, |
| Edad                | : | 34 años     |
| Fecha de nacimiento | : | 18/07/88    |
| Lugar de nacimiento | : | Tarapoto    |

|                           |   |   |
|---------------------------|---|---|
| Grado de instrucción      | : | Secundaria completa                           |
| Estado civil              | : | Soltera                                       |
| Ocupación                 | : | Estudiante                                    |
| Lugar de residencia       | : | Tarapoto                                      |
| Evaluador                 | : | PS. Cinthia Zapana Luque                      |
| Fecha de Informe 1 Beck   | : | 18 de febrero de 2021                         |
| Fecha de Informe 2 STAI   | : | 23 de febrero de 2021                         |
| Fecha de Informe 3 MILLON | : | 23 de febrero de 2021                         |
| Motivo de evaluación      | : | Conocer el perfil psicológico de la evaluada. |

#### **Técnicas e Instrumentos Aplicados:**

- Inventario de depresión de Beck (IDB-II)
- Escala de ansiedad estado – rasgo (STAI)
- Inventario clínico multiaxial de Millon – II (Millon II)

#### **Resultados de la Evaluación Psicológica**

Actualmente presenta una personalidad evitativa y autodestructiva, tiene tendencia a la inseguridad, a ser crítica consigo misma, le preocupa excesivamente por la opinión ajena y por su imagen a nivel social, lo que genera ansiedad, pensamientos de soledad y fracaso. Tiene dificultades de integración para participar de situaciones sociales, evita las circunstancias riesgosas o las opiniones de los otros acerca de sí misma o de su situación conyugal, es poco tolerante a las críticas. La mujer se aísla de los demás, sintiéndose rechazada y no entendida por el resto; del mismo modo, muestra inestabilidad emocional, siendo una persona pasiva, tranquila y con tendencia a fijar rutinas y hábitos bien estructurados, tiende a ser reservada, excepto con amigos muy cercanos, puede ser pesimista e impulsiva, da un gran valor a la ética y a los aspectos morales, encontrando difícil adaptarse a los cambios

También muestra una depresión moderada con llanto fácil, labilidad emocional,

dificultad para conciliar el sueño, pensamientos negativos sobre su presente, su entorno y su futuro, así como sentimientos de inferioridad sobre sí misma y de culpa por su situación conyugal que limitan su desarrollo óptimo.

La puntuación obtenida por la usuaria es de 27 puntos, lo que indica depresión moderada, labilidad emocional, tristeza, sentimientos de culpa y soledad, desgana para realizar sus actividades cotidianas, falta de interés por las relaciones sociales, ideas irracionales sobre su futuro, pensamientos negativos sobre su situación actual, lo que influye en su repertorio conductual y emocional.

### **Conclusiones**

- En el ámbito afectivo, la paciente evidencia a nivel psicométrico un estado depresivo severo, no obstante, en el plano clínico manifiesta un estado depresivo moderado, Yesica siente desánimo y tristeza la mayoría del tiempo, con facilidad para cansarse, y presenta alteraciones en el sueño y en el apetito, durmiéndose varias veces a lo largo del día. Ella presenta un cuadro depresivo moderado con afectación en su entorno social, familiar y conyugal.
- Dentro del área de la personalidad, la paciente muestra algunos rasgos característicos que la hacen ser una persona con tendencia a ser introvertida, manifestando que desde niña ha preferido mantenerse en pequeños grupos de amigos, y que no le gusta convertirse en el centro de atención, y que cuando llega a conocer gente nueva la prefiere para entablar una conversación, y cuando un chico se le quiere acercar no sabe cómo actuar. La baja autoestima es observada con una percepción negativa acerca de sí misma, suele ser pesimista sobre su entorno y su futuro.
- Denota Pensamientos negativos de su situación actual y sentimientos de culpabilidad sobre presunta infidelidad de su esposo y problemas de comportamiento de sus hijos a raíz de sus conflictos de pareja. Tiende a aislarse socialmente lo que le genera

sentimientos de soledad y rechazo del medio.

- En el ámbito de la emocionalidad, ella presenta un nivel severo de ansiedad estado, no obstante, según criterios clínicos, queda evidenciado el nivel leve, el cual indica al momento que se siente tensa y preocupada respecto a su rol de madre, se siente incómoda por su condición física y que ha perdido la confianza propia, la cual ha afectado su funcionalidad personal y social.

### **Recomendaciones**

#### *Intervención Cognitivo Conductual.*

**Tabla 8**

*Diagnóstico funcional*

| <b>Exceso</b>  | <b>Debilitamiento</b>  | <b>Déficit</b>   |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorar acompañada de pensamientos de auto reproche</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca capacidad para expresar sentimientos emociones y desagradados</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de tolerancia a la frustración</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Culpa cuando le pregunto por su salud y los hijos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de las habilidades para enfrentar el estrés</li> </ul>            |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad ante situaciones sociales</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descenso de la capacidad de planificación</li> </ul>                          |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad ante situaciones sociales</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución en el interés o placer de actividades</li> </ul>                  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza de SUD 9/10, cupa 7/10 AUTO reproche 8/10</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidad social</li> </ul>   |  |

- 
- Tensión muscular
  - Hipersomnia
  - Hipersomnia
  - Inatención

pensamientos de:

- “todo esto es mi culpa, por permitir tanta humillación creo que todo lo que he hecho antes esta mal”
  - “no me gusta como estoy ahora, yo siempre he sido trabajadora, ahora a pesar que trabajo con el no gano lo suficiente para separarme y no tendré como mantenerme”
  - “siempre pienso en lo que podría suceder si no sigo esta relación”
  - “me siento frustrada por no cumplir mis expectativas”
-



- 
- “mis hijos sufren están en el colegio con notas bajas y comportamiento negativo, no quiero que piensen que no soy una madre buena y responsable”
  - “mi hijo mayor por todo este problema quiso cortarse la mano con cuchillo al ver tanta pelea y por el temo que se haga daño y por eso me sacrificio y continuo esta farsa, pero nadie piensa en mí soy la que se tiene que sacrificar
  - “no quiero que piensen que no soy responsable”
-

**Tabla 9***Conductas Adaptativas/Desadaptativas*

| <b>ADAPTATIVAS</b>                           | <b>DESADAPTATIVAS</b> |
|--|-----------------------|
| Habilidades sociales en ambientes académicos | Depresión             |
| -//Capacidad intelectual                     |                       |
| Desarrollo motor                             |                       |
| Aliño e higiene                              |                       |
| Lenguaje                                     |                       |
| Responsabilidad                              |                       |
| Motivada hacia el tratamiento                |                       |

**Tabla 10***Análisis funcional de la conducta depresiva de la participante*

| <b>Situación</b>  | <b>Organismo</b>   | <b>Conducta</b>  | <b>Estímulo<br/>reforzador y<br/>consecuentes</b>                |
|---|--|--|--|
| Interno   | Variables Biológicas   | Motor:   | Refuerzo   |
| Recordar que su vida de familia está arruinada.             | Temperamento Melancólico   | Encerrarse en el cuarto y evitar reproches de madre.               | externo:<br>al evitar salir y reunirse con sus amigos y familia. |
|   | Antecedentes: No llevó ningún tratamiento psicológico, ni farmacológico previo | Busca distraerse y ver series en su televisor                      | los síntomas fisiológicos.                                       |
| Externo:  | Variables Psicológicas   |  | Constante  |
| Cuando le preguntan sobre su situación.                     | Nivel incapacitante de autoestima  | Rechaza invitaciones de sus amigos y familiares para salir         | rumiación acerca de su problemática posterga trabajos            |
| Cuando su madre le reclama por toda su situación.           | HISTORIA DE APRENDIZAJE  | busca evitar situaciones de confrontación con su familia.          | y tareas   |
|   | Variables Culturales   |  |  |
| Cuando recuerda infidelidad y maltratos de parte de pareja. | Relación/percepción: proviene de un hogar negligente                           | Emocional:<br>ansiedad 7/10, tristeza 10/10 y auto reproche (8/10) | Refuerzo interno:<br>“al llorar siento alivio”                   |

---

|                                       |   |  |  |
|---------------------------------------|---|--|--|
| Problemas de comportamiento de hijos. | Educación: Superior en curso<br>Variables Cognitivas<br>Creencias: Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría. | Fisiológico:<br>Llanto, dolor de cabeza, tensión en cuello y hombros<br>Cognitivo:<br>“todo esto es mi culpa, por permitir tanta humillación creo que todo lo que he hecho antes está mal”<br>Distorsiones: Pensamiento dicotómico, inferencias arbitrarias, abstracción selectiva y personalización<br>Esquemas: Inhibición emocional y estándares inflexibles/críticos a sobredimensionada | “si me voy mis hijos me odiarían o harían algo contra suya y no me perdonaría”<br><br>“no me gusta como estoy ahora, yo siempre he sido trabajadora, ahora a pesar que trabajo con él no gano lo suficiente para separarme y no tendré como mantenerme”<br><br>“siempre pienso en lo que podría suceder si no sigo esta relación”<br><br>“me siento frustrada por no cumplir con mis |
|---------------------------------------|---|--|--|

---

---

expectativas”

“mis hijos sufren están

en notas y

comportamiento no

quiero que piensen que

no soy una madre buena

y responsable”.

---

**Tabla 11**

*Análisis Cognitivo*

| <b>Situación (A)</b>                               | <b>Pensamiento (B)</b>   | <b>Emoción y Conducta (C)</b>   |
|--|--|---|
| Pensar en la salud de sus hijos                    | “Debo hacerlo todo bien para que n piensen que soy una madre mala”   | Ansiedad 9/10 Temor 9/10<br>Mueve mucho la pierna,<br>llora   |
| Pensar que si hace algo malo su madre le reclamará | “Debo ser el ejemplo en todo”<br>“Si hago algo mal mi madre me reclamará “<br>“Tengo miedo que piensen que no soy buena madre” | Ansiedad 9/10 Temor 9/10<br>Camina de un lado a otro.   |
| Cuando está con su familia, reuniones              | “Tengo que hacer lo mejor, se darán cuenta que estoy fallando como madre”  | Ansiedad 9/10 Irritación 7/10 Cólera 8/10<br>Al estar sola, siente tranquilidad y se reduce el malestar |

|  |  |   |
|--|--|---|
| Cuando hay problemas con el padre de sus hijos | “Si saco bajas notas mi padre se enojará y mi madre puede empeorar “<br>“siempre pienso en lo que podría suceder si no sigo esta relación” | Ansiedad 9/10 Irritación 7/10<br>Llora, duerme se reduce el malestar.     |
| Cuando recuerda sobre sus planes personales    | “Me siento frustrada por no cumplir con mis expectativas”  | Ansiedad 9/10 Irritación 7/10 Temor 9/10<br>Llora, se reduce el malestar. |

---

### ***Diagnóstico Tradicional***

Teniendo como referencia los criterios Diagnósticos del DSM V, podemos inferir que estamos ante un caso de Trastorno de Depresión Mayor (DSM V - 296.22) equivalente al Episodio Depresivo Moderado (CIE 10 - F32.1).

**Tabla 12***Criterios según el DSM V para Trastorno de Depresión Mayor*

| <b>CRITERIOS DSM V</b>   | <b>Presentes en la paciente</b>   |
|--|---|
| <p>Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y presentan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.</p> <p>Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. Se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)</p> <p>Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).</p> <p>Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (nota: en los niños, considerar el fracaso para el</p> | <p><b>Síntomas dentro del apartado A:</b></p> <p>- 1</p> <p>- 2</p> <p>- 3</p> <p>- 4</p> <p>- 5</p> <p>- 8</p> |

---

aumento de peso esperado.)

Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

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

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o **Áreas:**

**B** deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. **Personal, Familiar, Socialy Académica**

**C** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. **No presenta**

**D** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la **Ausencia de otros cuadrosdiagnósticos**

---



---

esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

**E Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Ausencia de manía o hipomanía**

---

## 2.6. Intervención

### 2.6.1. Plan de Intervención y Calendarización

**Tabla 13**

*Plan de Intervención y Calendarización*

| Sesión | Técnicas  | Fecha      | Hora           |
|--------|---|------------|----------------|
| 1      | Alianza terapéutica   | 18/02/2021 | 4 – 5 pm       |
| 2      | Psicoeducación sobre depresión y el tratamiento cognitivo conductual a emplear.   | 25/02/2021 | 3 – 4 pm       |
| 3      | Identificación del problema actual mediante la descripción de los síntomas en la entrevista. Enseñar la Técnica de autoobservación autoregistros.   | 16/03/2021 | 2 – 3 pm       |
| 4      | Aplicación del Inventario multiaxial de personalidad de Millon II. Elaborar con la paciente el análisis funcional de sus conductas problemas.   | 23/03/2021 | 4 - 5 pm       |
| 5      | Promover el uso de actividades saludables. Entrenar al paciente en registro de actividades diarias, basado en la técnica del agrado. Explicar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conductas (ABC) TREC. | 06/04/2021 | 2 - 3 pm       |
| 6      | Enseñar a la paciente como usar la técnica de detención del pensamiento y sus beneficios. Y reestructuración cognitiva.   | 20/04/2021 | 3:30 – 4:30 pm |

|    |  |            |                   |
|----|--|------------|-------------------|
| 7  | Psicoeducar a la paciente en técnicas de relajación.   | 04/05/2021 | 3:30 – 4:30<br>pm |
| 8  | Revisar la relación del incremento de actividades y su estado de ánimo actual. -Se le enseña la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta.   | 18/05/2021 | 3:30 – 4:30<br>pm |
| 9  | Se enseña a la paciente la técnica de agrado/dominio mediante las actividades diarias que le generan bienestar. - Aprender técnicas de asertividad y a usar la técnica del termómetro del estado del ánimo.                      | 03/06/2021 | 3:30 – 4:30<br>pm |
| 10 | técnica de detención del pensamiento.<br>Se le enseña la Técnica de relajación muscular progresiva   | 17/06/2021 | 3:30 – 4:30<br>pm |
| 11 | • Se educa a la paciente en Asignación y elección de tareas graduadas.<br>• Se enseña la técnica de Auto instrucciones y se procede a la práctica.<br>• Se analiza los pensamientos negativos para su detención por el paciente. | 06/07/2021 | 4:30 – 5:30<br>pm |
| 12 | • Se educa a la paciente en Asignación y elección de tareas graduadas.<br>• Se enseña la técnica de Auto instrucciones y se procede a la práctica.<br>• Se analiza los pensamientos negativos para su detención por el paciente. | 20/07/2021 | 2:30 – 3:30<br>pm |

|  |            |                |
|--|------------|----------------|
| 13 • Se realiza el Debate ABCDE: Para buscar e implementar pensamientos racionales.  | 03/08/2021 | 4:30 – 5:30 pm |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza la autovaloración de sí misma, se motiva el cuidado y arreglo personal.</li> <li>• Se contrasta los pensamientos irracionales de sí misma con la realidad.</li> <li>• Manejo de técnicas de control encubierto.</li> </ul> |            |                |
| 14 Se enseñan estrategias de prevención de recaídas.<br>Se entregan resultados finales a la fecha de evaluación.   | 17/08/2021 | 4:30 – 5:30 pm |

---

## 2.6.2. Programa de Intervención

**Tabla 14**

*Programa de Intervención*

| Objetivo   | Ses. | Técnicas y estrategias   |
|--|------|--|
| 1° Brindar Información   | 1    | ALIANZA TERAPÉUTICA  |
|  | 2    | Psicoeducación sobre depresión y el tratamiento cognitivo conductual a emplear.  |
| 2° Disminuir las distorsiones cognitivas e ideas irracionales. | 3    | Identificación del problema actual mediante la descripción de los síntomas en la entrevista. Enseñar la Técnica de autoobservación autoregistros: Se inicia la elaboración del listado y el registro de duración, frecuencia e intensidad de los síntomas. |
|  | 4    | Aplicación del Inventario multiaxial de personalidad de Millon II, y el cuestionario de personalidad de Eysenck-   |

---

|    |                         |    |   |
|----|-------------------------|----|---|
|    |                         |    | Elaborar con la paciente el análisis funcional de sus conductas problemas.  |
|    |                         |    | Psicoeducar en la relación del reforzamiento positivo y negativo en el mantenimiento de sus conductas depresivas.   |
|    |                         | 5  | Promover el uso de actividades saludables. Entrenar al paciente en registro de actividades diarias, basado en la técnica del agrado. Explicar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conductas (ABC) TREC  |
|    |                         | 6  | Enseñar a la paciente como usar la técnica de detención del pensamiento y sus beneficios. Y reestructuración cognitiva.   |
| 3° | Disminuir las           | 7  | Psicoeducar a la paciente en técnicas de relajación.  |
|    | respuestas fisiológicas | 8  | Se procede a revisar las tareas asignadas en la semana (Detención del pensamiento; registro de actividades y el uso del termómetro del estado de ánimo) -Revisar la relación del incremento de actividades y su estado de ánimo actual. -Se le enseña la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta. |
|    | a través de la          |    |   |
|    | psicoeducación,         |    |   |
|    | técnicas de relajación, |    |   |
|    | autoinstrucciones,      |    |   |
|    | detención del           |    |   |
|    | pensamiento y uso de    |    |   |
|    | actividades de agrado.  |    |   |
| 4° | -Disminuir las          | 9  | Se enseña a la paciente la técnica de agrado/dominio mediante las actividades diarias que le generan bienestar. -Aprender técnicas de asertividad y a usar la técnica del termómetro del estado del ánimo.  |
|    | respuestas              |    |   |
|    | emocionales con         |    |   |
|    | técnicas de relajación, |    |   |
|    | aumento de              | 10 | Se Psicoeduca a la paciente en pensamientos automáticos y su relación en el mantenimiento de las conductas y como realizar  |
|    | actividades             |    |   |

---

|  |   |
|--|---|
| recreativas y físicas,<br>psicoeducación,<br>técnicas de<br>asertividad,<br>termómetro del<br>ánimo, y<br>autoinstrucciones. | la técnica de detención del pensamiento.<br>Se le enseña la Técnica de relajación muscular progresiva-<br>Jacobson. |
|--|---|

---

|   |  |
|---|--|
| 5° Incrementar el nivel de actividades recreativas y satisfactorias, a través de asignación de tareas graduales, ensayo conductual, autoinstrucciones y programa de actividades satisfactorias. | 11 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se educa a la paciente en Asignación y elección de tareas graduadas.</li> <li>• Se enseña la técnica de Auto instrucciones y se procede a la práctica.</li> <li>• Se analiza los pensamientos negativos para su detención por el paciente.</li> <li>• Se psicoeduca a la paciente en distorsiones cognitivas y se le brinda ejemplos.</li> <li>• Se prosigue con la Técnica de relajación muscular progresiva</li> </ul> |
|---|--|

---

|  |   |
|--|---|
|  | 12 <p>Elaborar la jerarquización de las actividades agradables que realizara la paciente en la semana.</p> <p>Se Practica la relajación muscular progresiva.</p> <p>Se psicoeduca sobre el debate ABCDE optando por pensamientos racionales en situaciones críticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se educa a la paciente en Asignación y elección de tareas graduadas.</li> <li>• Se enseña la técnica de Auto instrucciones y se procede a la</li> </ul> |
|--|---|

---

---

|  |    |  |
|--|----|--|
|  |    | práctica.  |
|  |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se analiza los pensamientos negativos para su detención por el paciente.</li> </ul>   |
| 6°- Disminuir las conductas depresivas mediante técnicas de autocontrol, técnicas de relajación, autoinstrucciones, entrenamiento en solución de problemas y reforzando asertividad. | 13 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se psicoeduca en conductas de evitación, escape y su relación con la depresión.</li> <li>• Se realiza el Debate ABCDE: Para buscar e implementar pensamientos racionales.</li> <li>• Se realiza la autovaloración de sí misma, se motiva el cuidado y arreglo personal.</li> <li>• Se contrasta los pensamientos irracionales de sí misma con la realidad.</li> <li>• Manejo de técnicas de control encubierto.</li> </ul>  |
|  | 14 | <p>Se entrenó a la paciente en la comunicación asertiva y el reconocimiento de sus logros.</p> <p>Se continua con la Reestructuración cognitiva. Se practica la relajación diafragmática. Se elabora con la paciente en su FODA. Resolución de problemas y toma de decisiones. Se planifica sus metas de vida a largo plazo. Se le enseña la técnica de la flecha descendiente para cambios en sus creencias intermedias y centrales. Reforzar la aplicación y manejo de estrategias de afronte en situaciones críticas y toma de decisiones.</p> <p>Se enseñan estrategias de prevención de recaídas.</p> <p>Se entregan resultados finales a la fecha de evaluación.</p> |

---

## **2.7. Procedimiento**

El programa de intervención se llevó a cabo bajo la terapia cognitivo conductual durante 14 sesiones, las cuales tuvieron una duración aproximada de 45-60 minutos, una vez por semana en Centro de Salud Mental Comunitario- Tarapoto. Estas estuvieron destinadas a disminuir los síntomas depresivos mediante distintas técnicas de la TCC.

El modelo AB inició creando una línea base usando distintas técnicas e instrumentos, seguidamente se realizó el programa de intervención descrito, finalmente se procedió a evaluar los resultados obtenidos hasta un mes posterior.

## **2.8. Consideraciones éticas**

Se obtuvo el consentimiento informado y voluntario respecto a la intervención, respetando la información brindada por la participante, protegiendo su privacidad ante la publicación del estudio de caso.

### III. RESULTADOS

#### 3.1. Análisis de resultados

Dentro de este apartado se visualizará el análisis de los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas aplicadas, diagnóstico funcional, autorregistros y el análisis funcional de la conducta sobre los síntomas depresivos de Yesica mediante tablas comparativas.

Comenzando con el objetivo general del tratamiento, disminuir la sintomatología depresiva de la paciente a nivel cognitivo, conductual y afectivo - emocional mediante la terapia cognitivoconductual.

#### Tabla 15

*Resultados pre y post test del inventario de depresión de Beck - II*

| <b>Evaluación</b>  | <b>Pre Test</b> | <b>Post Test</b> |
|--------------------|-----------------|------------------|
| Depresión (IDB-II) | 43              | 7                |

En la tabla 15 se observa la diferencia entre los puntajes obtenidos mediante el cuestionario de depresión de Beck II antes y después del tratamiento, el puntaje pretest de 43 y post test de 7 evidencian una considerable reducción de los síntomas depresivos posterior a la implementación del programa de intervención.



