



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

Facultad de Psicología

**“TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA DEPRESIVA
CON SENTIMIENTOS DE CULPA”**

Trabajo Académico para Optar el Título de la Segunda Especialidad Profesional en
TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

AUTORA:

HUAYNATES BALDEÓN, MARÍA LOURDES

ASESOR:

MONTES DE OCA SERPA, HUGO

JURADO:

CASTILLO VERA, ERFURT

ROCA PAUCARPOMA, FAVIO

FLORES GIRALDO, WENCESLAO

Lima-Perú

2019

Dedicatoria

A mis padres Nerida y Marcelino que siempre estuvieron motivando mi desarrollo profesional, gracias por sus enseñanzas, su amor y su presencia, Dios los bendiga.

A mi hermano por su apoyo en esta meta trazada.

A las buenas amistades que son como mi familia.

Agradecimiento

A Dios por todo su amor y paciencia, por la oportunidad de formarme en esta especialidad y colocar en el camino a las personas indicadas para llevar a cabo mis metas y aspiraciones.

A mi familia y amistades y por supuesto a los usuarias y usuarios con los que laboro que motivan mi aprendizaje para brindarles una atención de calidad y con calidez.

A la Universidad Federico Villarreal por acogerme en sus aulas, a cada uno de los docentes por brindarme sus conocimientos y experiencias en mi formación como especialista.

A la Dra. Florita Pinto Herrera por su gentileza y preocupación por nuestra formación.

Al Dr. Hugo montes de Oca Serpa, por su asesoría en este estudio contribuyendo con su experiencia y conocimientos.

Al Dr. Luis Córdova, al Dr. Favio Roca por su apoyo en el desarrollo de este estudio y a una nueva amiga Adela por su colaboración y gentileza.

Índice

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
I. Introducción	8
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Propuesta de solución	11
1.3 Antecedentes	11
- Estudios Nacionales e Internacionales	
- Base teórica científica (modelo teórico asumido)	18
- Estrategias a emplear: Tipo de Programa	26
1.4 Objetivos	
- Objetivo General	30
- Objetivos Específicos	31
1.5 Justificación e importancia	31
1.6 Impactos esperados del Proyecto (contribución del trabajo académico a la psicología)	31
II. Metodología	33
2.1 Tipo de Investigación	33
2.2 Evaluación Psicológica	35
- Historia psicológica	41

- Informe psicológico	43
III. Viabilidad del proyecto	50
IV. Productos	51
- Programa de intervención: procedimiento, resultados, discusión y conclusión	59
V. Recomendaciones	80
VI. Referencias	81
Anexos	86

Resumen

El objetivo del presente estudio de caso es disminuir la sintomatología depresiva en una mujer de 40 años, quien presenta pensamientos y sentimientos de culpa por la muerte de su hermana; a través, de la intervención cognitivo conductual. Los instrumentos para recolectar los datos son entrevista, línea base, auto registros, análisis funcional y cognitivo, Inventario de Beck y la Escala de Personalidad de Eysenck. Asimismo, se aplica las técnicas cognitivas conductuales como relajación, auto instrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva. Se emplea el diseño univariable multicondicional ABA, con la finalidad de reestructurar los pensamientos desencadenantes de emociones y comportamientos perjudiciales. Los resultados manifiestan una disminución del nivel de depresión, reducción de pensamientos, emociones y comportamientos negativos para la usuaria según las evaluaciones de seguimiento, de esta manera, al finalizar la fase de tratamiento se ratifica la eficacia de las técnicas empleadas para el caso de depresión, pues estas se ejecutan a nivel cognitivo y conductual para reemplazar pensamientos inadecuados por pensamientos más flexibles y racionales.

Palabras clave: depresión, terapia cognitivo conductual, pensamientos, sentimientos de culpa

Abstract

The objective of the present case study is to reduce the depressive symptomatology in a woman of 40 years, who presents thoughts and feelings of guilt for the death of her sister; through, of the cognitive behavioral intervention. The instruments to collect the data are interview, baseline, self-records, functional and cognitive analysis, Beck Inventory and the Eysenck Personality Scale. Likewise, cognitive behavioral techniques are applied, such as relaxation, self-instructions, behavioral activation and cognitive restructuring. The multivariate ABA univariate design is used, with the purpose of restructuring the thoughts that trigger emotions and harmful behaviors. The results show a decrease in the level of depression, reduction of thoughts, emotions and negative behaviors for the user according to the follow-up evaluations, in this way, at the end of the treatment phase, the efficacy of the techniques used for the case of depression is confirmed, because these are executed on a cognitive and behavioral level to replace inadequate thoughts with more flexible and rational thoughts.

Keywords: depression, cognitive behavioral therapy, thoughts, feelings of guilt

I. Introducción

La Organización Mundial de la salud OMS, en el año 2017 dio a conocer que más de 300 millones de personas viven con depresión, evidenciándose un incremento de más del 18% entre los años 2005 y 2015. Donde cerca de 50 millones de personas en la Región de las Américas presenta depresión, cerca de un 17% más que en el año 2005.

Asimismo, el director del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Walter Castillo Martell afirmó que las conductas suicidas están asociadas a la depresión y que estas se forman desde la infancia. Acorde a las estadísticas de la misma, el 80% de los 334 casos de suicidios presentados en el año 2017 en nuestro país, tuvo su origen en problemas de estado ánimo y depresión. Es decir, "De cada 20 personas mayores de 15 años, 1 se deprime al año; de cada 20 personas con episodio de depresión, 1 intenta suicidarse; y de cada 20 intentos de suicidio, 1 llega a consumarse", señaló el director de dicho nosocomio.

Por otra parte, según el Ministerio de Salud MINSA la atención requerida en la etapa de vida adulto el 2011 en casos depresivos fue de un 37 %, es decir, más de la tercera parte de esta etapa de vida población productiva.

La depresión según las diversas definiciones especialmente de los diagnósticos vigentes a través de los manuales DSM IV, DSM V, CIE 10 no solo está enfocada a la tristeza intensa y prolongada sino también a la pérdida del placer de disfrute de la persona, a la fatigabilidad constante como síntomas cardinales afectando el desarrollo de las actividades laborales, académicas, de relaciones interpersonales entre otras que tengan como duración constantemente por lo menos dos semanas.

De todo ello la importancia de intervenir en depresión especialmente en una mujer adulta ya que la tasa es más alta en el sexo femenino debido a diversos factores personales y de entorno psicosocial que llevan a la mujer a asumir responsabilidades no solo del cuidado de los hijos, padres, sino de la economía del hogar muchas veces sola ya que el esposo como es en este caso no se encuentra día a día para apoyar en las decisiones de la familia debido a que se encuentra fuera del país.

Si bien hay diversos tratamientos, los pacientes no acceden a ello por desconocimiento o por no contar con un diagnóstico preciso que indique que sus síntomas no son solo referidos a la parte física desviando la atención de un problema de fondo como es la depresión y más aún si en nuestro país contamos con tabúes, creencias, costumbres que no nos permiten una intervención adecuada con el respeto a la interculturalidad con bases científicas como diversas investigaciones lo demuestran.

Por otro lado, diversas investigaciones afirman a la terapia cognitiva- conductual como modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales como los afectivos, además, este modelo enlaza la teoría del aprendizaje y el procesamiento de la información lo interno y externo de la persona; creando muchas veces estructuras, esquemas, cogniciones con los cuales los sujetos afrontan las diversas situaciones difíciles en el desarrollo humano como puede ser la muerte de un ser querido entre otros.

Por lo que el modelo cognitivo conductual enfoca el cambio de pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para superar la depresión, ya que la visión de una persona con depresión está orientada a la triada cognitiva es decir, ver negativamente su propio entorno en relación a sí mismo es decir se ve incapaz, inútil, desgraciado, en relación a su entorno su interpretación es negativa de las diversas experiencias que tiene muchas veces magnificándola y su futuro no se proyecta positivamente ya que él o ella misma coloca obstáculos para su ejecución antes de tiempo.

La terapia cognitivo conductual nos presentan los modelos más usados de intervención a través de la identificación de las creencias irracionales con el ABC, pensamientos automáticos, los esquemas. Cada uno de ellos con diversas técnicas que permitirán una reducción o disminución de los diversos síntomas: conductuales, fisiológicos, motores, cognitivos.

Por lo tanto, se emplea el modelo cognitivo conductual para reducir las manifestaciones de la depresión en una mujer adulta ante la muerte de un ser querido considerando las cogniciones y conductas presentadas en este caso.

En el capítulo I, presento mi propuesta de solución del problema basado en un diseño ABA, considerando un grupo de técnicas basado en el enfoque cognitivo conductual.

En el capítulo II, desarrollo la historia psicológica e instrumentos aplicados para el informe psicológico integrado.

En el capítulo III, analizo la viabilidad del proyecto y las condiciones para la ejecución del mismo.

En el capítulo IV, explico el programa de tratamiento y los resultados obtenidos, junto a la discusión y conclusión del presente estudio.

En el capítulo V, menciono las recomendaciones que ayudarán a seguir con la mejora de la evaluada.

1.1 Descripción del problema

El presente trabajo trata de una mujer de 40 años de edad que acude para intervención terapéutica a solicitud de su coordinadora de trabajo, que ha observado tristeza y llanto constante. La usuaria refiere tener dificultades para conciliar el sueño, dolores de espalda y cuello sentimientos de culpa por la muerte de su hermana, tristeza constante.

Las manifestaciones que presenta en lo cognitivo, conductual, afectivo emocional incluyen ideas de culpa, de minusvalía, de desesperanza verbalmente expresadas con frecuencia, conductas evitativas, escasa confianza en sí misma, llanto, desgano para realizar sus actividades cotidianas, lo que ha afectado sus relaciones familiares, interpersonales y su vida laboral.

1.2 Propuesta de solución

Frente a este caso se propone el programa cognitivo conductual con el diseño multifuncional ABA, a través de evaluación inicial, la intervención constará de 13 sesiones cognitivo conductual cuya finalidad es disminuir la sintomatología depresiva concluyendo con la evaluación final para determinar los efectos del programa.

1.3 Antecedentes

Diversos estudios nacionales e internacionales se han llevado a cabo en referencia a la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en pacientes con depresión, en este caso se expone los antecedentes relacionados a la intervención cognitivo conductual con diversas técnicas que redujeron la sintomatología depresiva en diversas etapas de vida.

Nacionales

Cuba (2017) llevó a cabo un estudio en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin de la ciudad de Arequipa para efecto de un programa cognitivo-conductual para la depresión en niños con cáncer cuyo objetivo fue de aminorar los niveles de depresión en 4 niños y niñas entre 8 a 13 años de edad con cáncer mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual con la metodología experimental de caso único donde se empleó como instrumento de evaluación la escala de depresión para

niños (CDS- Children's Depression Scale), la intervención terapéutica contó con 16 sesiones, desarrollando las técnicas de reconocimiento emocional e identificación de pensamiento y la relación entre estos dos y la conducta. También la reestructuración cognitiva, y control de impulsos todo ello adecuadas a la etapa de vida ello permitió la reducción de los niveles de depresión en los niños y niñas.

Reyes (2016) realizó una investigación para efectos de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes en un hospital de Ferreñafe. La muestra fue de 18 adolescentes con el propósito de precisar el efecto de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida con el diseño experimental de tipo cuasi experimental y transversal. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) de Aaron Beck y La Adaptación de la Escala de Ideación Suicida (SSI) de Beck como instrumentos evaluativos antes y después de la aplicación del tratamiento que consistió de 13 sesiones en las que desarrolló técnicas como: la relajación, aserción encubierta, tareas de dominio y agrado, control de impulsos, resolución de problemas, obteniéndose como resultados diferencias altamente significativas en los niveles de depresión antes y después de la aplicación del programa demostrando con ello su efectividad.

Salomón (2018) desarrolló una investigación caso clínico episodio depresivo leve en una paciente de 76 años de edad con el objetivo de estabilizar el estado emocional de la adulta mayor excluyendo actitudes derrotistas y pensamientos negativos, optimizando sus habilidades sociales, acentuando la autoestima, asertividad y toma de decisiones. Para la evaluación empleó diversos instrumentos como el test de yesavage, pfeiffer, índice de katz, inventario de depresión de Beck inventario de personalidad de Millon, concluyendo que la usuaria presenta indicadores de depresión expresados en sentimientos de minusvalía, de inutilidad, temor a que le ocurra un accidente, tristeza y llanto constante, pensamientos negativos de sí misma, fatigabilidad incrementada, desesperanza, deja actividades placenteras o de interés, con dificultad para la toma de decisiones, disminución de la atención y concentración, con problemas para conciliar el sueño y poco apetito. Así mismo presenta deterioro cognitivo leve, en referencia a su personalidad tiene dificultad para resolver conflictos, impulsividad, desconfianza hacia los demás, temor a perder su independencia, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima. La autora aplicó para este caso un programa de intervención cognitivo

conductual en tres temáticas de cuatro sesiones cada una de ellas iniciando con la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo, seguido del daño que causa las actividades diarias en su estado de ánimo, finalizando con la manera en que las interacciones con otras personas influyen en el estado de ánimo. Lográndose que la dama aborde las causas que originan su depresión, la práctica de ejercicio regular, empleo adecuado de la comunicación asertiva con su hijo, cuidado de su aspecto personal, practica de aseveraciones positivas de sí misma, de los otros y de su futuro recuperando su estado de ánimo. Concluyéndose que la intervención cognitivo conductual fue efectiva con la disminución de los síntomas presentados.

López (2016) realizó un estudio terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto de 29 años con el objetivo de reducir los grados de la sintomatología depresiva mediante la aplicación de las técnicas conductuales y cognitivas, empleando para ello el diseño de caso único: utilizando como instrumento de evaluación el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) obteniendo un puntaje de 28 correspondiente a un episodio depresivo moderado, además de establecer la línea base, diagnóstico funcional los mismos que fueron aplicados después de las sesiones terapéuticas las cuales fueron en número de 12. Las técnicas empleadas durante la intervención terapéutica fueron: psicoeducación, técnicas de relajación, entrenamiento asertivo, detección de pensamientos automáticos que llevan a emociones negativas, comprobación de los supuestos propios, solución de problemas, reestructuración cognitiva, el debate socrático. El resultado de esta intervención fue la remisión de la sintomatología depresiva obteniendo en la aplicación del inventario de Beck un puntaje de 9 correspondiente a altibajos normales para depresión, bajando la sintomatología fisiológica, los pensamientos y respuestas emocionales negativas, las conductas propias de la depresión como el llanto, la dedicación de tiempo en exceso de ver la televisión y el internet, por lo que se concluye que el programa ha tenido éxito al aplicar el tratamiento cognitivo conductual en este caso único corroborando su efectividad según diversos estudios.

Lanza (2018) desarrolló un estudio denominado terapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en un Hospital Puno, tuvo como objetivo demostrar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en la población mencionada. El tipo de estudio empleado fue experimental con intervención

de la variable independiente (intervención cognitivo conductual) sobre la variable dependiente (reducción de la depresión). Participaron 40 adultos mayores divididos en grupo control y grupo experimental. El instrumento utilizado para establecer las sintomatologías depresivas fue la escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage con una puntuación de 9.3 antes de la aplicación del programa y al finalizar la intervención los usuarios obtuvieron una puntuación de 6.6, evidenciando una disminución significativa de los niveles de depresión

Internacionales

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

Según Nardi, Bellantuono, Moltedo-Perfetti (2012) en un estudio llevado a cabo sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de depresión posparto donde se indagó bibliografía electrónica con base de datos en: PubMed, Medline, Embase, Cochrane Library y Psyc INFO. para demostrar la validez de la terapia cognitiva conductual en damas consideradas de riesgo, de los 15 estudios que se encontraron, solo 8 fueron considerados por cumplir los criterios de aleatorización y control de protocolos, focalización en la eficacia de la terapia cognitivo conductual como estrategia para la prevención de la depresión post parto en las mujeres en riesgo durante el embarazo. En la mayoría de estudios se realizaron de 5 a 10 sesiones terapéuticas individuales y de acuerdo a escalas como el inventario de trastornos afectivo y esquizofrenia, inventario de depresión de Beck entre otros determinaron que hubo cambios relevantes; es decir reducción de sintomatología concluyendo que la

terapia cognitivo conductual de acuerdo a Nardi y colaboradores se considera una estrategia de primer orden de la depresión mayor.