**Tabla 16***Línea Base Registro de conducta: frecuencia, pre y post test*

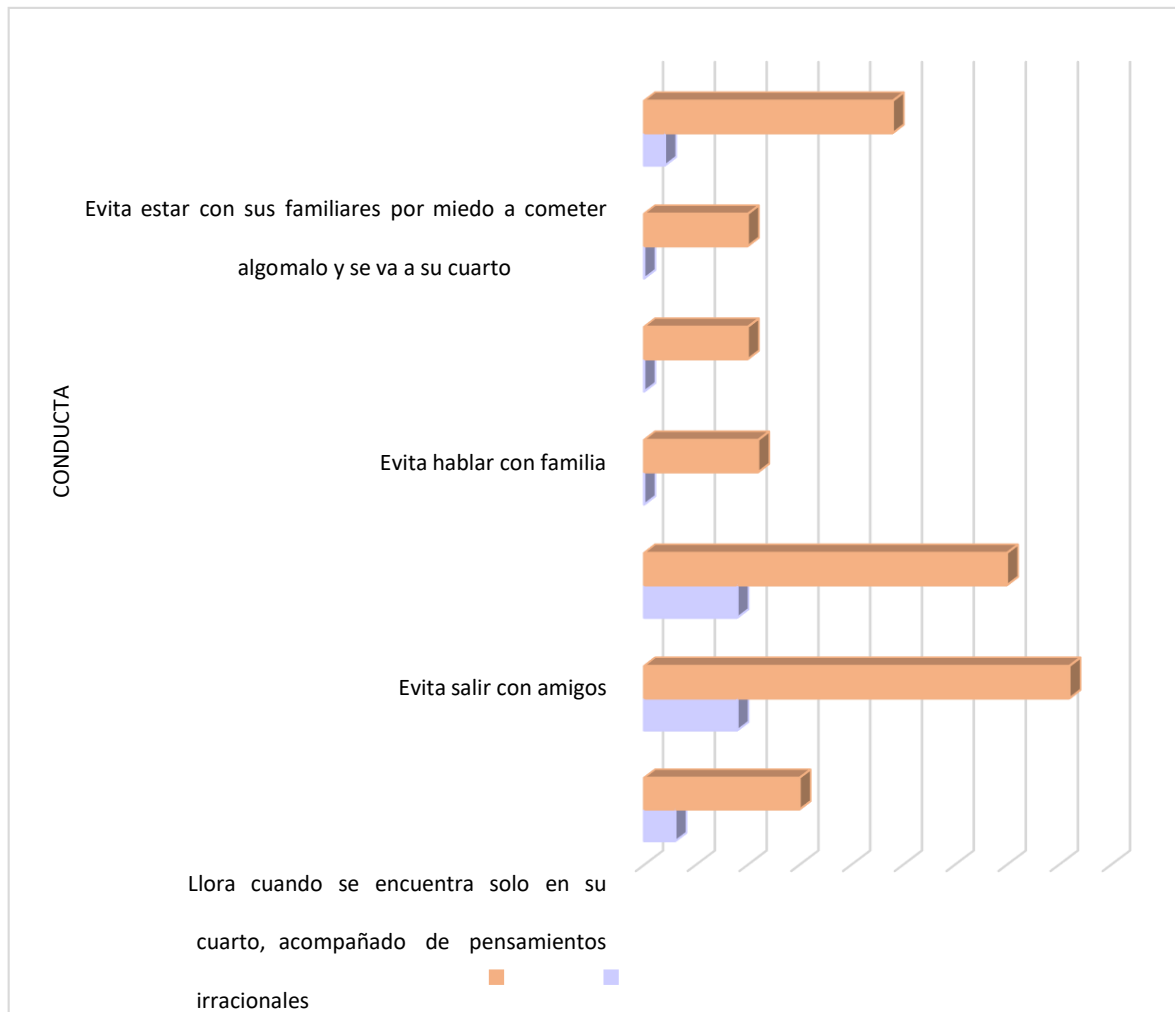
| <b>Conducta Problema</b>  | <b>Fase</b> | <b>Lun</b> | <b>Mar</b> | <b>Mier</b> | <b>Jue</b> | <b>Vier</b> | <b>Sab</b> | <b>Dom</b> | <b>Total</b> |
|---|-------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|--------------|
| Evita estar con sus familiares por miedo a cometer algo malo y se va a su cuarto. | Pre         | 4          | 3          | 3           | 3          | 4           | 3          | 4          | 24           |
|   | Post        | 1          | 1          | -           | -          | -           | -          | -          | 2            |
| Evita conversar familia.  | Pre         | 2          | 2          | 2           | 2          | 2           | -          | -          | 10           |
|   | Post        | -          | -          | -           | -          | -           | -          | -          | -            |
| Evita salir con amigos  | Pre         | 2          | 2          | 2           | 2          | 2           | -          | -          | 10           |
|   | Post        | -          | -          | -           | -          | -           | -          | -          | -            |
| Llora cuando encuentra sola, en cuarto acompañado de pensamientos irracionales    | Pre         | 1          | 2          | 2           | 1          | 1           | 2          | 2          | 11           |
|   | Post        | -          | -          | -           | -          | -           | -          | -          | -            |
| Mueve la pierna constantemente  | Pre         | 5          | 4          | 6           | 5          | 4           | 5          | 6          | 35           |
|   | Post        | 2          | 1          | 1           | 1          | 1           | 2          | 1          | 9            |
| Tics nerviosos – Ingesta de alimentos   | Pre         | 5          | 6          | 4           | 6          | 7           | 7          | 6          | 41           |
|   | Post        | 2          | 1          | 1           | 1          | 2           | 1          | 1          | 9            |
| Responde de manera enérgica   | Pre         | 3          | 2          | 2           | 2          | 2           | 2          | 2          | 15           |
|   | Post        | -          | -          | 1           | -          | 1           | 1          | -          | 3            |

En la tabla 16, se observa una disminución de la frecuencia de las conductas problema: “Evita estar con sus familiares por miedo a cometer algo malo y se va a su cuarto” siendo 24 en el pre test y 2 en el post test,” Evita hablar con la familia” y “Evita salir con amigos” ambos

teniendo un total de 10 en el pre test y 0 en post test, “Llora cuando se encuentra solo, en su cuarto acompañado de pensamientos irracionales” siendo 11 en el pre y 0 en el post test, “Mueve la pierna constantemente” siendo 35 en el pre test y 9 en el post test, “Tics nerviosos incremento de apetito” siendo 41 en el pre test y 9 en el post test y “Responde de manera enérgica” siendo 15 en el pre test y 3 en el post test.

**Figura 1**

*Línea Base Registro de conducta: frecuencia, pre y post test*



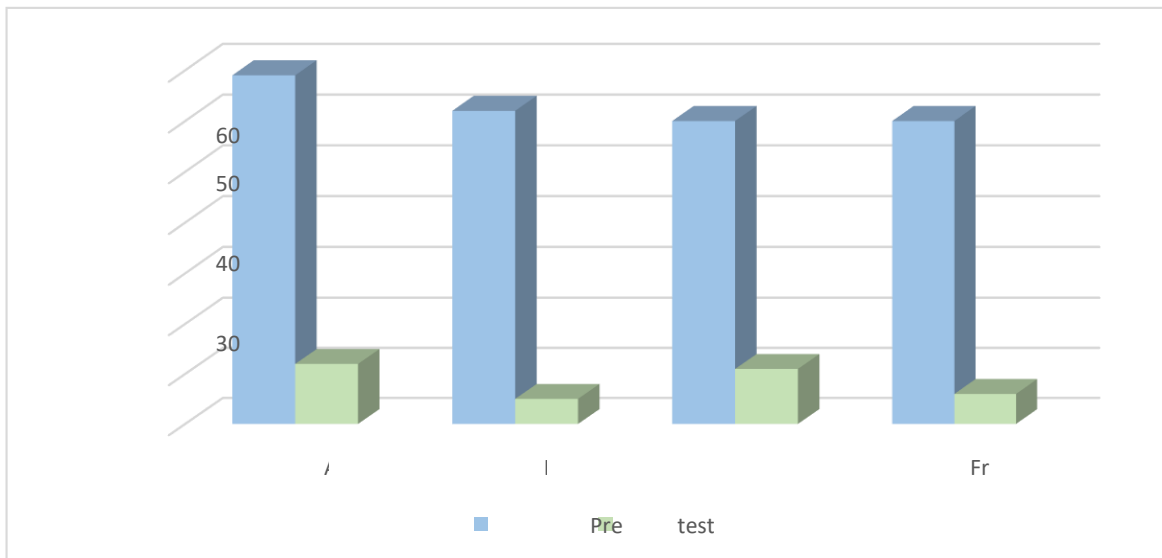
**Tabla 17***Línea Base registro de frecuencia e intensidad (1-10) de emociones, pre y posttest*

| <b>Conducta</b>         | <b>Fase</b> | <b>Frec/Intenc.</b> | <b>Lun</b> | <b>Mar</b> | <b>Mier</b> | <b>Jue</b> | <b>Vier</b> | <b>Sab</b> | <b>Dom</b> | <b>Total</b> |
|-------------------------|-------------|---------------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|--------------|
| Ansiedad<br>(0-10)      | Pre         | F                   | 10         | 10         | 9           | 10         | 10          | 10         | 10         | 69           |
|                         | Post        | F                   | 2          | 2          | 3           | 1          | 1           | 1          | 2          | 12           |
|                         | Pre         | I                   | 9          | 9          | 9           | 9          | 9           | 9          | 9          | 9            |
|                         | Post        | I                   | 2          | 1          | 2           | 2          | 1           | 1          | 2          | 2            |
| Irritabilidad<br>(0-10) | Pre         | F                   | 10         | 7          | 8           | 9          | 10          | 9          | 9          | 62           |
|                         | Post        | F                   | 2          | 1          | -           | 1          | 1           | -          | -          | 5            |
|                         | Pre         | I                   | 7          | 7          | 7           | 7          | 7           | 7          | 7          | 7            |
|                         | Post        | I                   | 1          | 1          | -           | 1          | 1           | -          | -          | 1            |
| Cólera<br>(0-10)        | Pre         | F                   | 9          | 9          | 8           | 8          | 8           | 9          | 8          | 60           |
|                         | Post        | F                   | 2          | 2          | 1           | 2          | -           | 1          | -          | 11           |
|                         | Pre         | I                   | 10         | 10         | 10          | 10         | 10          | 10         | 10         | 10           |
|                         | Post        | I                   | 2          | 1          | 1           | 1          | -           | 1          | -          | 1            |
| Frustración<br>(0-10)   | Pre         | F                   | 8          | 9          | 8           | 9          | 8           | 9          | 9          | 60           |
|                         | Post        | F                   | 2          | -          | 1           | 1          | -           | 1          | 1          | 6            |
|                         | Pre         | I                   | 8          | 8          | 8           | 8          | 8           | 8          | 8          | 8            |
|                         | Post        | I                   | 1          | -          | 1           | 1          | -           | 1          | 1          | 1            |

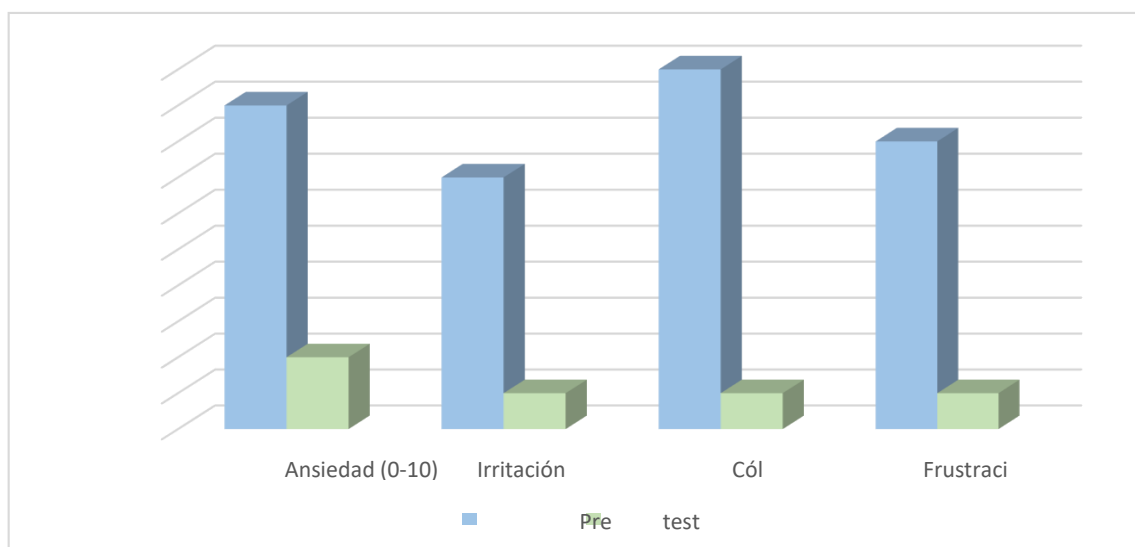
La Tabla 17 muestra que en el post-test hay una reducción en la frecuencia e intensidad de la Ansiedad, la Irritación, la Ira y la Frustración, en comparación con los registros observados antes de la intervención.

**Figura 2**

*Línea Base registro de la frecuencia de emociones, pre y post test*

**Figura 3**

*Línea Base del registro de la intensidad (1-10) de emociones, pre y post test*



**Tabla 18***Línea Base del registro de pensamientos: frecuencia, pre y post test*

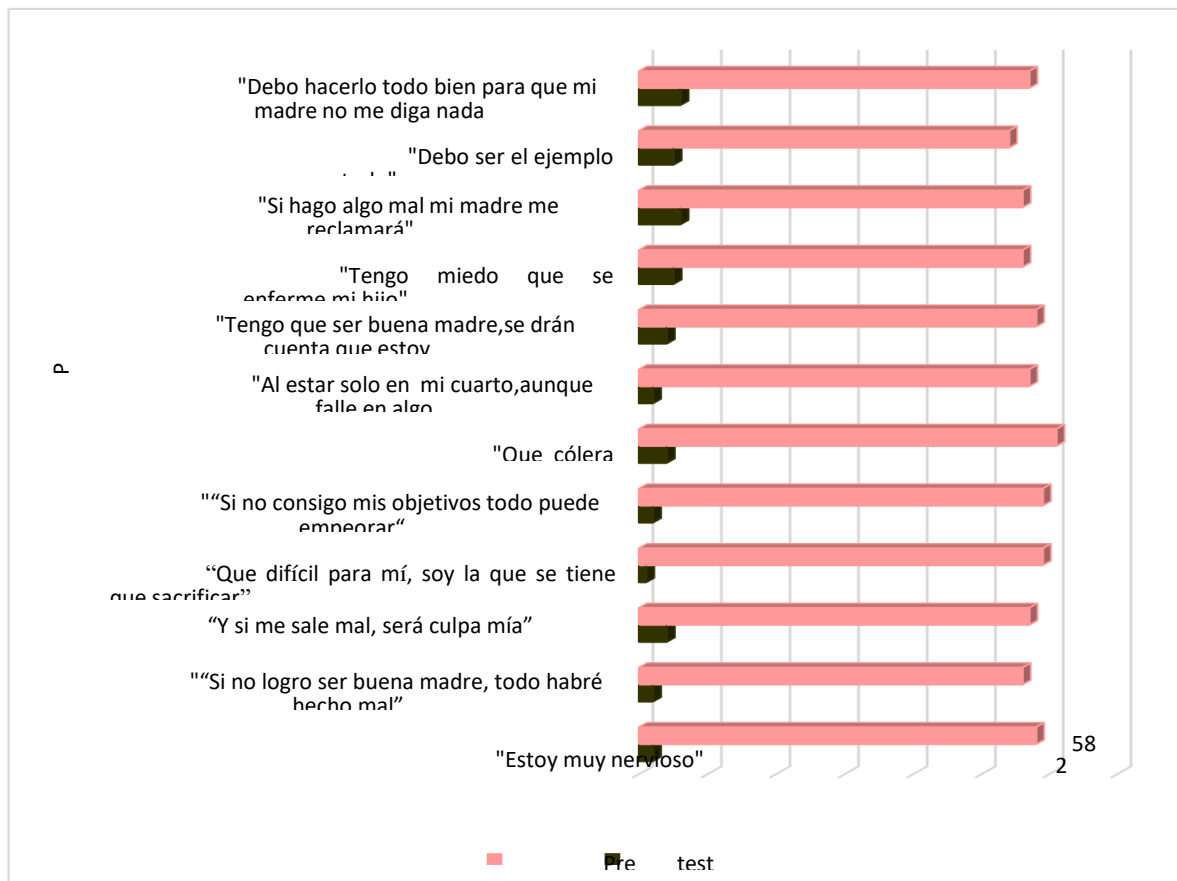
| <b>Pensamientos</b>  | <b>Fase</b> | <b>Lun</b> | <b>Mar</b> | <b>Mier</b> | <b>Juev</b> | <b>Vier</b> | <b>Sab</b> | <b>Dom</b> | <b>Total</b> |
|--|-------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|--------------|
| “Debo hacerlo todo bien para que mi madre no me diga nada”                         | Pre         | 9          | 8          | 9           | 9           | 8           | 6          | 8          | 57           |
|  | Post        | 1          | 2          | -           | 1           | -           | 1          | 1          | 6            |
| “Debo ser el ejemplo en todo”  | Pre         | 8          | 7          | 9           | 7           | 8           | 7          | 8          | 54           |
|  | Post        | 1          | -          | -           | 2           | 1           | 1          | -          | 5            |
| “Si hago algo mal mi madre me reclamará “  | Pre         | 9          | 8          | 7           | 8           | 9           | 8          | 7          | 56           |
|  | Post        | 2          | 1          | -           | 1           | 1           | -          | 1          | 6            |
| “Tengo miedo que se enferme mi hijo”   | Pre         | 8          | 9          | 7           | 9           | 8           | 7          | 8          | 56           |
|  | Post        | 1          | 1          | 1           | -           | -           | 1          | 1          | 5            |
| “Tengo que ser buena madre, se darán cuenta que estoy fallando”                    | Pre         | 8          | 8          | 9           | 8           | 8           | 9          | 8          | 58           |
|  | Post        | 1          | 2          | 1           | 1           | -           | -          | 1          | 6            |
| “Al estar sola en mi cuarto, aunque falle en algo nadie me verá, me sentiré mejor” | Pre         | 9          | 8          | 7           | 7           | 8           | 8          | 10         | 57           |
|  | Post        | -          | -          | -           | 1           | -           | -          | 1          | 2            |
| “Qué cólera estar así”   | Pre         | 8          | 9          | 8           | 10          | 9           | 8          | 9          | 61           |
|  | Post        | -          | 1          | 1           | 1           | -           | -          | 1          | 4            |
| “Si no consigo mis objetivos todo puede empeorar “                                 | Pre         | 10         | 8          | 9           | 9           | 9           | 7          | 7          | 59           |
|  | Post        | -          | 1          | 1           | -           | -           | -          | -          | 2            |
| “Que difícil para mí, soy la que se tiene que sacrificar”                          | Pre         | 9          | 9          | 8           | 8           | 8           | 8          | 9          | 59           |
|  | Post        | -          | -          | -           | 1           | -           | -          | -          | 1            |
| “Y si me sale mal, será culpa  | Pre         | 9          | 8          | 9           | 7           | 9           | 7          | 8          | 57           |

|                               |      |   |   |   |   |   |   |   |    |
|-------------------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| mía”                          | Post | 1 | 1 | - | - | 2 | - | - | 4  |
| “Si no logro ser buena madre, | Pre  | 8 | 9 | 9 | 9 | 8 | 6 | 7 | 56 |
| todo habré hecho mal”         | Post | - | 1 | - | 1 | - | - | - | 2  |
| “Estoy muy ansiosa”           | Pre  | 9 | 8 | 9 | 7 | 9 | 7 | 9 | 58 |
|                               | Post | - | - | 1 | - | 1 | - | - | 2  |

En la tabla 18 observamos que los pensamientos demandantes y demasiado exigentes como “los deberías “y “tengo qué”, fueron los que disminuyeron más, seguidos de los pensamientos de minusvalía, como los “no podré” y los “y si”.

**Figura 4**

*Línea Base del registro de pensamientos: frecuencia, pre y post test*



**Tabla 19***Línea Base Registro de Opiniones- Forma A, pre y post test*

| <b>Escala</b> | <b>Creencia</b>  | <b>Racional</b> | <b>Tendencia</b> | <b>Tendencia</b>  | <b>Irracional</b> | <b>Fase</b> | <b>Puntaje</b>   |
|---------------|--|-----------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------|------------------|
|               | <b>Irracional</b>  |                 | <b>Racional</b>  | <b>Irracional</b> |                   |             | <b>alcanzado</b> |
| A             | Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno                                     | 0-3             | 4                | 5                 | 6-10              | Pre<br>Post | 93               |
| B             | Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles                          | 0-2             | 3-4              | 5                 | 6-10              | Pre<br>Post | 94               |
| C             | Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles y la gente que los realiza debería ser avergonzada y | 0-2             | 3                | 4                 | 5-10              | Pre<br>Post | 63               |



---

|   |                    |     |     |   |      |      |    |  |
|---|--------------------|-----|-----|---|------|------|----|--|
|   | castigada          |     |     |   |      |      |    |  |
| D | Es terrible y      | 0-2 | 3   | 4 | 5-10 | Pre  | 83 |  |
|   | catastrófico que   |     |     |   |      | Post |    |  |
|   | las cosas y la     |     |     |   |      |      |    |  |
|   | gente no sean      |     |     |   |      |      |    |  |
|   | como a uno le      |     |     |   |      |      |    |  |
|   | gustaría que       |     |     |   |      |      |    |  |
|   | fueran             |     |     |   |      |      |    |  |
| E | La infelicidad     | 0-1 | 2-3 | 4 | 5-10 | Pre  | 82 |  |
|   | humana es          |     |     |   |      | Post |    |  |
|   | causada por los    |     |     |   |      |      |    |  |
|   | hechos extremo,    |     |     |   |      |      |    |  |
|   | nos es impuesta    |     |     |   |      |      |    |  |
|   | por la gente y los |     |     |   |      |      |    |  |
|   | acontecimientos    |     |     |   |      |      |    |  |
| F | Si algo afecto     | 0-2 | 3   | 4 | 5-10 | Pre  | 72 |  |
|   | fuertemente en     |     |     |   |      | Post |    |  |
|   | alguna ocasión     |     |     |   |      |      |    |  |
|   | nuestra vida       |     |     |   |      |      |    |  |
|   | siempre seguirá    |     |     |   |      |      |    |  |
|   | afectado           |     |     |   |      |      |    |  |