Caballero (2014) en su tesis modelo de intervención en mujeres con depresión, que tuvo como objetivo comparar el nivel de depresión después de la intervención cognitivo conductual a un grupo de 15 mujeres adultas jóvenes entre 15 a 49 años con depresión moderada a severa. Como diseño investigativo empleó el pre-experimental de pre y post prueba, utilizando como instrumento evaluativo la escala de auto medición de Zung. El programa de intervención cognitivo conductual consistió en seis sesiones, semanales de dos horas de duración con técnicas como: actividades programadas, asignación de tareas graduales, reconocimiento, evaluación y modificación de pensamientos automáticos negativos que cambien la visión negativa hacia su persona, el entorno y futuro. Los resultados luego de la intervención cognitivo conductual dieron como resultado que los niveles de depresión disminuyeron de depresión mínima a normal.

Hernández (2010) realizó una tesis denominada tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso, que tuvo como objetivo reducir manifestaciones depresivas en una madre joven mexicana de 19 años cuyo hijo presenta síndrome hipotónico. El diseño empleado fue de pre evaluación, intervención y post evaluación (ABA). Cabe anotar que la madre fue captada en el lugar donde su hijo llevaba terapia aplicándosele dos instrumentos evaluativos: el inventario de depresión de Beck y el CES-D (escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos), en el primero obtuvo un puntaje de 23 lo que es indicativo de depresión moderada a severa con significancia en autoestima baja, sentimientos de minusvalía, tristeza, culpa, autoacusaciones, ideas suicidas, preocupación somática, dificultades para conciliar el sueño, disminución del apetito, dificultad para toma de decisiones entre otros; mientras que en el CES-D que mide la severidad de los síntomas que se presentan durante la última semana obtuvo un puntaje de 40 lo que es indicativo de alto, indicando que de 5 a 7 días presentaba constante tristeza, sentimientos de fracaso con ideas negativas, de 3 a 4 días: miedo, dificultad para concentrarse, llanto, con desgano para realizar actividades, percepción de que la gente la rechazaba, de 1 a 2 días: visión negativa de su futuro, poco disfrute de la vida. La intervención cognitiva conductual se basó en la aplicación 13 sesiones en cuatro módulos: pensamientos, actividades, las relaciones personales y la salud con técnicas de relajación, autoregistros, modificación de

pensamientos irracionales, termómetro del estado de ánimo. Los resultados al finalizar la intervención a la aplicación del inventario de beck fueron un puntaje de 4 en la que no hay presencia de depresión y en la escala de depresión de estudios epidemiológicos fue de 2 disminuyendo ampliamente la frecuencia de sintomatología depresiva, lo que refleja la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en este caso.

Sevilla (2012) llevó a cabo un estudio de caso: terapia cognitivo conductual para trastorno de ansiedad generalizada, depresión mayor y trastorno de personalidad esquizoide en una fémina joven adulta de nacionalidad ecuatoriana con el objetivo de probar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en la disminución de la sintomatología de la depresión, el método empleado para este caso fue de tipo cualitativo con la aplicación de instrumentos psicológicos como el SCL- 90 donde obtuvo un puntaje en depresión de 55 al inicio y posterior a la intervención fue de 45, en el inventario multifacético de personalidad de minesota (MMPI-2) en depresión obtuvo un puntaje de 79 y al finalizar el programa un puntaje de 55, lo cual evidencia la remisión de los síntomas de tristeza, perdida de interés y disfrute con la aplicación de técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación llevadas a cabo en 30 sesiones, concluyéndose así la efectividad de la terapia cognitivo conductual en la reducción de sintomatología depresiva.

Antón (2016) realizó una investigación de caso único en una adolescente española de 18 años con el objetivo de identificar los efectos de la aplicación del tratamiento cognitivo conductual para recuperar el estado de ánimo de la joven y disminuir la sintomatología depresiva. Cabe anotar que la joven acude por problemas ansiosos como cefalea, dolor estomacal, tensión al iniciar sus evaluaciones educativas y ha estado recibiendo tratamiento psicológico por un espacio de dos años por ansiedad. Los instrumentos empleados para la evaluación fueron: el diagnóstico funcional, el inventario de Beck (BDI), la escala de autoestima de Rosenberg, el inventario de respuestas de ansiedad (ISRA). Se concluyó que la adolescente presenta depresión severa con un puntaje de 31 en el inventario de Beck con síntomas como: estado de ánimo depresivo frecuente, notoria disminución del interés y del placer, reducción del apetito, dificultad en el sueño, pérdida de energía, sentimientos de desvalorización y culpa excesiva, deterioro de la capacidad de concentración, ansiedad y baja autoestima. Para ello aplicó técnicas de psicoeducación, activación conductual, respiración

diafragmática, auto instrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad, discusión y reestructuración cognitiva todo ello en 12 sesiones una vez por semana. Al finalizar la intervención se volvió a aplicar el inventario de Beck donde la joven obtiene un puntaje de 17 en la que no se evidencia síntomas de depresión mayor; demostrándose así la efectividad de la intervención cognitiva conductual en la remisión de la sintomatología depresiva.

Rubio (2015) realizó un estudio donde aplicó la terapia cognitivo conductual a una joven mujer de 29 años con depresión doble (depresión mayor y distimia), cuya finalidad fue reducir la sintomatología cognitiva, conductual, afectiva emocional presentada por la paciente que perjudica especialmente su vida social y laboral. El enfoque de intervención se basó en la terapia cognitiva de Beck a través de la entrevista motivacional, psicoeducación, identificación de esquemas irracionales, autoregistros, dialogo socrático, reestructuración de cognitiva, técnicas conductuales como: actividades conductuales, habilidades sociales y adiestramiento en asertividad, entre otras. Los resultados de esta aplicación fueron la remisión de síntomas en los componentes antes mencionados en esta doble depresión con el modelo de tratamiento de Beck.

Cáceres, Gonzales, Prada, Quirós y Solano (sf) realizaron una investigación sobre la efectividad de la terapia cognitiva de la depresión en cuatro mujeres entre 30 y 50 años de edad, teniendo como objetivo documentar los resultados de la efectividad de la terapia cognitiva conductual acorde a los principios de Beck. Los instrumentos aplicados fueron la escala de depresión de Beck donde las usuarias obtuvieron puntajes medio a alto, la lista de Competencias para Terapeutas Cognitivos del mismo autor. Cabe mencionar que las etapas de la investigación consistieron en: revisión bibliográfica, selección de las usuarias, intervención terapéutica, análisis de resultados y procesamiento de los mismos. El tipo de estudio utilizado fue el de tipo mixto: enfoque dominante centrado en el análisis cualitativo. Los resultados cualitativos indicaron la predominancia de distorsiones cognitivas en estos cuatro casos, generalización, pensamiento absolutista, maximización y minimización, interferencia arbitraria agravando la tristeza y la desesperanza. La intervención terapéutica consistió de 12 a 15 sesiones una vez por semana con el empleo de técnicas de registro de pensamientos negativos, reatribución, uso del contador de pulsera, resolución de problemas,

asignación de tareas graduales, actividades programadas, practica cognitiva y role-playing. El resultado obtenido a nivel cuantitativo de las participantes denotó una disminución amplia de la sintomatología depresiva con la posterior aplicación del inventario de Beck en una de ellas se obtuvo la remisión total de síntomas con un puntaje inicial de 34 y puntaje final de 0, demostrándose con ello la efectividad de la intervención cognitivo conductual en estos cuatro casos.

Gonzales, Gonzales y Estrada (2015) realizó una investigación sobre la eficacia de la terapia cognitiva conductual en mujeres con cáncer de mama, que tenía como finalidad reducir los niveles de ansiedad y depresión desarrollando habilidades de afrontamiento para optimizar la visión de su calidad de vida; a un grupo de 15 damas entre 31 a 67 años de edad, con cáncer de mama en estadio no avanzado. Se empleó el diseño pre experimental, cuantitativo, cuyo grupo de muestreo fue por conveniencia. Los instrumentos evaluativos se aplicaron en pre y post tratamiento siendo estos: la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) (Zigmond y Snaith, Whoqol), la escala CAEPO) y el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos con el fin de medir el estilo de afrontamiento y el Whoqol-Bref del Whoqol Group que evalúa la percepción de calidad de vida (salud psicológica, salud física, relaciones interpersonales y entorno). La intervención cognitivo conductual se llevó a cabo individualmente con técnicas como la psicoeducación, relajación diafragmática y progresiva, autoregistros, pensamientos automáticos, cambio de pensamientos irracionales, distracción cognitiva, solución de problemas en 10 sesiones. Al finalizar la intervención se obtuvo una disminución clínicamente reveladora en referencia a los puntos de corte de la escala HAD.

Gómez y Roa (2002) desarrollaron un estudio en relación al tratamiento de depresión causada por pérdida afectiva en una joven adulta de 26 años. La usuaria presentaba estado de ánimo bajo, dificultades para dormir, rumiaciones, baja autoestima. rigidez cognitiva frente a la comprensión del significado de pareja, creencias deterministas respecto de las experiencias del pasado, sentimientos de culpa, tendencias hipocondríacas, reflejadas en la somatización de los problemas. Se utilizaron como instrumentos evaluativos el inventario de depresión Beck BDI, Cuestionario sintomático SCL-90-R, listado de creencias comunes entre otros. Se obtuvo en depresión un puntaje de 43 correspondiente a depresión grave antes de iniciar el tratamiento, se dio la

intervención terapéutica con 19 sesiones que comprendieron el desarrollo de la psicoeducación, manejo de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias irracionales con el trabajo de registros, biblioterapia, actividades agradables, entrenamiento asertivo, actividades de autocuidado. A la finalización del programa obtuvo en el inventario de depresión un puntaje de 6 mejorando su sintomatología depresiva significativamente, lo cual confirman la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales.

Base teórica científica

Depresión

El incremento de casos de depresión en los últimos años a nivel mundial ha hecho que el llamado trastorno del estado de ánimo sea divulgado con mayor frecuencia y por diversos medios. La organización mundial de la salud (2016) define a la depresión como una enfermedad frecuente en el mundo y que daña a más de 300 millones de personas, un trastorno mental que tiene presencia de tristeza, disminución del interés o placer por disfrutar de la vida, sentimientos de culpabilidad, problemas de sueño y/o apetito, fatiga , transformándose en un problema de salud siendo una de sus consecuencias más graves el suicidio que es la segunda causa de fallecimientos en adolescentes de 15 a jóvenes de 29 años. La depresión afecta el desempeño académico, laboral, familiar disminuyendo la capacidad de afronte de la vida.

Fernández, Rodríguez, Carrasco y Sánchez (como se citó en Guerrero (2014) refirieron que la depresión no tiene sexo, edad, o raza simplemente se desarrolla por distintas situaciones, sin embargo, en ocasiones suele agravarse en la edad adulta por las distintas vivencias, que se reflejan en tristeza, pérdidas de interés en una pareja, desolación y desgano en la persona que las sufre, como un síndrome que se agudiza con el tiempo y que si no se atiende empeora.

Freeman y Oster (como se citó en Rubio, 2015) refieren que la depresión se da como una dificultad en diferentes sociedades, siendo esta una réplica a una inducción estresora externa o una respuesta de un sujeto a su entorno. Pudiendo darse de modo único o como pauta reiterada de respuesta, atravesando diversos niveles de gravedad.

Zarragoitia, Menéndez, Cabrera, Pérez y Menéndez (2017) consideran a la depresión clínica como una situación médica que aqueja el estado de ánimo, los pensamientos y la conducta; modifica el modo de pensar, sentir y accionar de la persona que lo padece, es decir actividades amenas, sencillas de realizar en esta condición se tornan complicadas y requieren mayor esfuerzo.

Beck (como se citó en López, 2016) señala:

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

Según la Organización mundial de la salud, el CIE 10 refiere que el episodio depresivo se encuentra dentro de los trastornos de estado de ánimo, siendo este de nivel bajo, reducción de su energía y disminución de su actividad. La capacidad de disfrute, el interés y la concentración se haya disminuida permaneciendo frecuente el cansancio, aunque no se haya realizado un trabajo pesado, asimismo presencia de alteración en el apetito y el sueño. En relación a la autoestima y la autoconfianza se haya disminuida con presencia de ideas de culpa y minusvalía. El estado de ánimo no varía significativamente de un día a otro, la respuesta a situaciones del entorno es mínima o nula, pudiéndose acompañar de síntomas somáticos tales como:

1. Pérdida de interés y de la capacidad de disfrute,
2. Desaparición de reacciones emocionales que generalmente inducen una respuesta.
3. Despertar prematuro varias horas antes de la hora habitual,
4. Agravamiento matinal del humor depresivo,
5. Enlentecimiento psicomotor importante, agitación,
6. Pérdida de apetito
7. Disminución de su peso corporal
8. Reducción de la libido.

En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

Para considerar un episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, no haber síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.

Clasificación

Los episodios de depresión se categorizan bajo la clasificación de leves, moderados y graves.

Episodio depresivo leve F32.0.

Suelen estar presentes 2 o 3 síntomas también enumerados a continuación). El paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.

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

B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.
2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del "síndrome somático"

F32.00 Sin síndrome somático.

F32.01 Con síndrome somático.

Síndrome somático

Generalmente se considera que algunos síntomas depresivos que aquí se denomina "somáticos" tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se manejan términos como; biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad de disfrute de actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante situaciones o actividades que generalmente producen una respuesta emocional.
3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
6. Pérdida marcada de apetito.
7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).
8. Significativa disminución de la libido.

Episodio depresivo moderado F32.1

Normalmente están presentes cuatro o más síntomas y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del "síndrome somático"

F32.10 Sin síndrome somático.

F32.11 Con síndrome somático.

Síntomas

Si bien es cierto que consideramos los criterios mencionados por los manuales clasificatorios de trastornos mentales para el diagnóstico es relevante tener en cuenta la categorización de los síntomas en ejes que nos lleven a una mejor comprensión.

Beck (2002) señaló la importancia de identificar en la depresión de síntomas objetivos que llevarán a una adecuada intervención en el proceso de tratamiento siendo estos:

1. Afectivos: presencia de tristeza, pérdida de la alegría, de la gratificación
2. Motivacionales: imperante deseo de evadir dificultades incluso acciones de la vida diaria.
3. Cognitivos: Dificultad para atender, retener, concentrarse. Presencia de distorsiones cognitivas en el proceso de la información, problemas para la toma de decisiones.
4. Conductuales: pérdida de interés, pasividad, poca energía, lentitud o agitación psicomotora.
5. Fisiológicos o vegetativos: variación del sueño insomnio o hipersomnia, alteración en el apetito, disminución del deseo sexual.

Dahad, Minici y Rivadeneira (2002) refieren que la depresión manifiesta características clínicas en el Estado de ánimo tales como: sentimientos de tristeza, preocupación, vacío, melancolía, sensación de no ser feliz. A nivel Cognoscitivo: problemas para concentrarse, pérdida de interés, pensamientos negativos, de culpa, dificultad para decidirse, ideas suicidas. Conducta: retraso o agitación psicomotriz, retraimiento, relaciones dependientes, llanto, suicidio y en el área Somática: alteración del sueño, fatiga, incremento o disminución de apetito, pérdida o aumento del peso, problemas gástricos, falta de deseo sexual.

Como bien se ha desarrollado en párrafos anteriores, la depresión tiene como un indicador el sentimiento de culpa que, de acuerdo con Reidl y Jurado (2007) se define como el término que implica un estado emocional doloroso, cuyo contenido cognitivo es la sensación de haber actuado de forma incorrecta en base a los estándares éticos sociales o personales. Asimismo, Pérez y Castejon (2006) la considera como la emoción de angustia originada tras la realización de actos de forma física, mental, fantaseada u omitida que infringen los valores, el sistema de normas, los principios morales y éticos de la propia persona.