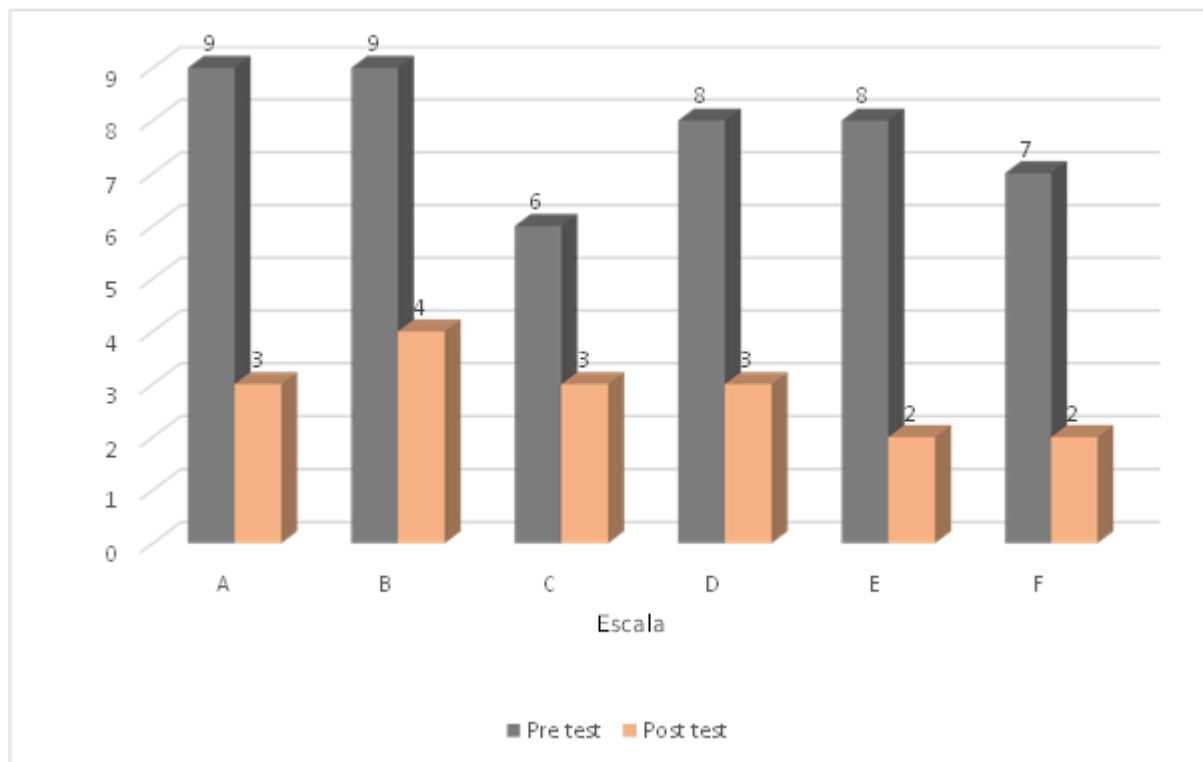
---

La tabla 19 muestra que en la escala A, la puntuación alcanzada en el pre-test fue de 9 (Irracional), con un post-test de 3 (Racional), en la escala B la puntuación en el pre-test fue de 9 (Irracional), con un post-test de 4 (Tendencia racional), en la escala C la puntuación en el pre-test fue de 6 (Irracional), en la escala D la puntuación en el pre-test fue de 8 (Irracional) con un post-test de 3 (Tendencia racional), en la escala E la puntuación en el pre-test fue de 8

(Irracional) con un post-test de 2 (Tendencia racional) y en la escala F la puntuación en el pre-test fue de 7 (Irracional) con un post-test de 2 (Racional).

### Figura 5

*Línea Base del Registro de Opiniones- Forma A, pre y post test*



### 3.2. Discusión de resultados

El objetivo del presente estudio fue reducir los síntomas depresivos del paciente mediante la terapia cognitivo-conductual. Los resultados demuestran la reducción de la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención basado en técnicas de TCC, este objetivo se logró mediante el uso de un diseño experimental de caso único tipo AB con seguimiento, realizado en 14 sesiones, estos resultados mostraron la eficacia de la TCC en casos de depresión; nuestros resultados refuerzan los hallazgos previos reportados por (Acevedo & Gélvez, 2018; Ballesteros, 2018; Berrío, 2019; Espinosa, 2019; Jaime, 2019), quienes realizaron intervenciones de casos de depresión bajo el enfoque de la TCC para disminuir sintomatología depresiva. Las técnicas utilizadas en el programa de intervención

también han demostrado su eficacia en los casos de depresión por grandes investigaciones (A. T. Beck et al., 1979; Buela-Casal, 2004; Caballo, 2007b; Jacobson, 1939; Lega et al., 2017; Nezu et al., 2006; Ruiz et al., 2012).

Con respecto al objetivo específico: Disminuir las distorsiones cognitivas e ideas irracionales, a través de técnicas como detección de pensamientos automáticos y reestructuración cognitiva; nuestros resultados demostraron que se disminuyó notablemente las ideas irracionales se evidencio que al reestructurar los pensamientos automáticos negativos se lograba una visión más realista y flexible ante distintos acontecimientos disminuyendo las reacciones afectivo emotiva y generando una mejor disposición para el afronte; en investigaciones nacionales previas (Calderón, 2020; Flores, 2019; Huaynates, 2019; Sanchez, 2019), así como en la nuestra se da importancia se da a la reestructuración cognitiva para lograr cambios sustanciales en los pacientes con depresión.

Con respecto al objetivo específico: Disminuir las respuestas fisiológicas a través de técnicas de relajación, de forma que se reduzcan los síntomas de ansiedad asociados a la depresión, mediante la respiración diafragmática y el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson, nuestros resultados mostraron una disminución de la ansiedad subjetiva percibida, facilitando la continuidad de las exigencias del día a día; estos mismos resultados se obtuvieron en la investigación realizada por (Ballesteros, 2018; Flores, 2019; Huaynates, 2019), donde se asemejan a los resultados obtenidos en nuestro caso de estudio ante los síntomas somáticos asociados a los casos de depresión moderada o grave; en cuyos resultados se logró se disminuir su nivel de intensidad asociada, duración y frecuencia de tensión física, se disminuyó la intensidad y frecuencia de las respuestas fisiológicas. Es por ello se evidencia la importancia de técnicas de relajación.

Con respecto al objetivo específico: Disminuir las respuestas emocionales con técnicas de relajación y aumento de actividades recreativas y físicas; nuestros resultados son favorables

y adecuadas en cuanto a respuestas emocionales, reforzando el aumento de actividades recreativas, favoreciendo situaciones relajantes y mejorando su nivel de autoeficacia. En relación con los trabajos realizados por (Noguera, 2018) y (Padilla, 2014), sus resultados coinciden con el presente estudio de caso, ya que se logró implementación de técnicas de recreativas y el uso de estrategias de afrontamiento funcionales, además disminuir los sentimientos de autculpabilidad, disminuir la intensidad, frecuencia y duración de las respuestas emocionales de llanto, incrementar el nivel de actividad saludables.

Con respecto al objetivo específico: Incrementar actividades recreativas y satisfactorias a través de asignación de tareas graduales, ensayo conductual; nuestros resultados son favorables ante notable cambio de usuaria. Estos mismos resultados fueron encontrados por (Flores, 2019; Sanchez, 2019) quienes evidenciaron un aumento de la funcionalidad en sus pacientes a la par que se lograba una mayor frecuencia de las actividades diarias aumentando su disfrute, además de un mayor nivel de autonomía y retorno a las actividades, incremento de frecuencia de actividades placenteras y funcionales de la paciente mediante la asignación de tareas y la técnica de dominio y agrado. Se logró una adherencia adecuada al tratamiento para continuar con la ejecución de las estrategias una vez concluido el tratamiento, así como la generación de redes de apoyo que permitieron un mayor progreso durante el proceso.

Con respecto al objetivo específico: Disminuir las conductas depresivas mediante técnicas de autocontrol, solución de problemas y reforzando asertividad, nuestros resultados demostraron que entrenar y exponer a la paciente a situaciones sociales imaginarias genera un mayor aprendizaje y mejor actitud hacia un afronte en situaciones reales, estos mismos resultados fueron encontrados por (Calderón, 2020; Flores, 2019; Sanchez, 2019) donde se percibe y se resalta que el entrenamiento de habilidades sociales como una forma de crear redes de apoyo y un encadenamiento de reforzadores sociales a futuro. Por ello, la importancia del entrenamiento en habilidades sociales permite resolver los conflictos cotidianos, se recomienda

llevar a cabo un programa de autorrefuerzo para aumentar la valía personal identificando logros y metas, seguir debatiendo cuando surgen creencias irracionales, hacer ejercicio al menos 3 veces por semana, asistir a eventos sociales y participar en eventos sociales.

Por otro lado, el contexto de la pandemia actual tiene limitaciones en el programa de intervención, impidiendo realizar pruebas de comportamiento en situaciones reales para no exponer al participante a la posibilidad de contagio, por lo que se decidió entrenar estas habilidades sociales en una situación imaginaria, dejando la posibilidad de utilizarlas en un contexto real una vez finalizada la emergencia sanitaria.

La aportación práctica de este estudio es servir de guía para la intervención cognitivo-conductual en casos de depresión, un problema psicológico cada vez más frecuente en nuestra población nacional y mundial. Esta investigación muestra que los programas cognitivo-conductuales siguen demostrando su eficacia como tratamiento de la depresión.

Los estudios de meta-análisis siguen demostrando la eficacia de la TCC en casos de depresión, frente a otras terapias y tratamientos farmacológicos (Cuijpers et al., 2013; Etzelmueller et al., 2020; Santoft et al., 2019) aplicados de forma individual, grupal y online, esto confirma la eficacia en la reducción de la sintomatología depresiva en diferentes contextos.

Es importante que el programa de técnicas propuesto para un paciente haya demostrado su eficacia en diferentes estudios científicos, que muestran que la TCC logra su objetivo en diferentes casos y en diferentes entornos.

### **3.3. Seguimiento**

Dos semanas después de la finalización del proceso terapéutico, la usuaria declaró que se reunía con más frecuencia con su familia, asistía a clases virtuales y participaba activamente, sus síntomas depresivos disminuyeron notablemente y los controlaba utilizando las técnicas aprendidas. Su relación con el padre de sus hijos ha mejorado, ya que se evidencia una comunicación intrafamiliar más efectiva.

Durante la última de las consultas, la usuaria refirió que actualmente realiza sus actividades cotidianas con tranquilidad, practica voleibol, se reúne con sus amigos y familiares cumpliendo con los protocolos de la situación actual y respetando a su madre, comprendió que muchos de los problemas en su niñez lo usaba como modelo para su crianza, además que ella también necesita ayuda psicológica y aprendió a perdonarla para mejorar su relación por mantener una salud mental, agrega que a ahora enseña a su familia y amigos que es necesario pedir ayuda a profesionales cuando ya no podemos más, y no es malo reconocer limitaciones que se puede tener, se debe buscar siempre mejorar para tener salud mental.

#### IV. CONCLUSIONES

- La sintomatología depresiva moderada se redujo a una ausencia de alteración del estado de ánimo mediante la intervención cognitivo-conductual.
- Se redujeron las ideas irracionales y las distorsiones cognitivas, que generaban reacciones desagradables.
- Entre las técnicas que resultaron difíciles de aprender para el usuario estaba el inicio del aprendizaje de las técnicas para la relajación muscular progresiva de Jacobson; sin embargo, con la práctica, las respuestas fisiológicas se redujeron mediante la psicoeducación, las técnicas de relajación, las autoinstrucciones, la detención del pensamiento y la realización de actividades placenteras.
- Por otro lado, entre las técnicas de más rápido aprendizaje para el usuario se encuentran las que obtuvieron una disminución de las respuestas emocionales con técnicas recreativas y físicas, así como un aumento de las mismas, reforzado con psicoeducación, técnicas de asertividad, termómetro del estado de ánimo y autoinstrucciones. El comportamiento depresivo se redujo con las técnicas de autocontrol, las técnicas de relajación, las autoinstrucciones y el entrenamiento en asertividad.
- Asimismo, otra de las técnicas de aprendizaje que resultó más fácil para el usuario fue el aumento positivo del nivel de actividades recreativas y satisfactorias, mediante la asignación de tareas graduales, el ensayo conductual, las autoinstrucciones y el programa de actividades satisfactorias.
- La exposición a situaciones sociales temidas se incrementó al focalizar la atención sobre la interacción social a través del adiestramiento en las habilidades sociales y la imaginación racional-emotiva, lo que generó una mejor disposición para afrontar dichas

situaciones y disminuyó la reacción afectivo-emocional del participante, actitud que puede ser extrapolada a situaciones reales.



## V. RECOMENDACIONES

- Se reforzarán los cambios logrados a través del seguimiento de 1, 3 y 6 meses en el que se reforzarán en nuevas situaciones los conceptos y técnicas ya logrados durante la intervención.
- Seguir entrenando las habilidades sociales, así como la resolución de conflictos a través de los ensayos de comportamiento en su vida diaria para conseguir mejores formas de relacionarse con los demás.
- Continuar con la práctica de técnicas de relajación muscular progresiva para controlar y disminuir los síntomas de ansiedad asociados a la depresión a través del entrenamiento en técnicas de relajación progresiva.
- Continúe asignando diferentes actividades de relajación dentro de su agenda diaria para lograr distraerse y relajarse de las presiones y exigencias de la vida cotidiana en todos los ámbitos de su vida. Hacer ejercicio o realizar alguna actividad de relajación al menos 2 veces por semana para reforzar su actividad conductual.
- Es recomendable implantar un entrenamiento de habilidades sociales en los programas cognitivo-conductuales con el fin de poder generar una comunidad de apoyo en el futuro y una cadena de refuerzo social. Intentar participar en reuniones y actividades sociales a modo de relajación y refuerzo de las habilidades sociales.
- Promover la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en los casos de depresión a diferentes niveles con fines de investigación y validación de la eficacia de este enfoque en diferentes contextos.
- Mantener un apoyo familiar y social óptimo que proporcione estabilidad emocional y sensación de equilibrio. Se sugiere la intervención de un especialista en terapia familiar para mejorar su relación intrafamiliar.

## VI. REFERENCIAS

- Acevedo, M. Y., & Gélvez, L. M. (2018). *Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente*. Revista Virtual Universidad Católica Del Norte. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194258529012>
- Aguilar, O. (2019). Intervención cognitivo conductual para la ansiedad social en una adolescente de 17 años. In *Trabajo académico para optar por el título de especialista*. Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Álvarez, M., Atienza, G., Ávila, M. J., Canedo, C., Castro, M., Combarro, J., Liñero, E. de las H., Fernández, R., Ferrer, E., & García, A. (2012). Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida. In *Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia*. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc\\_481\\_conducta\\_suicida\\_avaliat\\_resum\\_modif\\_2020\\_2.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf)
- Antón-Menárguez, V., García-Marín, P. v., & García-Benito, J. M. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45–52. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477152548005>
- Ballesteros, M. (2018). *Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo mayor* [Universidad Pontificia Bolivariana]. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/5583>
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory. *New Jersey: Prentice Hall*.
- Bazán-López, J. L., Olórtegui-Malaver, V. M., Vargas-Murga, H. B., & Huayanay-Falconí, L. (2016). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. Lima, Perú, 79(1), 3–16.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972016000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

- Beck, A., & Emery, G. (1993). *Trastornos de ansiedad y fobias*.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, , 47(2), 343–352.  
<https://doi.org/10.1037//0022-006X.47.2.343>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010a). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. In Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer (Ed.), *Desclee de Brouwer* (20th ed.).  
<https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010b). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. 19 Edición ed. Nueva York: The Guilford Press.
- Berrío, N. (2019). Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso. *Https://Www.Revistaclinicacontemporanea.Org*, 10(3), e21, 1–14.  
<https://doi.org/10.5093/CC2019A21>
- Buela-Casal, G. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (2.a ed.). Biblioteca nueva.
- Caballero, A. (2014). *Modelo de intervención en mujeres con depresión*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Caballo, V. E. (2007a). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. 1*.
- Caballo, V. E. (2007b). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). Siglo Veintiuno de España.
- Calderón, E. Y. (2020). Intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión [Universidad Nacional Federico Villarreal]. In *Universidad Nacional Federico Villarreal*. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/4654>

- Caro, I. (2007). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Bilbao. *Editorial Desclée de Brouwer*.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Bilbao: *Editorial Desclée de Brouwer*.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. In *Desclée de Brouwer*.  
[https://www.srmcursos.com/archivos/arch\\_5847348cec977.pdf](https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf)
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison with other Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376–385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Espinosa, A. I. (2019). *Intervención en terapia cognitiva, de Aaron T. Beck, en pacientes con depresión, de un centro de salud de la ciudad de Panamá*.
- Etzelmueller, A., Vis, C., Karyotaki, E., Baumeister, H., Titov, N., Berking, M., Cuijpers, P., Riper, H., & Ebert, D. D. (2020). Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Care for Adults in Treatment for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e18100. <https://doi.org/10.2196/18100>
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Contenidos y modelos en evaluación conductual*. En *Fernández Ballesteros, R. y Carroble, J. A. (Eds.), Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*.
- Flores, V. C. (2019). Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo - conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana. *Universidad de San Martín de Porres – USMP*. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5567>
- Gavino, A. (2008). Trastorno obsesivo-compulsivo y de las compulsiones. In Pirámide (Ed.),

*Manual práctico de tratamientos psicológicos.*

- Gaviria, S. L. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316–324.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502009000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2020.01.005>
- Huaynates, M. L. (2019). Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa. *Universidad Nacional Federico Villarreal*.  
<https://hdl.handle.net/20.500.13084/3489>
- Ibáñez-Tarín, C., & Manzanera-Escartí, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 38(6), 377–387. <https://doi.org/10.1016/J.SEMERG.2011.07.019>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2018). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana - 2015. *Informe General. Anales de Salud Mental*, XXXIV(1).
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2019). Estudio Epidemiológico de Salud Mental comparativo ciudad de Abancay 2010–2016. *Informe General Del Adulto. Anales de Salud Mental*, XXXV(2).
- Jacobson, E. (1939). Progressive relaxatio. *University of Chicago Press*.
- Jaime, J. P. (2019). *Efectos de un programa cognitivo conductual en la depresión del adulto mayor del programa CAM - de la provincia de Lambayeque, 2016*.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12893/7751>
- Kazdin, A. (2001). Métodos de investigación en psicología clínica. In *Pearson Educación* (3rd

- ed., Vol. 3).
- Lega, L., Caballo, V. E., & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivoconductual. Madrid: Siglo XXI.*
- Lega, L., Sorribes, M. C. F., & Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual.* Ediciones Paidós.
- López, J. (2016). *Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto.* In *Tesis para optar por el título de especialista.* Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D’Zurilla, T. J. (2006). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention.* Springer Publishing Company.
- Noguera, N. (2018). *Intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad.* In *Psicología USB Cartagena.* <http://hdl.handle.net/10819/6317>
- OPS/OMS. (2012, October 9). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente.* [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
- Organización Mundial de la Salud. (2021, September 13). *Depresión.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017, March 30). *Depresión - OPS/OMS / Organización Panamericana de la Salud.* <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Padilla, C. (2014). *Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada.* *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes, 1,* 2014–2157. [https://www.revistapcna.com/sites/default/files/7-rpcna\\_vol.2.pdf](https://www.revistapcna.com/sites/default/files/7-rpcna_vol.2.pdf)
- Palacios, D. I. (2020). *Modificación de conducta en un niño de 5 años con problemas de*

- desobediencia. *Universidad Nacional Federico Villarreal*.  
<https://hdl.handle.net/20.500.13084/4396>
- Pereira, Y. (2015). *Memorias de un suicida*. España. *Editorial Española S.A.*
- Puerta, J. v., & Padilla, D. E. (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- Universidad de Mgallanes*, 7.
- Rubio, J. (2015). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso*. Universidad Del Norte De Barranquilla.
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer Madrid.
- Sanchez, B. L. (2019). Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo-conductual para un caso de depresión en una adolescente con rasgos de personalidad esquizoide. *Universidad de San Martín de Porres – USMP*.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/5571>
- Santoft, F., Axelsson, E., Öst, L. G., Hedman-Lagerlöf, M., Fust, J., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(8), 1266–1274.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291718004208>
- Suriá, R., & Meroño, A. (2009). *Terapia de aceptación y compromiso en el TOC: estudio de su eficacia como tratamiento complementario*.  
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/25919>
- Vallejo, J., Bulbena, A., & Menchón, J. M. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Elsevier.
- Vallejo, M. (2012). *Manual de Terapia de Conducta*. Dykinson: Madrid.
- Vallejo, M. Á. (2001). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo*

compulsivo. In *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Pirámide.

<https://www.psicothema.com/pdf/464.pdf>

Zayfert, C., & Black, C. (2008). *Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*.



VII. ANEXOS

ANEXO 1: Evaluación IDB – II Pre test

# IDB - II

INVENTARIO DE DEPRESIÓN BECK  
SEGUNDA EDICIÓN  
Por: Aaron T. Beck  
Traducido y Adaptado por:  
Máximo Estrada C.

Subtotal Pág. 1: 20

Subtotal Pág. 2: 23

Puntaje Total: 43

Nombre:

Ocupación: \_\_\_\_\_

Evaluado por: \_\_\_\_\_ C.P.P. \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoge. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse en situaciones con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Patro de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

|  |   |
|--|---|
| <p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste la mayor parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro.</p> <p>1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.</p> <p>2 No espero que las cosas me salgan bien.</p> <p>3 Siento que mi futuro no tiene esperanzas y que las cosas solamente van a empeorar.</p> <p><b>3. Fracaso</b></p> <p>0 No me siento como un(a) fracasado(a).</p> <p>1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona, soy un fracaso total.</p> <p><b>4. Falta de Placer</b></p> <p>0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.</p> <p><b>5. Sentimientos de Culpa</b></p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p> | <p><b>6. Sentimientos de Castigo</b></p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>1 Siento que quizá está siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>2 Espero ser castigado(a) por la vida.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.</p> <p><b>7. Auto-Desprecio</b></p> <p>0 Me siento igual que siempre acerca de mí misma.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí misma(a).</p> <p>2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).</p> <p>3 No me gusta quien soy.</p> <p><b>8. Auto-Crítica</b></p> <p>0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.</p> <p>1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</b></p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.</p> <p>2 Quisiera matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad.</p> <p><b>10. Llanto</b></p> <p>0 No lloro más de lo que solía llorar.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía llorar.</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 Siento que aunque quisiera llorar, no puedo.</p> |
|--|---|

30 Subtotal Pág. 1

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

**12. Falta de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
- 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
- 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
- 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

**14. Falta de Valor Personal**

- 0 No siento que soy inservible.
- 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inservible.

**15. Falta de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

**16. Cambios en el Patrón de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 
- 1a Duermo algo más que de costumbre.
- 1b Duermo algo menos que de costumbre.
- 
- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
- 2b Duermo mucho menos que de costumbre.
- 
- 3a Duermo todo el día.
- 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
- 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

**18. Cambios de Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 
- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
- 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
- 
- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
- 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
- 
- 3a No tengo nada de apetito.
- 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

**19. Dificultades de Concentración**

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
- 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
- 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
- 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

**21. Falta de Interés en el Sexo**

- 0 Reciente, antes no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.
- 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

**Instrucciones para después de la administración.**

Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas. No olvide los Subtotales por página, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el Puntaje Total, que es la suma de los subtotales por página.

Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.

Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail: [psichometrika@hotmail.com](mailto:psichometrika@hotmail.com)

**psichometrika**

Apartado 167 Lima 14 Cel.: 903-5707  
Telefax : 476-9445

23 Subtotal Pag. 2

Nota: Este cuestionario ha sido impreso originalmente en tinta azul y negra. Si su copia no aparece de esta manera, quiere decir que ha sido fotocopiada en violación de los derechos reservados.