Según Botía, en el año 2005, lo anteriormente expuesto, vendría a ser la culpa autoimpuesta donde es el mismo adulto quien se atribuye el sufrimiento por permanecer largo tiempo con remordimientos tras realizar determinados actos que violaban alguna norma, código moral o ético. Por lo que, la culpa sería una tendencia a pensar en lo que se ha hecho y el modo de cambiarlo, de que no hubiera pasado, de cómo serían las cosas si no hubiera sucedido; siendo esto un esfuerzo y sufrimiento inútil, ya que el curso de los acontecimientos no se puede cambiar.

Por otra parte, Botía (2005) señala que los sentimientos de culpa pueden ser producto de un tipo de enseñanza dirigida hacia la obediencia de las normas a base de hacer sentir culpable al niño a través de frases como “si haces eso, tu mamá no te va a querer”, etc. Y, que inclusive en la adultez, esta clase de reprimendas en otro contexto mantendrían el mismo efecto como resultado del aprendizaje en edades tempranas.

En el año 2016, Colop indicó que los procesos de pensamiento están determinados por la experiencia y el ambiente en el que se desenvuelve cada sujeto, punto que puede facilitar o dificultar la objetividad de las circunstancias que se afrontan e interviene también en su autocontrol y su entorno, por ello se recomienda discriminar los factores que influyen en la situación otorgándole un respaldo a lo real y eliminar lo que no.

Por lo tanto, Córdova (2014; véase en Colop, 2016), teniendo como concepto que el sentimiento de culpabilidad es un efecto emocional negativo recurrente en diversas situaciones al transgredir a otros, diferencia dos clases de culpa: la real (cuando se reconoce una acción indebida cometida) y la irreal (se continúa con la carga de la acusación de un acto a pesar de haber sido ya perdonado).

Lo mencionado incide en que el caso presentado tiene una alta intensidad de culpa en la usuaria por la muerte de su hermana lo que conlleva a indicar la existencia de esquemas predeterminados por aprendizajes.

Epidemiología de la depresión

Investigaciones realizadas en nuestro país a cargo del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (2002, 2003 y 2004) indican que el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental en alguna etapa de su vida, la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%³, en la sierra peruana de

16,2%⁴ y en la Selva de 21,4%⁵. Como causas de la depresión y suicidio se han distinguido probables problemas conyugales (26.3%), problemas sentimentales en un 24.2%, problemas familiares 21.7%, problemas psicopatológicos 19.9%, problemas económicos 3.6% y otros 4.3%.

Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitiva conductual constituye uno de los modelos más utilizados en el tratamiento de diversos trastornos mentales Puerta y Padilla (2011): con énfasis en la depresión para que los participantes modifiquen sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas poco adecuadas. Tienen como bases teóricas fundamentales el condicionamiento clásico, condicionamiento operante, la teoría del aprendizaje social, los modelos cognitivos considerando la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis.

La finalidad del tratamiento de la terapia cognitivo conductual refiere Díaz, Ruiz y Villalobos (2012) es que la conducta es aprendida y susceptible de ser medida y modificada. Así mismo refieren que se busca el cambio cognitivo, conductual, emocional, excluyendo conductas inadecuadas transformando los procesos cognitivos.

La terapia cognitivo conductual (TCC) ayuda a entender problemas complejos dividiéndolo en partes más pequeñas relacionadas entre sí y cómo le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil. De ella pueden derivarse: pensamientos, emociones, sensaciones físicas, comportamientos. Los pensamientos sobre un problema pueden afectar a cómo se siente física y emocionalmente alterando el desarrollo de acciones, es decir conductas.

Puerta y Padilla (2011) refieren como objetivos de la Terapia cognitivo conductual de la depresión la Disminución del pensamiento disfuncional: El modelo cognitivo de depresión predominante es el que planteo Beck y que consta de tres elementos básicos:

- a) **Triadas cognitiva:** Patrones de ideas y actitudes negativas de sí mismo, del mundo y del futuro.
- b) **Esquemas negativos:** patrones de pensamientos estables y duraderos que representan las generalizaciones de una persona acerca de experiencias pasadas, y de esta manera juzga el presente y el futuro.

- c) **Distorsiones cognitivas:** Tales como la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobre generalización, magnificación/ minimización, personalización y pensamiento dicotómico. Las personas que están con depresión responden a su ambiente de una manera rígida y negativa.

Beck citado en López (2016) hace referencia a que las personas con depresión realizan una estructuración de sus ideas, pensamientos en esquemas los cuales establecen la manera como se organizan las experiencias con tendencia a la fragilidad emocional conservando las dificultades; lo que no permitirá la codificación y la recuperación de la información; rigen la interpretación de las experiencias o la construcción de interpretaciones; estos procedimientos nos indican por qué que las personas con un cuadro depresivo continúen manteniendo una visión poco favorable de su vida con actitudes negativas y pesimistas aun existiendo aspectos positivos en su realidad.

Dahab, Minici y Rivadeneira destacan a “la Terapia Cognitiva como uno de los abordajes más difundidos para la depresión, mérito legítimamente adquirido a través de años de sustento empírico a su eficacia. Sus procedimientos se han integrado en el modelo que conocemos como Cognitivo Conductual” (2013, p. s.n.).

Terapia Racional Emotiva de Ellis.

Ellis (1984) manifiesta que existe una relación directa entre las cogniciones, emociones y conductas sobre todo ante la presencia de problemas psicológicos, es decir la manera como interpretamos las situaciones se relaciona con el análisis cognitivo, emocional y conductual.

El ABC de Ellis se representa a través del esquema siguiente:

A representa el hecho desencadenante, B simboliza lo que cree la persona de lo acontecido y C implica las respuestas emocionales y conductuales originalmente esto se da así, aunque cada especialista realiza sus propias modificaciones con este esquema básico.

La terapia Cognitiva-Conductual implica la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Este enfoque, considera a la depresión como resultado de la combinación de las deficiencias en las habilidades de afrontamiento, complicaciones en la regulación de las emociones y una visión negativista acerca de lo que le rodea y en cómo él

mismo puede adaptarse funcionalmente a ello (Arean, 2004; véase en Romero, 2006). Asimismo, cabe señalar que este modelo, establece la importancia de identificar los pensamientos y acciones específicos que afectan al estado de ánimo con el fin de lograr un mayor control sobre los sentimientos que éstos producen en la persona (Rossello y Bernal, 2007).

Por lo anterior, una de las estrategias más conocidas bajo la intervención de este modelo, es la reestructuración cognitiva, la cual consiste en que el cliente, con la guía inicial del terapeuta, pueda reconocer y cuestionar sus cogniciones desadaptativas, para que sean sustituidos por otras más funcionales y se disminuya o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causadas por ello. Durante la aplicación de esta estrategia, los pensamientos se toman como hipótesis y, mediante el trabajo en conjunto entre el terapeuta y paciente, se recolectan datos en registros con el objetivo de determinar si dichas hipótesis son de utilidad para el tratamiento. Parte del procedimiento implica que el terapeuta formule una serie de preguntas y diseñe experimentos de tipo conductual para que el paciente mismo examine y compruebe sus pensamientos negativos, con el fin que éste llegue a una conclusión si son válidos o útiles (Clark, 1989; véase en Bados y García, 2010).

Técnicas para el tratamiento de la depresión

Psicoeducación:

Técnica que consiste en brindar información adecuada al paciente con la finalidad de modificar conductas y actitudes respecto a la problemática que le aqueja de manera que se logre adherencia al tratamiento reduciendo el riesgo de las recaídas a través del refuerzo de sus habilidades y fortalezas (Bulacio, Vieyra, Álvarez y Benatuil, 2004).

La programación de actividades

Dirigida a que la usuaria elabore actividades diarias o en días específicos que le permitan estar activa en situaciones o acciones que había evitado Caro (2011). Por otro lado, manifiesta que se deben seguir cuatro pautas esenciales para la aplicación de esta técnica:

- Si no culmina la tarea no deberá preocuparse.
- Planificar la tarea que debe realizar no midiendo cuanto debe hacer.
- La usuaria asumirá la importancia de intentar llevar a cabo la acción independientemente de si lo logra o no.

- La planificación de actividades se hará de manera conjunta con el terapeuta teniendo en cuenta la disponibilidad del tiempo de la usuaria para efectuar la tarea.

Técnicas de dominio y satisfacción,

Caro (2011) refiere la triple ventaja de esta técnica en la que en primer lugar él o la usuaria elige actividades amenas que desearía hacer y que por su estado depresivo no las lleva a cabo, considerándose la sensación de alcanzar un objetivo y el sentimiento de agrado por haberlo realizado, en segundo lugar, se identifica y modifica las cogniciones negativas y por último los usuarios se aprecian los cambios en su estado anímico con una escala de dominio y agrado que puede ser del 0 a 10.

Distracción cognitiva e imaginación

Consiste en emplear diversos procedimientos de distracción cognitiva para que puedan practicarse en casa. Entre estos procedimientos destaca la relajación progresiva de Jacobson y distintas estrategias de distracción mediante la imaginación (Caballo, 2008).

Técnica de respiración

La respiración como proceso fundamental en la regulación de la actividad metabólica del organismo. Con el intercambio de gases durante la respiración se contribuye con el oxígeno indispensable para las funciones celulares, así como la eliminación de los que se generan en dicha combustión.

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) quienes también señalan importantes tipos de respiración como:

- Respiración profunda: se emplea con la finalidad de disminuir el nivel de activación general.
- Respiración contada: respiración diafragmática, en la que el aire se dirige a la parte inferior de las costillas y, a medida que se inspira, se da la indicación de pensar en una palabra (por ejemplo, *tranquila*) y en otra al espirar (por ejemplo, *relajada*). Debiéndose realizar por lo menos diez veces seguidas y repetir el entrenamiento varias veces de acuerdo al caso.

García, Fusté y Bados (s.f.) al respecto señalan:

El hecho de respirar por encima de nuestras necesidades pone en marcha una serie de cambios en nuestro organismo, algunos de los cuales permiten ajustar de nuevo el “sistema”. Sin embargo, como comentamos al hablar de la fisiología y la psicología de la ansiedad, esta reacción provoca una serie de sensaciones que pueden percibirse como desagradables. Por ejemplo, calambres, mareo, sensación de calor/frío, flojera de piernas, palpitaciones, temblor, sensación de ahogo (p. 2).

Mayéutica

Caballero (2014) refiere que es una de las técnicas imprescindibles en el modelo cognitivo, en el que se realiza una serie de interrogantes con la finalidad de detectar y modificar el contenido cognitivo disfuncional relacionado a los síntomas.

Registros

Según Beck (2010) considera fundamental que él o la usuaria registre sus cogniciones con el fin de identificar los pensamientos negativos y la relación de estos con sus emociones y conducta y su relación con el entorno. Para ello manifiesta el autor se deben seguir cinco pasos:

- Precisar el significado de un pensamiento automático.
- Argumentar la relación entre el pensamiento, la emoción y la conducta.
- Probar la presencia de cogniciones negativas antes de la conducta y las emociones.
- Señalar tareas de Autoregistro en casa.
- Reexaminar los registros realizados por la usuaria otorgándole reforzadores sociales.

Bloqueo de Pensamiento y auto instrucciones

Su aplicación consiste en apartar los pensamientos negativos, poco saludables, dañinos que se dan frecuentemente generando conductas desadaptadas. Las auto instrucciones son frases previamente elaboradas con la usuaria anticipadamente con la finalidad de emplearlas en situaciones de altos niveles de desasosiego emocional para reemplazar los pensamientos automáticos dañinos.

Dentro de las técnicas a emplear, según el modelo cognitivo en que se basa la reestructuración cognitiva, se encuentra la teoría del A-B-C-D-E. Esta propuesta de Ellis puede esquematizarse de la siguiente manera (Ellis, Grieger y Marañón, 1981; véase en Pérez, Rodríguez y Vargas, 2008):

- “A” implica una situación o experiencia activadora real y objetivo que origina “B”.
- “B” se refiere a cadena de autoverbalizaciones o pensamientos apropiadas o disfuncionales acerca de “A”; es decir, el sistema de creencias con el que uno cuenta, innatamente predispuesto y aprendido, las cuales conducen a “C”.
- “C” vendría a ser la consecuencia emocional y/o conductual de la persona, el cómo reacciona ante la ocurrencia de “A”.
- “D” consiste a los esfuerzos del terapeuta para modificar y sustituir “B”, apelando a la lógica y lo racional. Aquí se discrimina críticamente los pensamientos que aparecen en “B”, entre las que son objetivamente verdaderas e irracionales.
- “E” es el resultado final de la intervención; es decir, la eliminación del pensamiento irracional, ya que ha sido sustituida por una funcional mediante el debate, teniendo como consecuencias emociones y conductas mucho más adaptativas acerca de sí mismo, los demás y el mundo

De acuerdo con Oblitas (2008), la técnica propuesta por Ellis es de índole cognitivo, y a medida que avanza el tratamiento se va considerando el elemento conductual, entre las técnicas cognoscitivas destacan las siguientes:

- El debate filosófico: método principal para reemplazar una idea irracional. Consiste en la adopción del método científico a la vida real, mediante el cual se debate la veracidad o falsedad de esos pensamientos.
- El insight racional-emotivo: tiene como fin ayudar a la persona a ver y reconocer el cómo procesa las emociones y conductas desadaptativas, para que asuma la responsabilidad, acepte, busque y reconozca el origen de sus síntomas.
- Debatir creencias irracionales: consiste en cuestionar y desafiar la validez de las creencias o hipótesis que la persona sostiene sobre sí misma, los otros y el mundo. Su finalidad es lograr un nivel de pensamiento pleno y lógico.

- Método socrático: se caracteriza por emplear una serie de preguntas sistemáticas que sirven como guía al razonamiento inductivo de cada sesión.

Biblioterapia

Constituye una manera sencilla y practica para fortalecer contenidos definidos en las sesiones. A la usuaria le debe agradar leer teniendo en cuenta que la lectura este al nivel de comprensión de la misma. La lectura la realizará en casa y se analizará durante la sesión, las lecturas puede sugerirlas el o la terapeuta con temáticas que inquietan a la paciente de preferencia se darán pasajes específicos y no tan extensos (Cobos, Gavino y Jjso, 2006).

La biblioterapia está dentro de las estrategias utilizadas en la psicología. Naranjo, Navarro y Zuñiga señalan:

En términos básicos, la biblioterapia consiste en brindar apoyo emocional a un individuo por medio de los libros y la lectura, sin embargo, no se debe obviar que esta herramienta abarca y conlleva mucho más que lo señalado en la definición anterior, pues requiere de todo un método de aplicación por seguir para que produzca un efecto visible (2017, p. 3).

1.4 Objetivos

Objetivo General

Disminuir en un 70% la sintomatología de la depresión a nivel cognitivo, conductual y afectivo-emocional.

Objetivos Específicos

- Disminuir las ideas de culpa y la auto evaluación negativa acompañados de sentimientos de culpa
- Disminuir la intensidad, frecuencia y duración de respuestas emocionales de llanto.
- Incrementar el nivel de actividad a través de programas de actividades, asignación de tareas graduales, ensayo conductual, auto instrucciones.

- Reducir las ideas irracionales, distorsiones cognitivas, con contraste lógico racional, empírico, adaptabilidad de las creencias y búsqueda de creencias alternativas.

1.5 Justificación e importancia

Debido a que los casos de depresión no reciben atención en su totalidad ya que se tiene poco personal especializado en los diversos establecimientos de salud, pocos recursos de los usuarios, mitos y aspectos socioculturales que influyen en un diagnóstico, tratamiento adecuado y oportuno, esta intervención cobra una gran importancia a nivel teórico-práctico considerando que el modelo conductual y cognitivo cuenta con bases históricas de su eficacia en el tratamiento de la depresión

Por otro lado, la organización y sistematización de la intervención a través de técnicas específicas para el caso son fundamentales considerando que las aplicaciones de estas se dan acorde a casos únicos pues cada usuario a pesar de tener el mismo diagnóstico, los indicadores y características similares no tienen el mismo manejo y la terapia cognitiva conductual posee diversas técnicas a emplear.