## ANEXO 2: Evaluación IDB – II Post test

|  |  |                            |
|--|--|----------------------------|
| <b>IDB - II</b><br>INVENTARIO DE<br>DEPRESION BECK<br>SEGUNDA EDICION<br>Por: Aaron T. Beck<br>Traducción y Adaptado por:<br>Máximo Buzó C.  | Subtotal Pag. 1: <u>05</u>   | <input type="text"/>       |
|  | Subtotal Pag. 2: <u>02</u>   |                            |
|  | Puntaje Total: <u>07</u>   | INSECURIDAD DE DEPENDENCIA |
| Nombre: <input type="text"/>   |  |                            |
| Ocupación: <input type="text"/>  |  |                            |
| Evaluado por: <input type="text"/>   |  |                            |
| <p><b>Instrucciones:</b> Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoja. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no encoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).</p>   |  |                            |
| <p><b>1. Tristeza</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 No me siento triste.<br/> <input type="radio"/> 2 Me siento triste la mayor parte del tiempo.<br/> <input type="radio"/> 3 Estoy triste todo el tiempo.<br/> <input type="radio"/> 4 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 No me siento desanimado(a) acerca del futuro.<br/> <input type="radio"/> 2 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.<br/> <input type="radio"/> 3 No espero que las cosas me salgan bien.<br/> <input type="radio"/> 4 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.</p> <p><b>3. Fracaso</b></p> <p><input type="radio"/> 0 No me siento como un(a) fracasado(a).<br/> <input checked="" type="radio"/> 1 He fracasado más de lo que debería.<br/> <input type="radio"/> 2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos.<br/> <input type="radio"/> 3 Siento que como persona, soy un fracaso total.</p> <p><b>4. Falta de Placer</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.<br/> <input type="radio"/> 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.<br/> <input type="radio"/> 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.<br/> <input type="radio"/> 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.</p> <p><b>5. Sentimientos de Culpa</b></p> <p><input type="radio"/> 0 No me siento particularmente culpable.<br/> <input checked="" type="radio"/> 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice.<br/> <input type="radio"/> 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.<br/> <input type="radio"/> 3 Me siento culpable todo el tiempo.</p> | <p><b>6. Sentimientos de Castigo</b></p> <p><input type="radio"/> 0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.<br/> <input checked="" type="radio"/> 1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.<br/> <input type="radio"/> 2 Espero ser castigado(a) por la vida.<br/> <input type="radio"/> 3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.</p> <p><b>7. Auto-Desprecio</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 Me siento igual que siempre acerca de mí persona.<br/> <input type="radio"/> 1 He perdido la confianza en mí mismo(a).<br/> <input type="radio"/> 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).<br/> <input type="radio"/> 3 No me gusta quien soy.</p> <p><b>8. Auto-Crítica</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.<br/> <input type="radio"/> 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.<br/> <input type="radio"/> 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.<br/> <input type="radio"/> 3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</b></p> <p><input type="radio"/> 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.<br/> <input checked="" type="radio"/> 1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.<br/> <input type="radio"/> 2 Quisiera matarme.<br/> <input type="radio"/> 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.</p> <p><b>10. Llanto</b></p> <p><input type="radio"/> 0 No lloro más de lo que solía llorar.<br/> <input checked="" type="radio"/> 1 Lloro más de lo que solía llorar.<br/> <input type="radio"/> 2 Lloro por cualquier cosa.<br/> <input type="radio"/> 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.</p> |                            |
| 05 Subtotal Pag. 1   |  | Continúa al Reverso        |

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

**12. Falta de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
- 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
- 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
- 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

**14. Falta de Valor Personal**

- 0 No siento que soy inservible.
- 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inservible.

**15. Falta de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

**16. Cambios en el Patrón de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

- 1a Duermo algo más que de costumbre.
- 1b Duermo algo menos que de costumbre.

- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
- 2b Duermo mucho menos que de costumbre.

- 3a Duermo todo el día.
- 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
- 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

**18. Cambios de Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
- 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.

- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
- 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.

- 3a No tengo nada de apetito.
- 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

**19. Dificultades de Concentración**

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
- 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
- 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
- 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

**21. Falta de Interés en el Sexo**

- 0 Recientemente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.
- 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

**Instrucciones para después de la administración.**

Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas.

No olvide los **Subtotales por página**, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el **Puntaje Total**, que es la suma de los subtotales por página.

Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.

Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail:

[psichometrika@hotmail.com](mailto:psichometrika@hotmail.com)

**psichometrika**

Apartado 167 Lima 14 Cel: 909-5707  
Telefax: 476-9445

02 Subtotal Pag. 2

Nota: Este cuestionario ha sido impreso originalmente en tinta azul y negra. Si su copia no aparece de esta manera, quiere decir que ha sido fotocopiada en violación de los derechos reservados.

## Resultados

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

5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.

10 - 18 Depresión entre leve y moderada.

19 - 29 Depresión entre moderada y severa.

30 - 63 Depresión severa.

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

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

**ANEXO 3: Evaluación STAI Pre test**

# STAI

A/E  
A/R

PD = 30 + 18 - 4 = 44 } Suro  
 PD = 21 + 34 - 6 = 49 } Suro

**AUTOEVALUACION A (E/R)**

Apellidos y Nombres:

Centro: \_\_\_\_\_ curso / sección \_\_\_\_\_

Otros Datos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## A - E INSTRUCCIONES

A continuación encontrara unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a si mismo. Lee cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

|  | N | A | B | M |
|--|---|---|---|---|
| 1. Me siento calmado                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me siento seguro  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Estoy tenso   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Estoy contrariado                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto)                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me siento alterado                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Me siento descansado                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me siento angustiado                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Me siento confortable                                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Tengo confianza en mi mismo.                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Me siento nervioso                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Estoy desasegado                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Me siento muy "atado" (como oprimido)                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Estoy relajado   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Me siento satisfecho                                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Estoy preocupado                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Me siento aturdido y sobreexcitado                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me siento alegre                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. En este momento me siento bien                         | 0 | 1 | 2 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA  
 Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

## A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente

- 0 = Casi nunca  
1 = A veces  
2 = A menudo  
3 = Casi siempre

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 21. Me siento bien.....  | 0 | ① | 2 | 3 |
| 22. Me canso rápidamente.....  | 0 | 1 | 2 | ③ |
| 23. Siento ganas de llorar.....  | 0 | 1 | ② | 3 |
| 24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....                                    | 0 | 1 | 2 | ③ |
| 25. Pierdo oportunidades por no decidirme a tiempo.....                          | 0 | 1 | 2 | ③ |
| 26. Me siento descansado.....  | ① | 1 | 2 | 3 |
| 27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....                            | 0 | ① | 2 | 3 |
| 28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....              | 0 | 1 | 2 | ③ |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....                         | 0 | 1 | 2 | ③ |
| 30. Soy feliz.....   | 0 | ① | 2 | 3 |
| 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....                              | 0 | 1 | ② | 3 |
| 32. Me falta confianza en mí mismo.....  | 0 | 1 | 2 | ③ |
| 33. Me siento seguro.....  | 0 | ① | 2 | 3 |
| 34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....                             | 0 | 1 | ② | 3 |
| 35. Me siento triste (melancólico);.....   | 0 | 1 | ② | 3 |
| 36. Estoy Satisfecho.....  | 0 | ① | 2 | 3 |
| 37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....                       | 0 | 1 | 2 | ③ |
| 38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos.....                   | 0 | 1 | 2 | ③ |
| 39. Soy una Persona estable.....   | 0 | ① | 2 | 3 |
| 40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado | 0 | 1 | ② | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

## ANEXO 4: Evaluación STAI Post test

**STAI**

A/E  
A/R

$$PD = 30 + 5 - 24 = 11$$

$$PD = 21 + 17 - 19 = 19$$

↳ Bajo

↳ Normal

**AUTOEVALUACION A (E/R)**

Apellidos y Nombres [REDACTED]

Centro [REDACTED]

Otros Datos..... Fecha.....

**A - E INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

|  | N | A | B | M |
|--|---|---|---|---|
| 1. Me siento calmado.....                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me siento seguro.....                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Estoy tenso.....  | 0 | 2 | 2 | 3 |
| 4. Estoy contrariado.....                                      | 0 | 2 | 2 | 3 |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me siento alterado.....                                     | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras..... | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Me siento descansado.....                                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me siento angustiado.....                                   | 0 | 2 | 2 | 3 |
| 10. Me siento confortable.....                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Tengo confianza en mí mismo.....                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Me siento nervioso.....                                    | 0 | 2 | 2 | 3 |
| 13. Estoy desasegado.....                                      | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Estoy relajado.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Me siento satisfecho.....                                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Estoy preocupado.....                                      | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me siento alegre.....                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. En este momento me siento bien.....                        | 0 | 1 | 2 | 3 |

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**  
Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



## A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente

0 = Casi nunca

1 = A veces

2 = A menudo

3 = Casi siempre

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 21. Me siento bien.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Me canso rápidamente.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Siento ganas de llorar.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Pierdo oportunidades por no decidirme a tiempo.....                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Me siento descansado.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....                         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Soy feliz.....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....                              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Me falta confianza en mi mismo.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Me siento seguro.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Me siento triste (melancólico).....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Estoy Satisfecho.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.....                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Soy una Persona estable.....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado | 0 | 1 | 2 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

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.

## ANEXO 5: Evaluación Millon II Pre test

| Escala de Validez |                     |     |   | PUNTAJE FINAL |      |
|-------------------|---------------------|-----|---|---------------|------|
| V                 | Validez             | 0   | = | Válido        |      |
| X                 | Sinceridad          | 488 | = | Válido        | 84 X |
| Y                 | Deseabilidad Social | 17  | = |               | 80 Y |
| Z                 | Autodescalificación | 26  | = |               | 78 Z |

| Patrones clínicos de personalidad |                 | PUNTAJE |     | FACTORES |      |     |    |      | AJUSTES |     |  |  | PUNTAJE FINAL |     |    |
|-----------------------------------|-----------------|---------|-----|----------|------|-----|----|------|---------|-----|--|--|---------------|-----|----|
|                                   |                 | Bruto   | BIK | X        | X1/2 | DA  | DD | DC-1 | DC-2    | Ucc |  |  |               |     |    |
| 1                                 | Esquizoide      | 29      | 75  | 69       |      |     |    |      |         |     |  |  |               | 88  | 1  |
| 2                                 | Evitativo       | 46      | 110 | 104      |      | 103 |    |      |         |     |  |  |               | 103 | 2  |
| 3                                 | Dependiente     | 41      | 97  | 91       |      |     |    |      |         |     |  |  |               | 81  | 3  |
| 4                                 | Histriónico     | 28      | 69  | 63       |      |     |    |      |         |     |  |  |               | 63  | 4  |
| 5                                 | Narcisista      | 33      | 70  | 64       |      |     |    |      |         |     |  |  |               | 64  | 5  |
| 6A                                | Antisocial      | 27      | 66  | 60       |      |     |    |      |         |     |  |  |               | 60  | 6A |
| 6B                                | Agresivo-sádico | 32      | 73  | 67       |      |     |    |      |         |     |  |  |               | 67  | 6B |
| 7                                 | Compulsivo      | 45      | 89  | 83       |      |     |    |      |         |     |  |  |               | 83  | 7  |
| 8A                                | Pasivo-agresivo | 34      | 77  | 71       |      |     |    |      |         |     |  |  |               | 71  | 8A |
| 8B                                | Autodestructiva | 45      | 111 | 105      |      | 104 |    |      |         |     |  |  |               | 104 | 8B |

| Patología severa de personalidad |               | Bruto | BIK | X | X1/2 | AJUSTES |    |      |      | PUNTAJE FINAL |    |     |
|----------------------------------|---------------|-------|-----|---|------|---------|----|------|------|---------------|----|-----|
|                                  |               |       |     |   |      | DA      | DD | DC-1 | DC-2 |               |    | Ucc |
| B                                | Esquizotípico | 29    | 66  |   | 63   |         | 63 | 63   | 61   |               | 61 | B   |
| C                                | Borderline    | 49    | 73  |   | 70   | 69      | 69 | 69   | 63   |               | 63 | C   |
| P                                | Paranoide     | 37    | 67  |   | 64   |         |    | 64   | 57   |               | 67 | P   |

| Síndromes clínicos |                        | Bruto | BIK | X  | X1/2 | AJUSTES |    |      |      | PUNTAJE FINAL |    |     |
|--------------------|------------------------|-------|-----|----|------|---------|----|------|------|---------------|----|-----|
|                    |                        |       |     |    |      | DA      | DD | DC-1 | DC-2 |               |    | Ucc |
| A                  | Ansiedad               | 28    | 91  | 85 |      |         | 85 | 85   | 78   |               | 78 | A   |
| H                  | Somatiforme            | 25    | 66  | 60 |      |         | 60 | 60   | 55   |               | 66 | H   |
| M                  | Bipolar                | 34    | 68  | 62 |      |         |    |      |      |               | 62 | M   |
| D                  | Distimia               | 48    | 93  | 87 |      |         | 87 | 87   | 82   |               | 82 | D   |
| B                  | Dependencia de alcohol | 23    | 60  | 54 |      |         |    |      |      |               | 54 | B   |
| T                  | Dependencia de drogas  | 24    | 60  | 54 |      |         |    |      |      |               | 54 | T   |

| Síndromes severos |                          | Bruto | BIK | X | X1/2 | AJUSTES |    |      |      | PUNTAJE FINAL |    |     |
|-------------------|--------------------------|-------|-----|---|------|---------|----|------|------|---------------|----|-----|
|                   |                          |       |     |   |      | DA      | DD | DC-1 | DC-2 |               |    | Ucc |
| BB                | Desorden del pensamiento | 24    | 65  |   | 62   |         |    |      | 62   |               | 62 | BB  |
| CC                | Depresión mayor          | 28    | 62  |   | 59   |         |    |      | 59   |               | 59 | CC  |
| PP                | Desorden delirioso       | 13    | 60  |   | 57   |         |    |      | 57   |               | 67 | PP  |

|                     |       |
|---------------------|-------|
| Indicador elevado   | >=86  |
| Indicador moderado  | 75-84 |
| Indicador sugestivo | 60-74 |
| Indicador bajo      | 35-59 |
| Indicador nulo      | 0-34  |