Así mismo cabe anotar que este estudio se da en una zona de la sierra central en la provincia de Tarma y la usuaria procede de un distrito rural quien acude a un establecimiento de salud de primer nivel de atención lo más cercano a su distrito, lo que conlleva a la importancia del manejo de estos casos desde el enfoque cognitivo conductual que se sistematiza siendo de utilidad para la intervención de los profesionales psicólogos de la zona.

1.6 Impactos esperados del proyecto

Se espera reducir el nivel de depresión de la usuaria en la sintomatología que presenta, logrando un bienestar, en el que la mencionada desarrolle pensamientos racionales, positivos y saludables en la que tenga una visión positiva de sí misma, de su medio y de su futuro que le permitan disfrutar de sentimientos agradables realizando interacciones efectivas y logre desempeñarse productivamente en su contexto laboral, familiar. Esta intervención podrá ser replicada ya que se fundamenta en procedimientos específicos y evidencias de cambio conductual.

II. Metodología

Tipo de investigación: Aplicada (Kerlinger, 1975), diseño de caso único (Hernández, Fernández y Baptista, 2015).

Aplicada ya que pretendemos un cambio en la sintomatología depresiva de una persona a través de la intervención de la variable independiente en la variable dependiente.

Kazdin (2001) Diseño bicondicional ABA, que permite elegir al sujeto, aplicarle una evaluación previa a la administración de algún estímulo y finalmente realizar una segunda estimación.

Hernández-Sampieri y Mendoza (2008) precisan que el estudio de caso constituye una investigación en la que existen métodos cuali-cuantitativos de análisis completo en respuesta a un problema planteado.

Diversos autores mencionan características que contienen un estudio de caso como Yin (2011) que lo considera como un método flexible con el uso de diversos instrumentos para analizar la información y establecer sus causales.

Son completamente contextuales, es decir, se analizan tanto el caso como su contexto, pues ambos son igualmente importantes (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2012 y Stake, 2006).

Roussos (2007) Refiere que el estudio de caso de intervención terapéutica describe un trastorno o evalúa los resultados de un tratamiento determinado con énfasis en las peculiaridades.

2.1 Evaluación Psicológica

Historia Psicológica

Datos de Filiación

- Nombres y apellidos : M. LL. A.
- Edad : 40 años
- Lugar y fecha de nacimiento : SPC 27 de mayo de 1977
- Grado de instrucción : Tercero de secundaria
- Estado civil : Casada
- Derivado por : Servicio de medicina
- Persona responsable : Ninguno
- Parentesco : Ninguno
- Fecha de entrevista : Enero 2018
- Lugar de entrevista : C.S. A.
- Terapeuta : Ps. María Lourdes Huaynates Baldeón

Observaciones

Paciente acude al servicio por indicación de coordinadora de su programa con la que inicio su trabajo después de haber acudido para evaluación médica.

Se muestra sonriente, toma asiento y permanece callada, se toca el rostro frecuentemente, se saca y coloca los lentes varias veces.

Descripción de la examinada

Paciente adulta, presenta un desarrollo físico correspondiente a su edad cronológica, muestra un adecuado cuidado y aseo personal, aproximadamente de 68 kilos, de 1.60 cm de contextura mediana, de tez trigueña, cabello negro semi ondulado hasta la altura del hombro, usa lentes. Asimismo, es necesario mencionar que su rostro denotaba tristeza, tenía ojeras.

Durante la entrevista presentaba signos de ansiedad tales como: tocarse la cara frecuentemente, intranquilidad; llanto frecuente. Se muestra colaboradora y por momentos baja el tono de voz al hablar. Examinada orientada en tiempo, espacio y persona. En referencia al lenguaje este es fluido, memoria conservada con estado de

ánimo intranquilo, mencionando en reiteradas ocasiones "...por qué no llegue a tiempo para hablar con ella...", "...porque se tuvo que ir, no es justo yo la necesito", evidenciando contenido y curso de pensamiento adecuado y comprensión de las indicaciones al desarrollar las pruebas psicológicas.

2.2 Motivo de Consulta

Examinada acude al servicio de psicología refiriendo "... He venido porque mi coordinadora me ha dicho que necesito ver al psicólogo...no puedo olvidar la muerte de mi hermana lo que le paso a mi hermana que murió...ya cumplió un año que se fue". Paciente llora, expresando: "...yo no sabía que era ella... llegue tarde ella ya no hablaba la llevaron a Huancayo... llamaron a mi casa una primera llamada contestó mi hijo y me pasó ahí me dijeron su familiar ha sufrido un accidente está delicada, yo no creí le dije se ha equivocado mi familia está, ya que un mes antes estaban llamando a las casas diciendo que la familia estaba detenida y que depositaran dinero, por eso no le creí, volvieron a llamar me dijo son el doctor que está viendo a su familia y que había encontrado mi número de teléfono en una libreta, me sentí mal y dude, me quede pensando, me describieron a mi hermana y dijeron que su esposo murió...recién creí, no sabía qué hacer, salí corriendo, no había carro, demore...". Marivel presenta dificultades para dormir, adormecimiento de brazo, sensación de falta de aire, dolores de espalda y cuello, sentimientos de culpa, manifiesta: "estoy triste, no tengo ganas de levantarme, pero cuando voy a la cuna me olvido un poco, la mayor parte del tiempo esas ideas están ahí, pienso que tuve la culpa, cada vez que recuerdo lloro, siento que no hice lo suficiente para salvarla, no la cuide como debería, me siento sola ... no quiero salir para no encontrarme con nadie, los del pueblo preguntan cómo fue yo no quiero hablar, la extraño mucho..."

2.3 Problema Actual

2.3.1 Presentación actual del problema

Marivel de 40 años, al acostarse intenta conciliar el sueño, después de una hora aproximadamente duerme y se despierta según refiere más o menos en media hora después y no puede volver a dormir, da vueltas en la cama, se levanta, prende la televisión, piensa "como la extraño" "porque no llegue

cuando ella estaba consiente, me hubiera apurado” “si hubiera salido rápido” “¿porque se murió?, ella merecía vivir”, experimentando ansiedad (10), tristeza (10) y culpa, llora, se arrodilla y reza, después se tranquiliza. Ello sucede 5 veces a la semana, dura 4 horas aproximadamente.

Al llegar la hora de levantarse Marivel muestra desgano para salir de la cama, se destapa y luego vuelve a taparse con la frazada, luego de unos minutos se levanta y lo hace con lentitud, camina hacia la cocina la enciende y piensa: “otro día sin ella, como la extraño”, “no quisiera ir a trabajar, ya nada es igual sin ella”, “si hubiera estado ahí desde temprano hubiera exigido la atención rápida de los médicos” sintiendo tristeza (8), y por un instante siente que le falta el aire, le duele el brazo se frota constantemente para que le pase el dolor. Ello le ocurre tres veces por semana.

Al encontrarse en casa los fines de semana por las mañanas Marivel experimenta dolor de espalda, angustia (8), se sienta coloca sus manos en la cabeza cogiéndose los cabellos fuertemente y piensa “porque estoy así”, “me siento sola” llora, “es mi culpa no he sido una buena hermana” y al barrer, lavar y preparar el desayuno lo hace con desánimo, lentamente saca una taza la coge fuertemente y la tira al piso, se asusta con el ruido, llora, recuerda que su hija la necesita y trata de tranquilizarse diciendo “tengo que hacer mis quehaceres del día por ella”. Ello acontece todos los fines de semana, sobre todo por las mañanas.

Cuando Marivel recuerda sus primeros días de trabajo cuidando niños, en situaciones difíciles, su hermana le daba ánimos, valorando sus cualidades, el recordar ello la hace sentir triste(8) y pensar lo siguiente : “si estuviera mi hermana ella me diría que sí puedo, que confié en mi”, lo que le lleva a experimentar tranquilidad, sin embargo, después de unos minutos piensa “no soy tan inteligente”, “porque no la cuide yo tengo la culpa, no le ayude como debería”, “como hare no puedo estar sin ella, la necesito” presentando llanto.

En otra ocasión Marivel sale a comprar y ve que la vecina se acerca, se detiene y cruza al frente, no quiere encontrarse con ella, sin embargo, la señora le da el alcance y le pregunta ¿cómo está?, ella llora, la vecina le dice

que tiene que ser fuerte y no tener pena de su hermana ya que ha sido una buena hermana; mientras la escucha va pensando “no puedo”, “si hubiera hablado con ella”, “mi hermana la más buena”, “que sabe ella lo que siento, lo que pasó”, “yo no estuve pendiente de ella, no hice lo suficiente para salvarla” , se despide, camina despacio empieza a recordar cuando su hermana venía a verla más seguido y le decía gordita tu vales mucho no sufras por ese hombre (la hermana la visitaba constantemente durante el periodo en el que ella encontró mensajes con otra mujer en el celular de su esposo) llora, siente que le falta el aire, taquicardia, dolor de cabeza, se detiene se apoya en la pared, piensa, “ella me apoyaba”, “porque se accidentó” “si tan solo hubiera creído en lo que me decían cuando llamaron, hubiera alcanzado para hablar con ella” siente tristeza (10), culpa (10), llora no quiere que la vean así que camina más rápido cogiendo con fuerza su bolsa. Experimenta ello durante toda la semana.

Al llegar Marivel a casa refiere que siente soledad, tristeza, ansiedad, va a la cocina se sienta y llora, piensa: “porque me pasa esto” “ya se me está adormeciendo mi brazo, mi cara”, “estoy sola”; cuando se encuentra con su hija ella le dice no te preocupes yo ya hice mis tareas, ella no le dice nada y corre a su cuarto cierra la puerta con llave se echa a la cama y llora tapando su cabeza con la almohada; piensa “ soy una mala madre”, no puedo hablar con ella” “a quien le digo todo lo que me pasa” “no me entienden” llora, siente tristeza (9). Se levanta mira por la ventana y piensa “por qué se fue éramos tan unidas”, “porque tuvo que sufrir, ya no hablaba, le pusieron un tubo”, recuerda que le dijeron: “tu hermana ya había hecho paros cardiacos, ya le habían salvado que ya no resistiría más, que estaba sufriendo”, “yo tengo la culpa, me acerque a su cama le dije que ya no sufriera, que si tenía que irse se fuera, yo le dije que descansara”, “no debí decirle, pero ella sufría” “no pude, no pude hacer nada para ayudarle”, llora, experimenta ansiedad (10), siente culpa. Ello sucede tres a cuatro veces por semana.

En otra ocasión Marivel al viajar con su esposo a Huancayo, pasa una ambulancia con la sirena encendida y los pasajeros comentan de un accidente, ella recuerda cuando llevaban a su hermana en la ambulancia y llora inconsolable, empieza a temblar, siente que le falta el aire, se le adormece el

brazo, piensa: “no puede ser no llegaran a tiempo como yo no llegue para ayudar a mi hermana”, siente tristeza (10), culpa, ansiedad (10). Permanece sentada quieta moviendo lo pies constantemente, llora piensa y expresa: “estoy sola”, cuando su esposo le dice cálmate yo estaré contigo me quedare ella acepta su abrazo, lo abraza fuertemente y llora.

Al regresar a su casa siente mucho sueño, duerme y se despierta a la madrugada asustada, piensa “quisiera estar con ella”, después de dos horas vuelve a dormir. Por la mañana se levanta y camina de un lado a otro por la habitación, piensa “otro día más, me siento muy cansada, mi esposo dice estará conmigo, pero ya se irá a trabajar y yo estaré sola de nuevo”. Cuando escucha el sonido de la sirena en otras ocasiones se pone ansiosa (9) y se queda quieta llorando.

2.3.2 Desarrollo cronológico del problema

La niñez de Marivel transcurrió en la ciudad de la Oroya, campamento minero, tenía mayor confianza con la madre, pero el padre recuerda la llenaba de regalos y eso le gustaba, pero su padre también era estricto y a veces le llamaba la atención por lo que manifiesta que se resentía.

A los 8 años de edad Marivel tenía temor de salir de casa sola, prefería ir con sus hermanas o su madre, difícilmente salía a comprar sola lo hacía cuando no podía convencer a sus hermanas para que la acompañaran.

Cuando tenía 10 años en la escuela la molestaban porque había subido de peso y ya no quería ir, recuerda que lloró y sus papás no la obligaron, su hermana la consolaba (la que falleció). Después de un día iba y no se relacionaba mucho con las otras niñas. Tenía pocas amigas “...no me gustaba hablar mucho, tenía miedo, vergüenza de que se burlaran de mí...”

Durante su adolescencia a los 14 años a su padre le trasladaron de su trabajo a una zona minera donde no están las familias de los trabajadores y se mudaron a San Pedro de Cajas, un distrito de la cual procedía su familia; ahí extrañaba a sus amigas y colegio, estuvo triste, preocupada, asistió un corto tiempo al nuevo colegio y decidió no estudiar, sus padres accedieron, ella sentía temor de integrarse con los nuevos estudiantes de la zona.

A los 16 años le invitaron a salir a una fiesta, sus padres en casa decían que las chicas a los 18 años recién deberían ir a las fiestas, ella refiere que dudaba por unos momentos quería ir y después no diciéndose así misma que sus padres se podían molestar y qué como no tenía muchas amistades se sentiría mal, por lo que se encerró en su cuarto y lloró.

A los 18 años conoció a su actual esposo, se enamoró, tenía temor de decirle a sus padres, se encontraban a escondidas, para ello a veces le ayudaban sus hermanas, como siempre apoyaba en casa con las labores sus padres la consideraban bastante, así que cuando les dijo que tenía un enamorado y les presentaría ellos al inicio se molestaron, pero aceptaron la relación, estuvieron como enamorados 8 meses, y se casaron, al inicio refiere ella "...quería salir de casa, hacer mi propia vida, al inicio no fue fácil, él era bueno, sintió miedo de esta nueva experiencia, a veces estaba triste, el me consolaba...". Se embarazó y tuvo su primer hijo, motivo por el cual estuvo contenta y todos festejaron el hecho, por lo que la visitaban; su esposo le apoyaba al inicio y después decidió buscar otro trabajo para sustentar a la familia por lo que ella manifiesta se sentía sola, preocupada,

A los 32 años su esposo realiza sus trámites para viajar a otro país para trabajar ya que tenía familia en el extranjero, surge en ella la emoción de mejorar su situación económica y familiar, pero se preocupa y el primer año de la partida de su esposo "...me sentía triste y preocupada, sola, mi mama me visitaba con frecuencia y mi hermana, después ya me acostumbre y me dedique por completo a mis hijos..."

A los 38 años Marivel, le comentan que su esposo quien trabaja en EE. UU y viene cada año en sus vacaciones lo están viendo mucho conversar con una vecina, en cierta ocasión descubre mensajes en el celular de su esposo con esta persona, es cuando siente angustia, conversando con él, a lo que el mismo refiere que no ha tenido nada con la vecina y deciden continuar para superar el problema, la evaluada señala que a partir de allí empezó a sentir dolores de cabeza (7), tristeza (6), pensando “porque me pasa esto”, “todo estaba bien”.

Al siguiente mes se siente intranquila, inquieta, los dolores de cabeza aumentan (9), siente que le falta el aire, persiste la tristeza (8), por lo que piensa “desde cuando estaría pasando esto”. Tiene problemas para conciliar el sueño, intensificándose a para los días.

Cuando su hermana se entera de lo que había pasado con su cuñado por casualidad, pues Marivel es una persona reservada, viene a verla más seguido y la motiva a salir adelante reconociendo en ella sus cualidades, le hace bromas como desde antes lo hacía, “me siento mejor con la compañía y cariño de mi hermana”.