## ANEXO 7: Evaluación Millon II Post test

| Escala de Validez |                     |     |   | PUNTAJE FINAL |      |
|-------------------|---------------------|-----|---|---------------|------|
| V                 | Validez             | 0   | = | Válido        |      |
| X                 | Sinceridad          | 488 | = | Válido        | 34 X |
| Y                 | Desabilidad Social  | 17  | = |               | 30 Y |
| Z                 | Autodescalificación | 26  | = |               | 78 Z |

| Patrones clínicos de personalidad |                 | PUNTAJE |    | FACTOR |      |    |    |      | AJUSTES |     |  | PUNTAJE FINAL |    |    |
|-----------------------------------|-----------------|---------|----|--------|------|----|----|------|---------|-----|--|---------------|----|----|
|                                   |                 | Bruto   | BR | X      | X1/2 | DA | DD | DC-1 | DC-2    | Ucc |  |               |    |    |
| 1                                 | Esquizoide      | 29      | 75 | 69     |      |    |    |      |         |     |  |               | 88 | 1  |
| 2                                 | Evitativo       | 32      | 85 | 79     |      | 79 |    |      |         |     |  |               | 78 | 2  |
| 3                                 | Dependiente     | 41      | 97 | 91     |      |    |    |      |         |     |  |               | 81 | 3  |
| 4                                 | Histrónico      | 28      | 69 | 63     |      |    |    |      |         |     |  |               | 83 | 4  |
| 5                                 | Narcisista      | 33      | 70 | 64     |      |    |    |      |         |     |  |               | 84 | 5  |
| 6A                                | Antisocial      | 27      | 66 | 60     |      |    |    |      |         |     |  |               | 80 | 6A |
| 6B                                | Agresivo-sádico | 32      | 73 | 67     |      |    |    |      |         |     |  |               | 87 | 6B |
| 7                                 | Compulsivo      | 45      | 89 | 83     |      |    |    |      |         |     |  |               | 83 | 7  |
| 8A                                | Pasivo-agresivo | 34      | 77 | 71     |      |    |    |      |         |     |  |               | 71 | 8A |
| 8B                                | Autodestructiva | 34      | 87 | 81     |      | 81 |    |      |         |     |  |               | 81 | 8B |

| Patología severa de personalidad |               |    |    |  |    |  |    |    |    |  |  |  |    |   |
|----------------------------------|---------------|----|----|--|----|--|----|----|----|--|--|--|----|---|
| B                                | Esquizotípico | 29 | 66 |  | 63 |  | 63 | 63 | 61 |  |  |  | 81 | B |
| C                                | Borderline    | 49 | 73 |  | 70 |  | 69 | 69 | 63 |  |  |  | 83 | C |
| P                                | Paranoide     | 37 | 67 |  | 64 |  |    | 64 | 57 |  |  |  | 67 | P |

| Síndromes atípicos |                        |    |    |    |  |  |  |    |    |    |  |  |    |   |
|--------------------|------------------------|----|----|----|--|--|--|----|----|----|--|--|----|---|
| A                  | Ansiedad               | 28 | 91 | 85 |  |  |  | 85 | 85 | 78 |  |  | 78 | A |
| H                  | Somatiforme            | 25 | 66 | 60 |  |  |  | 60 | 60 | 55 |  |  | 66 | H |
| M                  | Bipolar                | 34 | 68 | 62 |  |  |  |    |    |    |  |  | 82 | M |
| D                  | Distimia               | 48 | 93 | 87 |  |  |  | 87 | 87 | 82 |  |  | 82 | D |
| B                  | Dependencia de alcohol | 23 | 60 | 54 |  |  |  |    |    |    |  |  | 64 | B |
| T                  | Dependencia de drogas  | 24 | 60 | 54 |  |  |  |    |    |    |  |  | 64 | T |

| Síndromes severos |                          |    |    |  |    |  |  |  |  |  |    |  |    |    |
|-------------------|--------------------------|----|----|--|----|--|--|--|--|--|----|--|----|----|
| BB                | Desorden del pensamiento | 24 | 65 |  | 62 |  |  |  |  |  | 62 |  | 62 | BB |
| CC                | Depresión mayor          | 28 | 62 |  | 59 |  |  |  |  |  | 59 |  | 69 | CC |
| PP                | Desorden delusional      | 13 | 60 |  | 57 |  |  |  |  |  | 57 |  | 67 | PP |

Indicador elevado >=86  
 Indicador moderado 76-84  
 Indicador sugestivo 60-74  
 Indicador bajo 36-60  
 Indicador nulo 0-34

**ANEXO 8: Registro conductual de asignación de tareas graduales.**

| Conducta | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|----------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
|          |       |        |           |        |         |        |         |
|          |       |        |           |        |         |        |         |
|          |       |        |           |        |         |        |         |
|          |       |        |           |        |         |        |         |
|          |       |        |           |        |         |        |         |



**ANEXO 10: Registro de frecuencia de pensamientos automáticos negativos**

| Pensamiento | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|-------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
|             |       |        |           |        |         |        |         |
|             |       |        |           |        |         |        |         |
|             |       |        |           |        |         |        |         |
|             |       |        |           |        |         |        |         |
|             |       |        |           |        |         |        |         |

**ANEXO 11: Registro de reestructuración de pensamientos automáticos negativos**

| Situación | Pensamiento Automático | Emoción | Proceso de Reestructuración | Respuesta racional | Resultado |
|-----------|------------------------|---------|-----------------------------|--------------------|-----------|
| 1         |                        |         |                             |                    |           |
| 2         |                        |         |                             |                    |           |
| 3         |                        |         |                             |                    |           |
| 4         |                        |         |                             |                    |           |
| 5         |                        |         |                             |                    |           |





**ANEXO 13: Registro semanal de las SUD mediante la relajación progresiva de Jacobson**

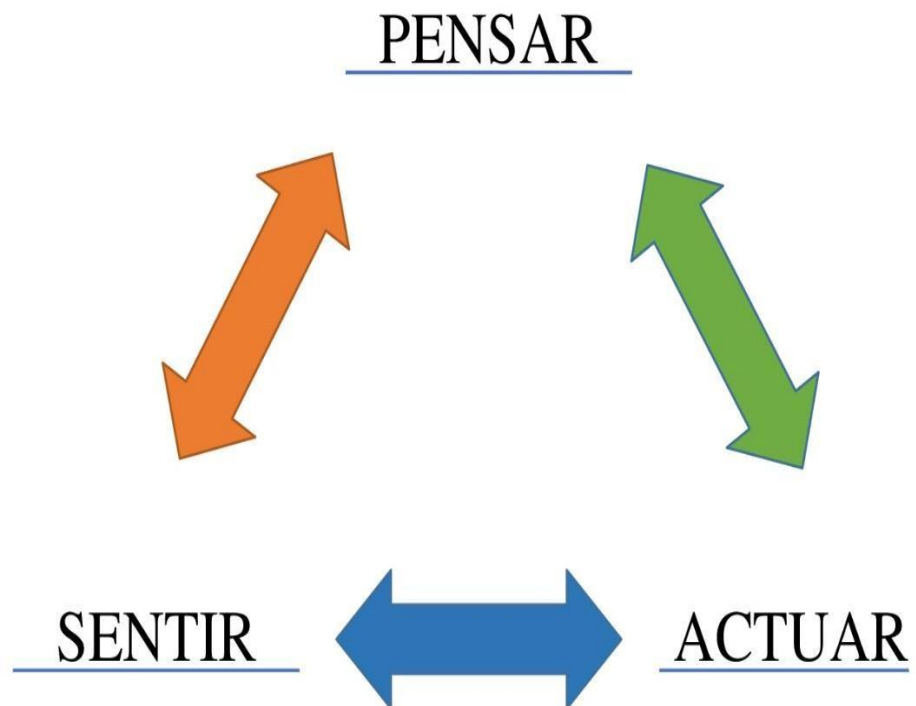
|              | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|--------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Nivel de SUD | /10   | /10    | /10       | /10    | /10     | /10    | /10     |

**ANEXO 14: Registro de las SUD mediante la imaginación racional emotiva en régimen de 2 días**

| Situaciones sociales temida jerarquizadas | Nivel de SUD |
|---|--------------|
| 1   | /10          |
| 2   | /10          |
| 3   | /10          |
| 4   | /10          |
| 5   | /10          |
| 6   | /10          |
| 7   | /10          |
| 8   | /10          |

## ANEXO 15:

## COMPRENDIENDO LA DEPRESIÓN



## ANEXO 16:

**TEORÍA DEL ABC**

## ANEXO 17:

## A B C D E

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

**ANEXO 18:****TERMOMETRO DEL ESTADO DEL ANIMO****Consideraciones:**

- Trate de considerar todos los números, no solamente 1, 5, o 9.
- Lo más fácil es guardar el *Termómetro del Estado de Animo* cerca de su cama. Al final del día, antes de acostarse, puede pensar en su día y marcar su estado de ánimo.
- Mientras más practique usar el *Termómetro del Estado de Animo* más natural lo sentirá.
- Solo(a) Ud. sabe cómo se ha sentido durante el día. El número que escoja solo refleja cómo se sintió. No hay una respuesta correcta.
- Si quiere seguir anotando su estado de ánimo podría ser útil marcarlo en un calendario.

| <b>DÍA</b>                     |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>MEJOR ESTADO DE ÁNIMO</b>   | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
|                                | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
|                                | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
|                                | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| <b>REGULAR ESTADO DE ÁNIMO</b> | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
|                                | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
|                                | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
|                                | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| <b>PEOR ESTADO DE ÁNIMO</b>    | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Número de pensamientos:

|                  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Positivos</b> |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Negativos</b> |  |  |  |  |  |  |  |

ANEXO 19:

**HOJA DE AUTOREGISTRO**

| <b>Fecha</b> | <b>Situación<br/>¿Qué<br/>sucedió?</b> | <b>¿Con<br/>quién?</b> | <b>Pensamiento</b> | <b>Emoción</b> | <b>Conducta</b> |
|--------------|--|------------------------|--------------------|----------------|-----------------|
|              |  |                        |                    |                |                 |



**ANEXO 20:****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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 reguardan 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: 18 de febrero del 2021

Hora: 15:00

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 la psicóloga Cinthia Katheryn Zapana Luque, en condición de Investigador de la **Terapia Cognitivo Conductual para la depresión de una joven adulta.**

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

.....

Firma o huella del paciente.  
DNI:.....

.....

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