En el mes de abril recibe una llamada telefónica, la voz de un varón que pregunta por ella manifestando que hay una persona herida que encontró sus datos en una libreta y como estaba consiente le dio sus datos (llamada que contesta su hijo mayor), la segunda vez contesta ella y le dice que no tiene ninguna persona herida y que se han equivocado, le refieren características de su hermana y cuñado quien había fallecido ya, ante las referencias físicas y del color del carro refiere: me di cuenta que era el carro y mi hermana, tuve miedo dije que hago, Salí corriendo, no encontraba movilidad, demore, durante el trayecto iba pensando que la encontraría bien que hablaría con ella, cuando llegue estaba viva pero ya no hablaba, teníamos que llevarla a otro hospital porque no la atendían no nos recibieron. Mi cuñado había fallecido ya. Ella falleció al día siguiente.

Después del fallecimiento de la hermana a los tres meses continua con los sentimientos de culpa por no haber llegado a tiempo para hablar con ella.

Cuando cumple 39 años y un año de fallecimiento de su hermana no sale mucho de casa, presenta dolores de cabeza frecuentes, tristeza, adormecimiento de manos, sentimientos de culpa por no haber llegado a tiempo para despedirse, no duerme bien, se levanta cansada, no habla mucho con sus hijos.

Su esposo llega de vacaciones por un mes y ella se muestra contenta al inicio, luego piensa “ya me acostumbré a estar sola, luego se irá como mi hermana”.

Inicia su labor como cuidadora de niños a insistencia de sus amistades para que se distraiga, acepta ir y se siente un poco más tranquila al inicio, al retornar a su casa tiene menos dolores de cabeza, pero se intensifica el dolor de espalda, adormecimiento de brazo y dificultad para respirar, llora recordando a su hermana, también son sus compañeras cuidadoras, durante sus actividades sale por momentos y llora.

A la fecha de acudir a consulta presenta dificultad para dormir, tristeza, sentimiento de culpa, ansiedad, deterioro de la autoestima, llanto frecuente, dificultad para respirar, fatiga.

2.4 Historia personal

2.4.1 Desarrollo inicial:

Cuando la madre salió embarazada de Marivel, recibieron la noticia con alegría pues era la primera hija, el embarazo fue a término y parto normal, fue atendida en el hospital.

El desarrollo psicomotor de la evaluada estuvo acorde a su edad. Sin embargo, la evaluada sufría de constantes resfríos.

2.4.2 Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia

Marivel no tenía muchos amigos (as), era “muy tranquila y obediente”. Presentaba temor a salir sola excepto con la madre y hermanas.

Ante la presencia de dificultades con sus compañeras de escuela no le contaba a nadie y lloraba a solas, al retornar a la escuela al día siguiente se alejaba de las otras niñas, buscaba a una sola de sus amigas y no salía al recreo.

Cuando la molestaban ya sean sus compañeras de escuela o su familia tendía a encerrarse en su cuarto y llorar hasta su adolescencia.

2.4.3 Actitudes de la familia frente al niño

Los padres de Marivel no empleaban castigos físicos, le llamaban la atención y aceptaban sus disculpas cuando cometía algún error y cuando lloraba la dejaban y luego la buscaban para darle una galleta o fruta para que no este triste.

2.4.4 Educación

En años pasados podían ingresar directamente a primaria, por ello no hizo inicial en la localidad en Oroya, Su papá es trasladado a otra localidad Corcona, ellos se mudan a San Pedro, Marivel., no quiere estudiar en SPC, insiste en volver a Oroya por lo que no concluye la secundaria. Su rendimiento escolar fue promedio, en secundaria tuvo dificultades en el curso de matemática y educación física.

2.5 Historia familiar

La usuaria cuenta con una familia constituida por su esposo y tres hijos y guarda una estrecha relación con sus padres.

2.5.1 Datos familiares

Tabla 1

Datos de los familiares de la evaluada

Parentesco	Nombre	Edad	Grado instrucción	Dedicación
• Padre	Julio	62	3° primaria	su casa
• Madre	Maruja	64	5° primaria	trabaja en lima
• Esposo	Juan	44	5° secundaria	trabaja en el extranjero
• Hermana 2	Guisela	38	5° secundaria	falleció
• Hermana 3	Judith	36	superior	vive en extranjero
• Hijo 1	Fredy	22	superior	trabaja - familia
• Hijo 2	Gustavo	20	superior	estudia y trabaja
• Hija 3	Kathia	12	1ro. secundaria	estudiante

2.5.2 Relaciones familiares:

La relación de Marivel y su esposo es buena, él desde hace algunos años trabaja en el extranjero solo viene durante las vacaciones y permanece en estos dos últimos años alrededor de tres meses, pero esta vez a raíz que no la encuentra bien se quedará hasta fin de año.

Con sus padres mantiene buenas relaciones, la madre viene casi todos los días a su casa desde la muerte de la hermana.

Con su segundo hijo no se lleva muy bien a raíz que él en ocasiones cuando la visita le reclama el no haberle comunicado que su tía se accidentó. Por lo que siente culpa y recuerda lo sucedido cuando ve a su hijo. Marivel comunicó a su

hijo mayor que estaba en casa y a su niña, más no al segundo, ella refiere que se olvidó totalmente de decirle, su otro hijo le comunicó a su hermano. La usuaria refiere que él no tendría que molestarle por ello, pero la hacer sentir culpable diciéndose “no sirvo ni para explicarle a mi hijo lo que pasó, no me entienden”.

Evaluación psicológica

• Instrumentos de Recolección de Datos

- Registro de Conducta: Frecuencia
- Registro de Conducta: Intensidad
- Registro de frecuencia de pensamientos.
- Registro de emociones.
- Escala de depresión de Beck
- Inventario de Personalidad Eysenck y Eysenck-Forma B
- Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon

➤ Informes psicológicos

Informe del Inventario de depresión de Beck

I. Datos de filiación

Apellidos y Nombres	: M. A. LL
Edad	: 40 años
Fecha de evaluación	: 18 de enero
Psicóloga	: María Lourdes Huaynates Baldeón
Fecha del Informe	: 21 de enero de 2018

II. Motivo de evaluación

Establecer el grado de depresión en el que se encuentra la examinada.

III. Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Inventario de depresión de Beck.

IV. Resultados

Puntaje: 26 puntos

Depresión Moderada

V. Interpretación

El puntaje obtenido por la usuaria en esta prueba indica Depresión moderada, con predominancia en lo afectivo: tristeza constante, sentimientos de culpa, de soledad, desánimo, pesimismo y desmotivación; cognoscitivo: pensamientos distorsionados de creencias irracionales, de autoacusación frecuente lo que le genera visión negativa de sí misma y de los que le rodean, con pocas expectativas favorables de su futuro, en lo conductual llanto la mayoría de las veces, evita relacionarse con las demás personas. Dificultad en conciliar el sueño, poco interés en desarrollar sus actividades diarias, fatigabilidad y reducido nivel de energía.

VI. Conclusiones

Indicadores de depresión moderada por más de dos semanas con poco interés en la realización de sus actividades, desgano para realizar las actividades cotidianas, tristeza profunda, sentimientos y pensamientos de culpabilidad, autoacusación, pesimismo, visión negativa de sí misma, de su entorno, dificultad para tomar decisiones y establecer metas.

VII. Recomendaciones

Participación en programa de manejo de emociones.

Informe del Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma B

I. Datos de filiación

Apellidos y Nombres : M. A. LL
 Edad : 40 años
 Fecha de evaluación : 25 de enero
 Psicóloga : María Lourdes Huaynates Baldeón
 Fecha del Informe : 28 de enero de 2018

II. Motivo de evaluación

Establecer tipo de personalidad para determinar perfil psicológico.

III. Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Inventario de Personalidad Eysenck y Eysenck – Forma B

IV. Resultados

Tabla 2

Resultados obtenidos del inventario de Personalidad de Eysenck

Dimensión	Puntaje Directo	Diagnóstico
<i>E</i>	8	Personalidad introversa, con temperamento melancólico
<i>N</i>	13	Inestable emocionalmente
<i>L</i>	3	Válido y confiable

V. Interpretación

Los resultados alcanzados por la usuaria reflejan sinceridad en su autoevaluación mostrando una imagen objetiva de la misma.

La examinada presenta rasgos con tendencia a una personalidad introvertida con temperamento melancólico, caracterizada por ser una persona seria, tranquila, ordenada, poco le agrada el bullicio alrededor suyo, se muestra un tanto distante y reservada a excepción de amistades más cercanas con quienes se expresa y comparte, ocasionalmente expresa impulsividad y agresividad, difícilmente pierde el control, asume actitudes pesimistas, da valor a las normas y a la ética, lo que hace que ante diversos acontecimientos se muestre ansiosa, rígida y voluntariosa.

Niveles altos en el circuito cortical la excitabilidad del sistema nervioso autónomo le ocasiona a la usuaria inestabilidad lo que le provoca dificultades respiratorias, taquicardias, dificultades somáticas y otras; tiende a expresar inseguridad, ansiedad dando respuestas emocionales inadecuadas al experimentar situaciones difíciles.

VI. Conclusiones

- Indicadores de tendencia a temperamento melancólico y a personalidad introvertida.
- Presencia de inestabilidad emocional, con probabilidad de generar respuestas inadecuadas frente a estresores.

VII. Recomendaciones

- Participar en un programa de control emocional (culpa, ansiedad, miedo).
- Mantenimiento y fortalecimiento de conductas sociales y familiares presentadas.

Informe del Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon

I. Datos de filiación

Apellidos y Nombres	: M. A. LL
Edad	: 40 años
Fecha de evaluación	: 02 de febrero
Psicóloga	: María Lourdes Huaynates Baldeón
Fecha del Informe	: 04 de febrero de 2018

II. Motivo de consulta

Diferenciar los patrones, patologías y/o síndromes de la personalidad que permitan determinar su perfil psíquico.

III. Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon.

IV. Resultados

Tabla 3

Resultados de Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon

Puntaje	Escala	Dimensión
87	Evitativa	Patrones clínicos de personalidad
80	Autoderrotista	
80	Ansiedad	Síndrome clínico
84	Depresión mayor	Síndrome severo

V. Interpretación

Presencia de indicador elevado en la personalidad evitativa lo que indica desconfianza y vergüenza de sí misma, se muestra cautelosa al interactuar con su entorno presentando tensión, ansiedad lo que le lleva a manifestar poca confianza en los demás y desasosiego social, mantiene distancia y reserva en el establecimiento de relaciones sociales por temor a no ser aceptada y subestimada por lo que espera que los demás se acerquen a ella.

Se preocupa por los pensamientos negativos internos que la aquejan y no la dejan avanzar. Se auto percibe así misma como inferior frente a los demás, poco atractiva, aislada socialmente, con sentimientos de soledad, de culpa; su expresión afectiva se relaciona con angustia, tensión, tristeza, duda, miedo.

Ante situaciones estresantes son limitados los recursos que tiene para su afronte evitando resolverlas, lo que pudiera generarle una descompensación.

Tiende a mostrarse complaciente frente a los demás, en ocasiones recuerda situaciones pasadas difíciles e injustas que la angustian.

En relación a síndrome clínico presenta un puntaje moderado en ansiedad producto de sus sentimientos de culpa, preocupación por sus dolores de espalda, adormecimiento de brazo, sensación de ahogo, dificultades para conciliar el sueño.

La usuaria presenta un indicador moderado en depresión lo que conlleva a manifestar tristeza y llanto frecuente, sentimientos y pensamientos de culpa, desinterés por la realización de actividades cotidianas y disfrute de las mismas, visión negativa de sí misma, su presente y futuro.

VI. Conclusiones

- Evita establecer relaciones interpersonales por rasgos de auto desconfianza y temor al rechazo social.
- Percepción negativa de sí misma, sentimientos de minusvalía y de soledad.
- Establece relaciones donde antepone a los demás.
- Presencia de niveles marcados de depresión.

VII. Recomendaciones

- Aprendizaje de técnicas de relajación.
- Fortalecimiento de la autoestima - autoconcepto
- Modificación de pensamientos negativos

Informe psicológico integrado

I. Datos de filiación

Apellidos y Nombres	: M. A. LL
Edad	: 40 años
Fecha de evaluación	: 08 de febrero
Psicóloga	: María Lourdes Huaynates Baldeón
Fecha del Informe	: 09 de febrero de 2018

II. Motivo de consulta

Determinar su perfil psíquico.

III. Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Observación de la conducta
- Inventario de depresión de Beck
- Inventario de personalidad de Eysenck
- Inventario de personalidad de Millon

IV. Resultados

La examinada presenta rasgos con tendencia a una personalidad introvertida con temperamento melancólico, caracterizada por ser una persona seria, tranquila, que mantiene un orden en sus actividades, poco le agrada el bullicio alrededor suyo, mínimamente se esfuerza por hacer nuevas amistades prefiriendo que se acerquen a ella; se muestra un tanto distante y reservada a excepción de amistades más cercanas con quienes sí se expresa, busca la aceptación de los demás, se muestra susceptible, tiende a ser disconforme consigo misma; ocasionalmente expresa impulsividad y agresividad, difícilmente pierde el control; asume actitudes pesimistas y críticas, da valor a las normas y a la ética, lo que hace que ante diversos acontecimientos se muestre ansiosa, rígida, voluntariosa.

Niveles altos en el circuito cortical excitabilidad del sistema nervioso autónomo ocasiona a la usuaria inestabilidad lo que le lleva a presentar dificultades

respiratorias, taquicardias, dificultades somáticas y otras; tiende a expresar inseguridad, ansiedad, llanto, dando respuestas emocionales inadecuadas al experimentar situaciones difíciles.

La autopercepción negativa de sí misma la lleva a no valorar sus aciertos, desconfiando de sí misma, con sentimientos de minusvalía y soledad, a verse apartada socialmente buscando la aceptación de su entorno lo que le genera tensión. Si bien desea establecer relaciones con los demás niega estos sentimientos, lo que le lleva mantenerse distante por temor al rechazo y subestimación de los que le rodean.

Se preocupa por los pensamientos negativos internos que la aquejan y no la dejan avanzar, provocándole sentimientos de culpa; indaga con cautela el medio que la rodea advirtiéndole amenazas expresando tensión, tristeza, duda. Tiende a mostrarse complaciente frente a los demás, en ocasiones recuerda situaciones pasadas difíciles e injustas que la angustian.

Respecto a los indicadores de depresión de Marivel se evidencia frecuente tristeza, sentimientos de culpa, de soledad, desánimo, pesimismo y desmotivación; con presencia de pensamientos distorsionados de creencias irracionales de autoacusación permanente lo que le genera una visión negativa de sí misma y de los que le rodean, con pocas expectativas favorables de su futuro pues no establece metas. La mayor parte del tiempo llora recordando la muerte de su hermana, evita relacionarse con las demás personas y afrontar situaciones que le resultan estresantes.

La usuaria tiene dificultad en conciliar el sueño, poco interés en desarrollar sus actividades diarias, fatigabilidad y reducido nivel de energía.

V. Conclusiones

- Características de una personalidad introvertida.
- Sistema nervioso lábil.
- Percepción negativa, pesimista de sí misma, de su entorno y futuro.
- Pensamientos y sentimientos de culpabilidad.
- La desconfianza en sí misma y la percepción intimidante del ambiente que la rodea hace que se aparte socialmente.
- Establece relaciones donde antepone a los demás antes que a sí misma
- Presencia de niveles marcados de depresión.

VI.Recomendaciones

- Entrenamiento en identificación y manejo de emociones.
- Mantenimiento y fortalecimiento de conductas sociales y familiares presentadas.
- Programa de reestructuración cognitiva para cambiar sus creencias irracionales por otras más racionales.
- Programa conductual para incrementar la autoestima - auto concepto a través del entrenamiento auto instructivo, activación conductual.
- Aplicación de reforzadores sociales.
- Entrenamiento en técnicas de relajación.

III. Viabilidad del proyecto

Consideramos la viabilidad del proyecto ya que existen las condiciones para esta intervención, la usuaria en primer lugar reconoce el apoyo terapéutico que requiere decidiendo participar activamente en la intervención, existiendo adherencia al tratamiento mostrando disponibilidad y asistencia a las sesiones pactadas, cuenta con soporte familiar, en su ámbito laboral le dan las facilidades de tiempo para su asistencia a consulta.

En referencia a los instrumentos, están disponibles para su aplicación en el establecimiento de salud como la escala de depresión de Beck, los inventarios de personalidad, registro de conductas ya habiendo sido aplicadas en otros casos por lo que se conoce la aplicación e interpretación de los mismos.

Se cuenta con un ambiente adecuado para realizar las sesiones en las que existe la comodidad básica y privacidad correspondiente.

IV. Productos

Programa de tratamiento conductual-cognitivo

Repertorio de entrada: Presentamos el registro antes de iniciar con la intervención terapéutica.

Tabla 4

Registro de línea base: frecuencia de pensamientos negativos de la usuaria

Pensamientos	L	M	M	J	V	S	D	Total
“porque no llegue cuando ella estaba consiente, me hubiera apurado”	3	4	4	5	4	3	2	25
“otro día sin ella, como la extraño”	5	4	3	4	4	3	3	26
“si hubiera estado ahí desde temprano hubiera exigido la atención rápida de los médicos”	4	3	3	4	4	3	5	26
“y si no lo puedo hacer, ”si estuviera mi hermana ella me diría que sí puedo, que confié en mi”	3	4	3	2	3	4	3	22
“no soy tan inteligente”	2	3	4	5	4	4	4	24
“porque no la cuide yo tengo la culpa, no le ayude como debía”	3	4	3	4	3	5	4	24
“si tan solo hubiera creído en lo que me decían cuando llamaron, hubiera alcanzado para hablar con ella”	4	4	5	4	5	4	4	30
“soy una mala madre	5	4	4	3	4	4	3	27
“porque tuvo que sufrir, ya no hablaba, le pusieron un tubo”	4	3	4	2	4	5	5	27
“yo tengo la culpa, me acerque a su cama le dije que ya no sufriera, que si tenía que irse se fuera, yo le dije que descansara, no debí decirle, pero ella sufría”	4	4	5	4	4	6	5	32
“otro día más, me siento muy cansada, mi esposo dice estará conmigo, pero ya se irá a trabajar y yo estaré sola de nuevo”	3	2	4	4	3	4	3	23
“no sirvo ni para explicarle a mi hijo lo que pasó”	2		4		4		2	12

Nota: lun, mar, mie, jue, vie, sab y dom son los días de la semana.

Se presenta el registro de frecuencia de los pensamientos negativos antes de inicio de la intervención terapéutica

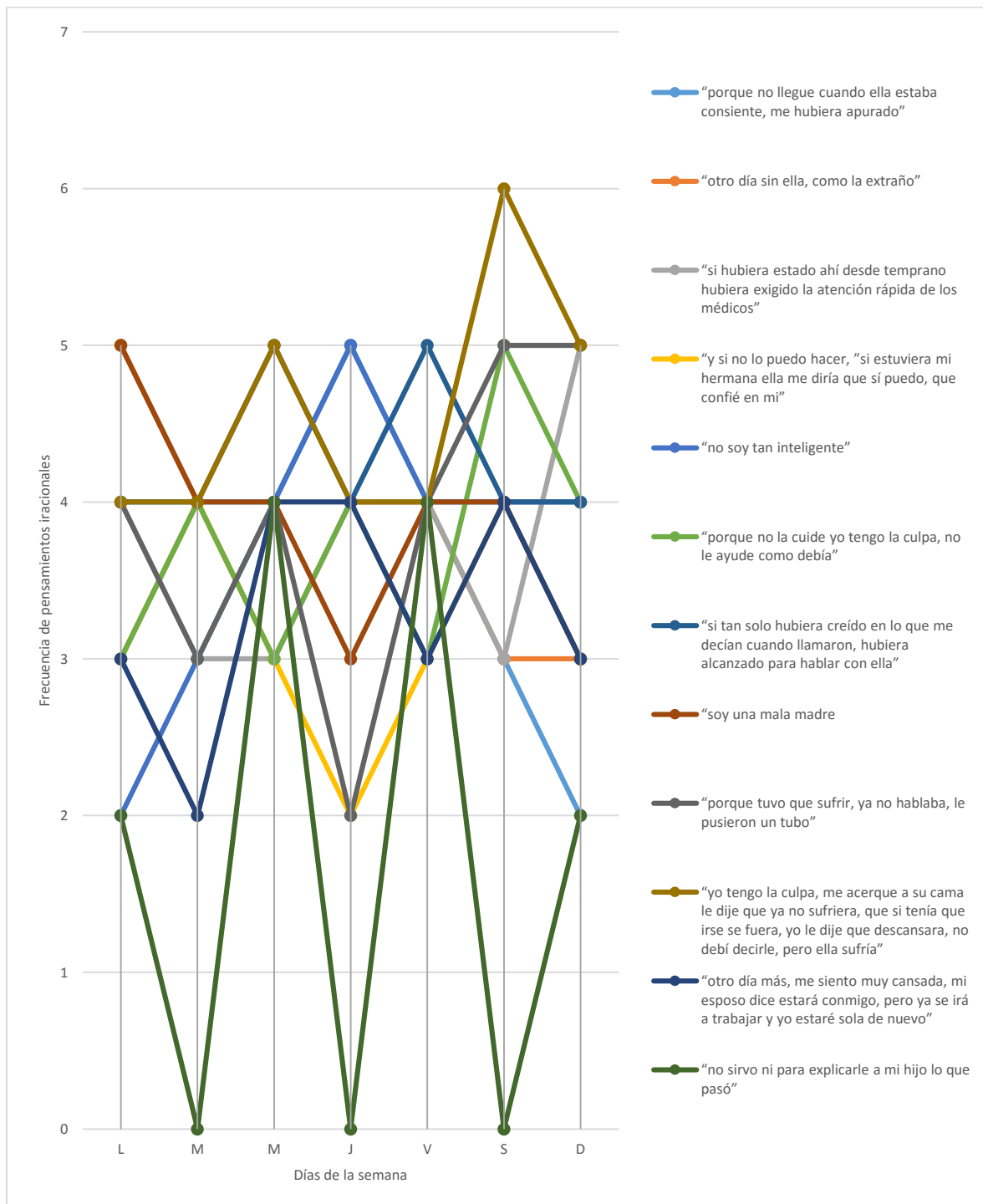


Grafico 1. Línea base de pensamientos negativos

Tabla 5

Línea base de registro de emociones negativas según su frecuencia

Conducta	Frecuencia /intensidad								Total
		L	M	M	J	V	S	D	
Tristeza	F	4	4	5	5	4	5	5	32
	I	10	10	9	10	8	10	10	67
Culpa	F	4	5	6	5	6	6	5	37
	I	10	10	9	10	9	9	9	66
Ansiedad	F	4	3	4	4	5	6	6	32
	I	9	8	9	7	8	9	8	58
Miedo	F	3	3	1	2	2	4	3	18
	I	6	5	7	5	6	6	6	41

Se observa la frecuencia e intensidad de las emociones que perturban a la usuaria, siendo la culpa de mayor frecuencia, seguido de la tristeza y la ansiedad que se encuentran con 32 veces. La intensidad de la tristeza se diferencia en solo un punto de la culpa y un poco más alejado la ansiedad en su intensidad.

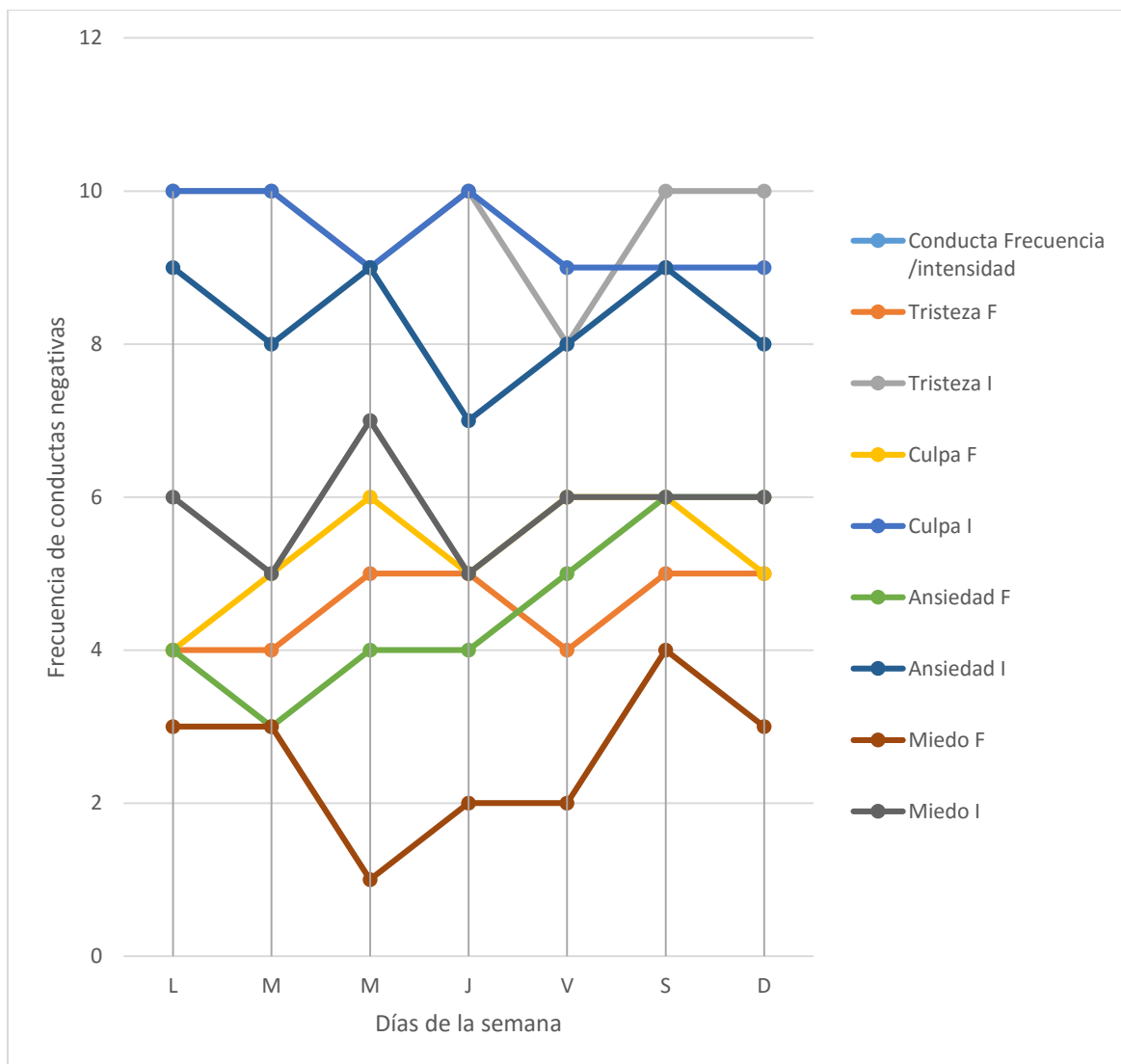


Grafico 2. Se observa la mayor frecuencia en la culpa

Tabla 6

Línea base de registro de emociones negativas según intensidad

Emociones negativas	L	M	M	J	V	S	D	Total
Tristeza (0-10)	10	10	9	10	8	10	10	10
Culpa (0-10)	10	10	9	10	9	9	9	10
Ansiedad (0-10)	9	8	9	7	8	9	8	8
Miedo (0 -10)	6	5	7	5	6	6	6	6

Se muestra las intensidades máximas en las emociones de culpa y tristeza.

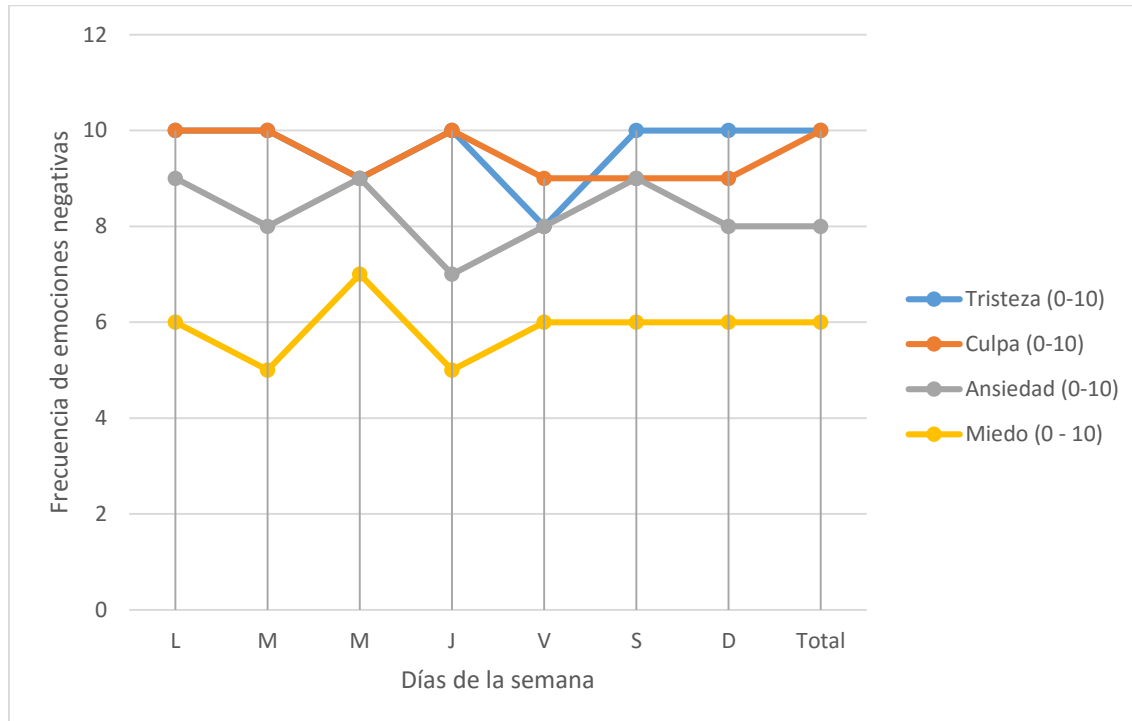


Gráfico 3. Se expresa la máxima intensidad de 10 en intensidad de culpa y tristeza durante toda la semana.

Tabla 7

Línea base de registro de conductas en relación a su frecuencia

Conductas	L	M	M	J	V	S	D	Total Frec.
Llanto	4	4	6	5	6	6	5	35
Caminar de un lado a otro	4	2	3	3	2	2	4	20
Evitar salir para encontrarse con amistades	4	5	4	4	4	5	4	30
Encerrarse en su cuarto	2	3	2	3	2	4	4	20
Despertar en la noche	4	3	4	4	3	4	4	26
Sentarse y colocar las manos sobre la cabeza cogerse los cabellos con fuerza.		2	3	2	3	2		12

Se evidencia la frecuencia de llanto en primer lugar seguido de la conducta evitativa de salir.

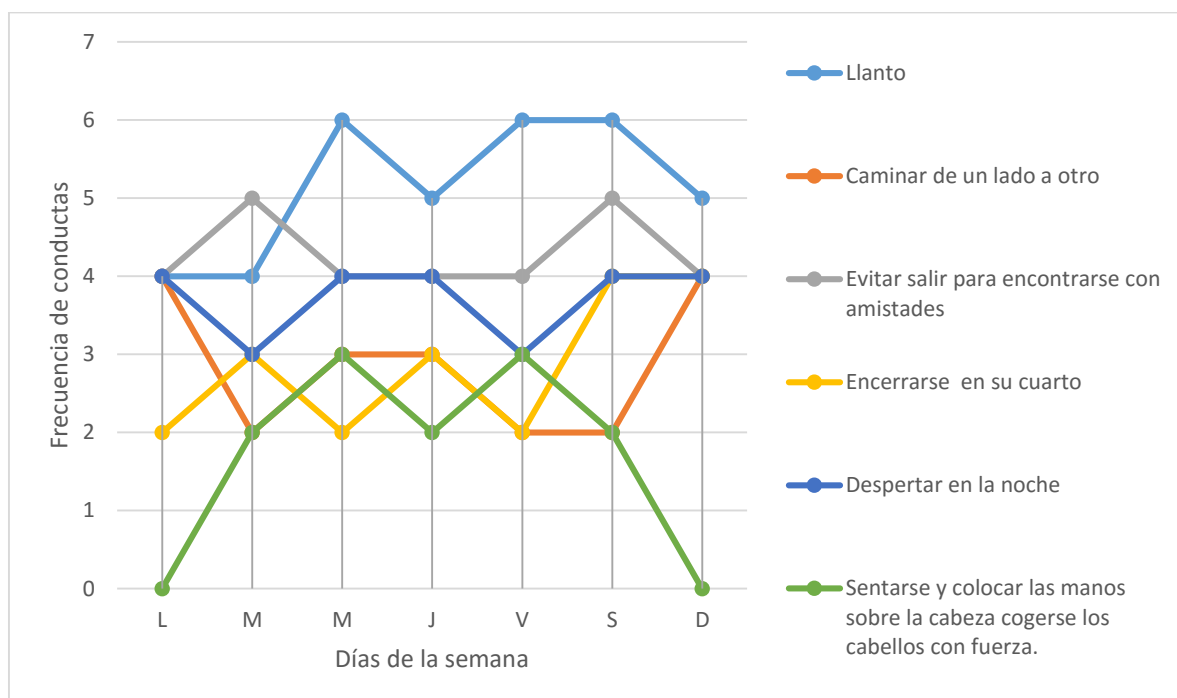


Grafico 4. Registro de la frecuencia de la presentación conductas de la usuaria.

Evaluación durante el tratamiento

Tabla 8

Registro de línea base a la séptima semana de la intervención terapéutica en relación a pensamientos negativos o distorsionados.

Pensamientos	S1	S7
“porque no llegue cuando ella estaba consiente, me hubiera apurado”	25	16
“otro día sin ella, como la extraño”	26	19
“si hubiera estado ahí desde temprano hubiera exigido la atención rápida de los médicos”	26	17
“y si no lo puedo hacer, ”si estuviera mi hermana ella me diría que sí puedo, que confié en mi”	23	14
“no soy tan inteligente”	24	14
“porque no la cuide yo tengo la culpa, no le ayude como debería”	24	17
“si tan solo hubiera creído en lo que me decían cuando llamaron, hubiera alcanzado para hablar con ella”	30	18
“soy una mala madre	27	10
“porque tuvo que sufrir, ya no hablaba, le pusieron un tubo”	27	15
“yo tengo la culpa, me acerque a su cama le dije que ya no sufriera, que si tenía que irse se fuera, yo le dije que descansara, no debí decirle, pero ella sufría”	32	25
“otro día más, me siento muy cansada, mi esposo dice estará conmigo, pero ya se irá a trabajar y yo estaré sola de nuevo”	23	18
“no sirvo ni para explicarle a mi hijo lo que pasó”	12	10

Nota: S1 = primera semana, S7 = séptima semana

En la tabla 8, se observa la disminución de la frecuencia en los pensamientos depresivos de la usuaria

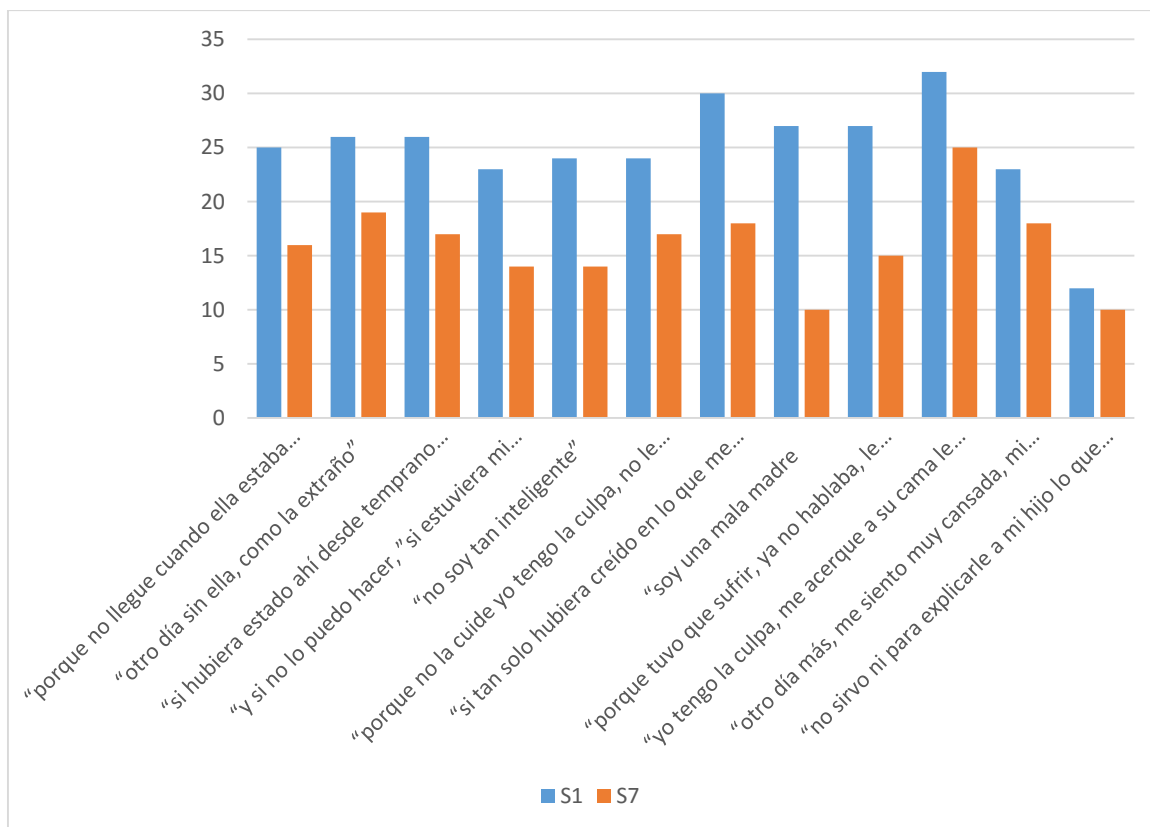


Gráfico 5. Frecuencia de pensamientos negativos a la séptima semana de iniciado el tratamiento

Procedimiento

Presentamos las sesiones de intervención terapéutica llevadas a cabo con la usuaria, donde se emplearon técnicas cognitivo conductuales que favorezcan la reducción de sintomatología depresiva a través de la modificación de pensamientos y creencias irracionales que perturban las emociones y conducta de la señora Marivel.

Tabla 9
Sesión 1

Objetivos	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y Actividades	Tareas asignadas
<p>Desarrollar un clima de colaboración terapéutica mutua. Motivo de consulta</p> <p>Iniciar la identificación de los síntomas y realizar listado de conductas problema.</p>	<p>Entrevista Psicológica y observación de la conducta</p> <p>Feedback recíproco</p> <p>Encuadre terapéutico</p> <p>Aplicación del inventario de Beck</p>	<p>Paso 1: Presentación con la usuaria. Inicio de entrevista psicológica y observación conductual obteniendo información del motivo de consulta.</p> <p>Paso 2: Se realiza el consentimiento informado.</p> <p>Paso 3: Identificamos los síntomas realizando el listado de problemáticas con la usuaria.</p> <p>Paso 4: Se explica el proceso de intervención a desarrollar en base al modelo cognitivo conductual.</p> <p>Paso 5: Aplicación del inventario de Beck</p>	<p>Se le pide completar el listado de conductas, pensamientos y actividades que se han visto afectadas.</p>

Tabla 10

Sesión 2

Objetivos	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y Actividades	Tareas asignadas
<p>Crear un clima de confianza en busca de la intervención activa de la usuaria en el tratamiento</p> <p>Recoger información empleando la historia Clínica Cognitivo conductual, elaboración de la línea base, mediante pruebas psicológicas y registro conductual.</p>	<p>Contrato terapéutico</p> <p>Psi coeducación</p> <p>Aplicar Inventario de Personalidad de Eysenck</p>	<p>Paso 1: explicación del tratamiento, de la relación de colaboración mutua durante las sesiones.</p> <p>Paso 2: Se informa lo que es depresión, síntomas, causas, niveles, tratamientos.</p> <p>Paso 3: Se le enseña el auto registro: elaboración del listado de síntomas y su registro: intensidad, duración, frecuencia.</p> <p>Paso 5: Elaboración de la historia clínica</p> <p>Paso 6: Aplicación del inventario de personalidad de Eysenck.</p>	<p>Registro de emociones a través de intensidad SUD (0-10)</p> <p>Registro de frecuencia de pensamientos negativos</p>

Tabla 11

Sesión 3

Objetivos	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y Actividades	Tareas asignadas
Establecer la línea base y objetivos terapéuticos	Autoregistros Análisis funcional, diagnóstico funcional y análisis cognitivo. Psicoeducación	Paso 1: verificar la tarea registro de síntomas, analizando y completando la, línea base. Paso 2: Culminar el listado de conductas problema, elaborar con la paciente el diagnóstico funcional: conductas problemas y pensamientos negativos identificados. Paso 3: se pide que la usuaria reflexione sobre: qué es una emoción. Tipos, causas. Los sentimientos de culpa. Medición a través del SUD (0-10) Paso 4: Se explica sobre la medición través del SUD (0-10) Paso 5: Qué son los pensamientos. Causas, aprendizaje, tipos. Medición a través de frecuencia	Registro de emociones a través de intensidad SUD (0-10) Registro de frecuencia de pensamientos negativos
Disminuir los pensamientos negativos que le generan llanto y sentimientos de culpa			

Tabla 12

Sesión 4

Objetivos	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y Actividades	Tareas asignadas
Reconocer la relación funcional entre situación, pensamiento, emoción y conducta.	1. Psicoeducación: Explicar la relación entre Pensamiento, sentimiento y emoción.	Paso 1: Se pide a usuaria realice la relación entre pensamiento y emoción y culpa. Paso 2: Relación entre pensamiento y conducta de llanto. Paso 3: Se le da la explicación sobre el uso diario del termómetro del estado de ánimo.	➤ Termómetro del estado de ánimo ➤ Registro del ABC (anexo 1)
Disminuir los pensamientos negativos que le generan llanto y sentimientos de culpa	2. Aplicar Inventario Millon	Paso 4: Se explica a usuaria la relación ABC. Paso 5: Aplicación del Inventario de Millon	

Tabla 13

Sesión 5

Objetivos	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y Actividades	Tareas asignadas
Disminuir los pensamientos negativos que le generan llanto y sentimientos de culpa	Psicoeducación Reestructuración cognitiva	Paso 1: Explicamos a la usuaria ¿Qué es la mayéutica? Paso 2: ¿Qué es la reestructuración cognitiva? Paso 3: El ABCDE de Ellis Paso 4: Aplicación de relajación a través de la respiración.	➤ Registro del ABCDE

Tabla 14

Sesión 6

Objetivos	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y Actividades	Tareas asignadas
Disminuir los pensamientos negativos que le generan llanto y sentimientos de culpa	Reestructuración cognitiva Técnicas de relajación	Paso 1: Explicamos que continuaremos con el debate ABCDE: procurar pensamientos adecuados, flexibles y saludables (sin distorsión) ante situaciones críticas. Paso 2; Analizar los pensamientos negativos; análisis lógico, empírico y con técnica de la lógica incorrecta. Paso 3: Explicación del entrenamiento en relajación	Registro de distorsiones cognitivas y diagrama del ABCD (debate) Practica de relajación

Tabla 15

Sesión 7

Objetivos	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y Actividades	Tareas asignadas
Disminuir los pensamientos negativos que le generan llanto y sentimientos de culpa	Psicoeducación Reestructuración cognitiva	<p>Paso 1: Explicamos a la usuaria acorde al registro elaborado continuaremos con el debate,</p> <p>Paso 2: Debate ABCDE: pensamientos adecuados, saludables (sin distorsión) ante situaciones difíciles</p> <p>Paso 3: Analizar los pensamientos negativos; análisis lógico, empírico y pragmático, con técnica de la lógica incorrecta.</p> <p>Paso 4: El ABCDE de Ellis</p> <p>Paso 5: Se le enseña o modela la relajación progresiva de Jacobson</p>	<p>Registro del ABCDE</p> <p>Práctica de la relajación progresiva de Jacobson</p>

Tabla 16

Sesión 8

Objetivos	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y Actividades	Tareas asignadas
<p>Incrementar pensamientos de autovaloración.</p> <p>Disminuir los pensamientos negativos que le generan llanto y sentimientos de culpa</p>	<p>Reestructuración cognitiva</p>	<p>Paso 1: Realizar un listado de las actividades relevantes hasta el momento que ha desarrollado sobre todo si han sido novedosas</p> <p>Paso 2: Proseguir con el Debate ABCDE: continuar con la implementación de pensamientos flexibles, adecuados y adaptativos.</p> <p>Paso 3: Aplicación de técnica de relajación Jacobson</p>	<p>➤ Registro de actividades</p> <p>➤ Registro del ABCDE</p>

Tabla 17

Sesión 9

Objetivos	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y Actividades	Tareas asignadas
<p>➤ Mantener y Promover actividades reforzantes para el paciente</p> <p>➤ Disminuir los pensamientos negativos que le generan llanto y sentimientos de culpa</p>	<p>Reestructuración cognitiva</p>	<p>Paso 1: Revisión de tareas: Actividades diarias, distorsiones cognitivas, ABCDE, relajación.</p> <p>Paso 2: Explicamos a la usuaria reflexione sobre sus conductas evitativas, que son y porque se dan.</p> <p>Paso 3: Proseguir con el Debate ABCDE: continuar con la implementación de pensamientos flexibles, adecuados y adaptativos.</p> <p>Paso 4: Aplicación de técnica de relajación Jacobson</p>	<p>➤ Registro del ABCDE</p> <p>➤ Autoregistro</p>

Tabla 18

Sesión 10

Objetivos	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y Actividades	Tareas asignadas
<p>➤ Disminuir la conducta de llanto</p> <p>➤ Disminuir la conducta de evitación</p>	<p>Relajación</p> <p>Técnica de comprobación de hipótesis y respuestas alternativas.</p> <p>Actividades distractoras</p> <p>Control de estímulo: estar sola</p>	<p>Paso 1: Relacione entre pensamiento y emoción y culpa</p> <p>Paso 2: realizar el análisis de los supuestos disfuncionales comprobando hipótesis</p> <p>Paso 3: Designarle tareas de acompañamiento con familiares cercanos y amistades, realizando un listado de los mismos</p>	<p>➤ Registro del ABC (anexo 1)</p> <p>➤ Registro de frecuencia del llanto</p> <p>➤ Registro de frecuencia de conducta evitativa</p>

Tabla 19

Sesión 11

Objetivos	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y Actividades	Tareas asignadas
<p>Elaborar nuevas metas personales.</p> <p>Incrementar pensamientos adecuados, flexibles, adaptativos en relación a autoeficacia y auto valía.</p>	<p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Psicoeducación</p>	<p>Paso 1: Revisar las tareas, reforzar las actividades ejecutadas,</p> <p>Paso 2: Identificación y explicación de los esquemas que explican sus distorsiones cognitivas.</p> <p>Paso 3: Psicoeducación: auto-eficacia y auto-valía.</p> <p>Paso 4: Elección de metas personales: iniciar una conversación, elogios, nuevas amistades.</p>	<p>Programa de actividades semanales,</p> <p>Registro de metas personales cumplidas</p>

Tabla 20

Sesión 12

Objetivos	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y Actividades	Tareas asignadas
Evaluar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.	Autoregistros Psicoeducación Biblioterapia	<p>Paso 1: Se revisan los autoregistros</p> <p>Paso2: Se refuerza los avances</p> <p>Paso3: se retroalimenta manejo del ABCDE</p> <p>Paso 4: Se pide leer lectura de Wayne W. Dyer “Tus zonas erróneas” capítulo 5 (emociones inútiles culpabilidad y preocupación)</p> <p>Paso 5: Paso 6: Se explica sobre las posibles recaídas en diversos casos.</p> <p>Paso 7: se entrega auto instrucciones en relación a la auto valía.</p>	<p>Registro de comparación de mejora en la sintomatología.</p> <p>Se deja lectura para reflexión</p>

Tabla 21

Sesión 13

Objetivos	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y Actividades	Tareas asignadas
Evaluar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.	Autoregistros Psicoeducación	<p>Paso 1: Se revisan los autoregistros</p> <p>Paso2: Se refuerza los avances</p> <p>Paso3: se retroalimenta manejo del ABCDE</p> <p>Paso 4: se muestran avances de reducción de síntomas a través de líneas base.</p> <p>Paso 5: Se analiza la lectura de tus zonas erróneas.</p> <p>Paso 6: Se explica sobre las posibles recaídas en diversos casos.</p> <p>Paso 7: se entrega auto instrucciones en relación a la auto valía.</p>	Registro de comparación de mejora en la sintomatología.

Resultados

A continuación, se presenta el análisis obtenido de la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas, el listado de conductas problema y el análisis cognitivo adecuado para el caso de Marivel de 40 años de edad con depresión moderada por sentimiento de culpa a raíz del fallecimiento de una de sus hermanas la más significativa para ella.

Se establecieron los registros de línea base en relación a pensamientos inadecuados y/o negativos, emociones perturbadoras y conductas inadecuadas antes y después de la intervención del programa. Así mismo para el pre y post test que midiera la sintomatología depresiva se utilizó como instrumento evaluativo el Inventario de depresión de Beck.

Tabla 22

Resultados de la aplicación del Inventario de depresión de Beck

	Pre-test	Post-test
Inventario de Beck	Depresión moderada 26	Altibajos normales 8

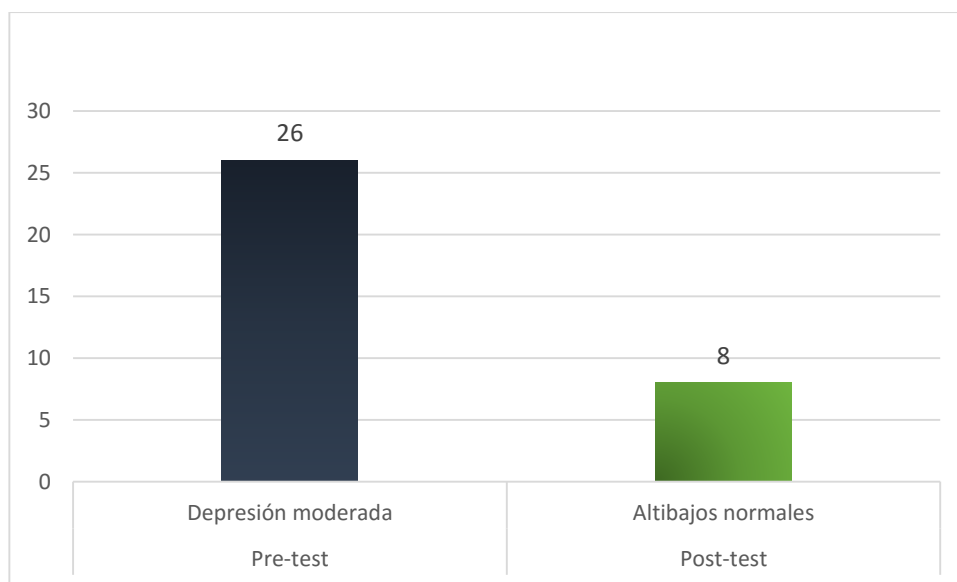


Gráfico 6. Puntuación pre y post test en el Inventario de depresión de Beck en lo que se evidencia una reducción significativa de la sintomatología depresiva de moderada a niveles a niveles considerados esperados y normales.

Evaluación al finalizar el tratamiento

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

Tabla 23

Registro de frecuencia al término del tratamiento de los pensamientos negativos

Pensamientos	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13
“porque no llegue cuando ella estaba consiente, me hubiera apurado”	25	25	24	22	20	18	16	13	11	8	6	4	2
“otro día sin ella, como la extraño”	26	26	26	25	23	21	19	18	14	10	8	6	3
“si hubiera estado ahí desde temprano hubiera exigido la atención rápida de los médicos”	26	26	25	24	21	19	17	15	13	10	7	4	2
“y si no lo puedo hacer, ”si estuviera mi hermana ella me diría que sí puedo, que confié en mi”	23	23	22	21	19	17	14	12	11	8	6	3	1
“no soy tan inteligente”	24	24	22	21	19	17	14	10	7	5	3	2	0
“porque no la cuide yo tengo la culpa, no le ayude como debería”	24	24	24	23	21	19	17	15	13	10	7	4	2

“si tan solo hubiera creído en lo que me decían cuando llamaron, hubiera alcanzado para hablar con ella”	30	30	28	27	25	21	18	15	12	10	7	4	2
“soy una mala madre	27	19	19	17	15	12	10	8	7	4	3	2	1
“porque tuvo que sufrir, ya no hablaba, le pusieron un tubo”	27	26	26	24	23	19	15	12	9	7	5	3	0
“yo tengo la culpa, me acerque a su cama le dije que ya no sufriera, que si tenía que irse se fuera, yo le dije que descansara, no debí decirle, pero ella sufría”	32	32	32	31	29	27	25	22	17	12	8	4	2
“otro día más, me siento muy cansada, mi esposo dice estará conmigo, pero ya se irá a trabajar y yo estaré sola de nuevo”	23	23	23	23	21	19	18	15	12	8	5	3	1
“no sirvo ni para explicarle a mi hijo lo que pasó”	12	12	12	11	11	10	10	8	7	5	4	3	2

Nota: S1 = primera semana, S7 = séptima semana y S13 = treceava semana

En la tabla 21, se observa la disminución del promedio de intensidad en las emociones causada por los pensamientos negativos de la usuaria hasta el término del tratamiento

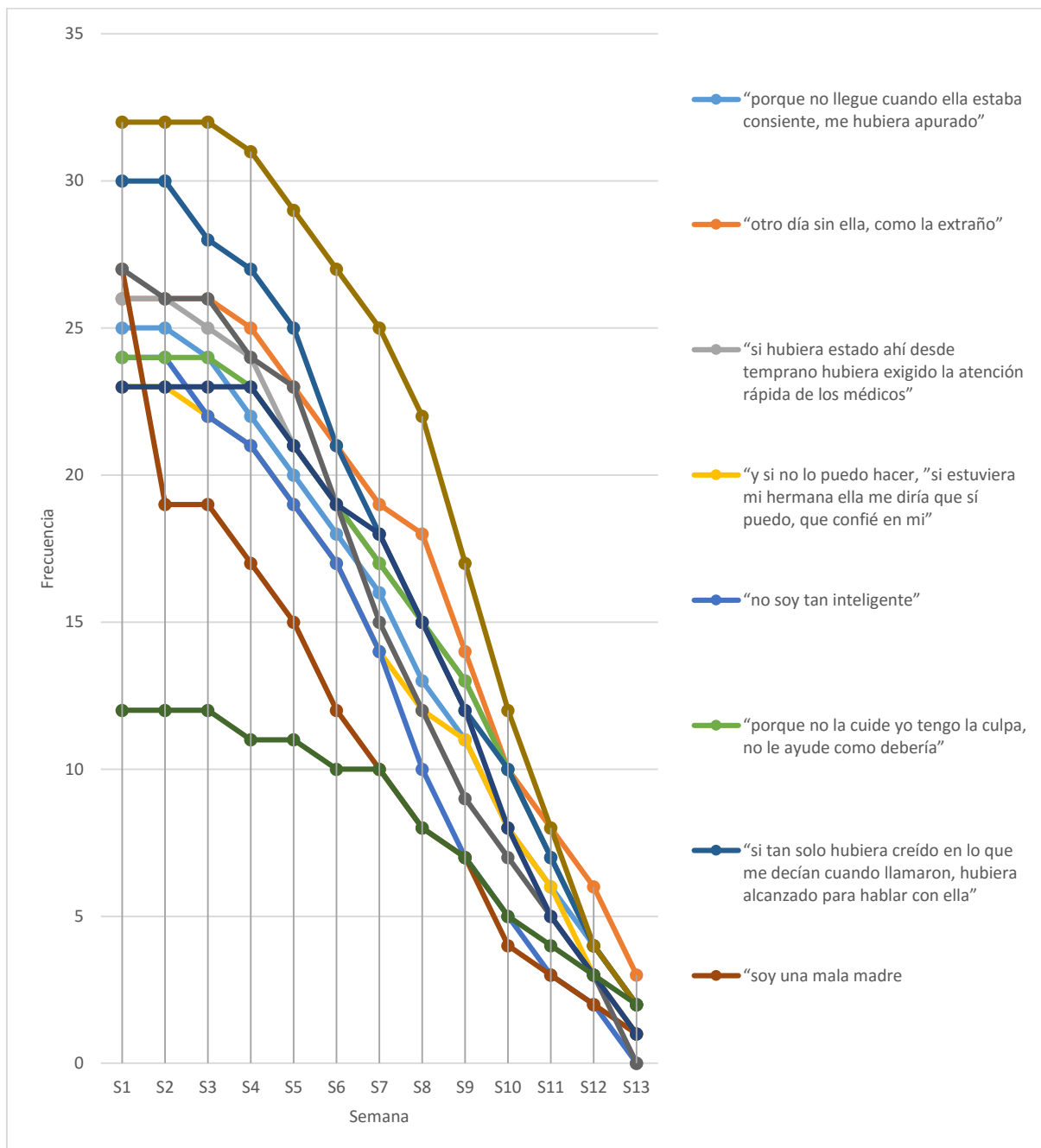


Gráfico 7. Observamos la disminución de los pensamientos negativos al finalizar el tratamiento.

Tabla 24

Registro de intensidad de las emociones a la finalización del tratamiento.

Emociones	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13
Tristeza (0-10)	10	10	10	10	9	9	8	7	7	6	5	4	3
Culpa (0-10)	10	10	10	10	10	9	9	8	7	6	6	4	2
Ansiedad (0-10)	9	9	9	8	8	8	7	7	6	5	4	3	1
Miedo (0- 10)	6	6	6	5	5	4	4	3	3	2	2	1	0

Observamos la disminución significativa de la tristeza y culpa de la usuaria.

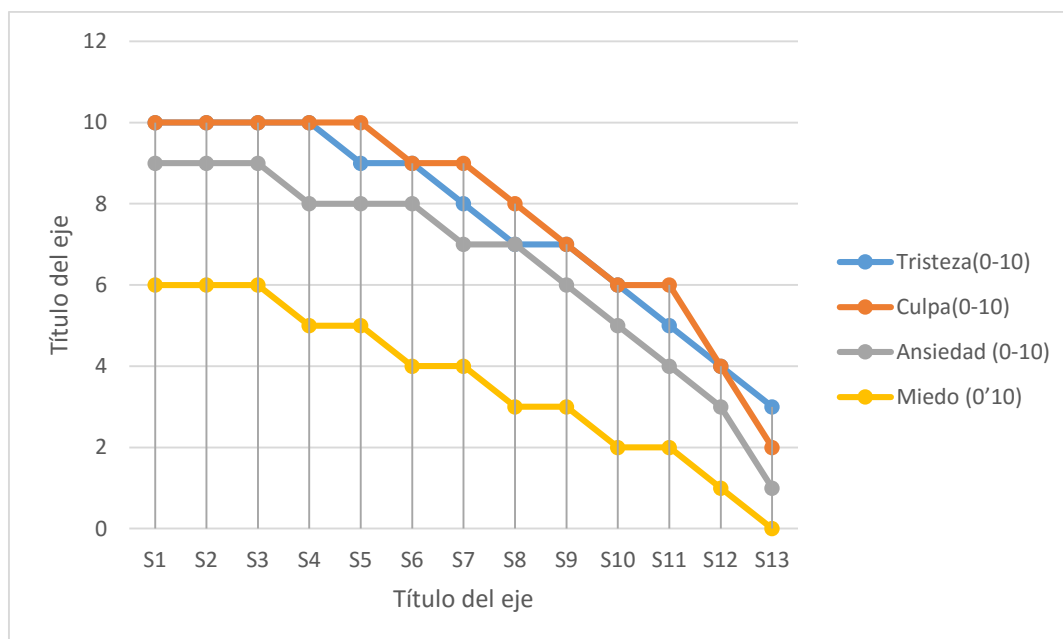


Gráfico 8. Evidenciamos disminución de la intensidad de las emociones al termino del tratamiento.

Tabla 25

Registro de conductas al término de la intervención.

Conducta	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13
Llanto	35	35	35	32	30	28	25	20	17	13	9	5	2
Caminar de un lado a otro	20	20	19	18	18	16	14	12	10	7	6	3	1
Evitar salir para encontrarse con amistades	30	30	29	29	28	25	22	18	15	12	9	6	3
Encerrarse en su cuarto	20	20	19	18	17	15	15	12	9	7	5	2	1
Despertar en la noche	26	26	25	25	23	21	18	16	14	11	8	5	2
Sentarse y colocar las manos sobre la cabeza cogerse los cabellos con fuerza.	12	12	11	11	10	10	9	8	6	4	4	2	1

Evidenciamos disminución de conductas a la finalización del tratamiento.

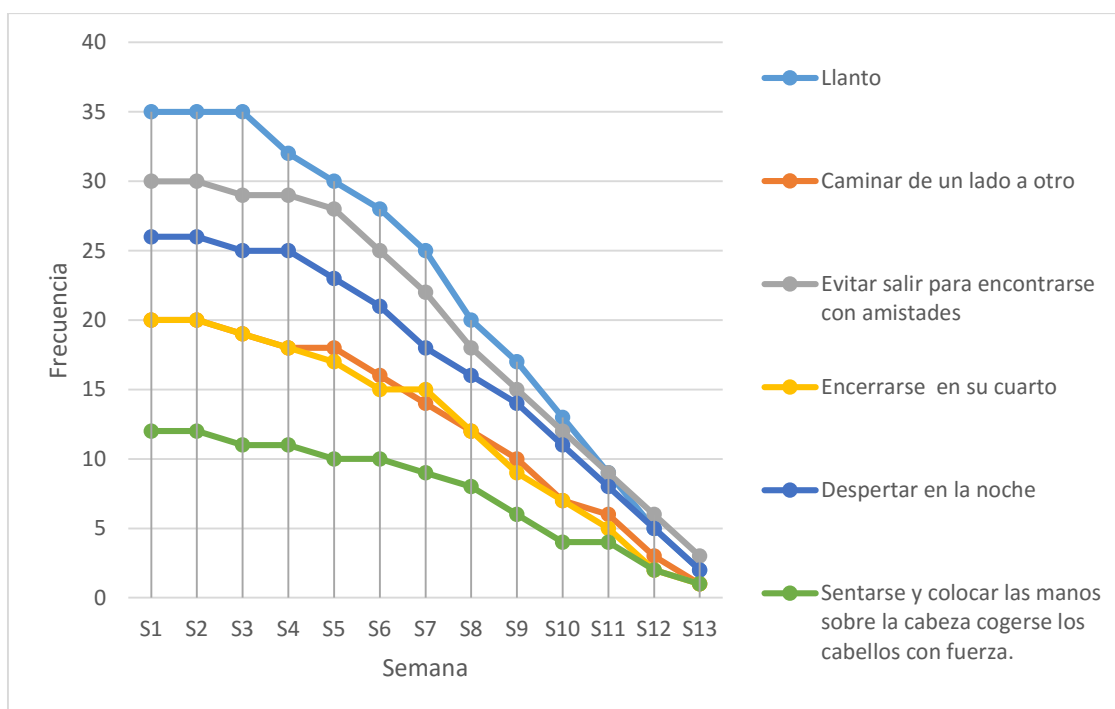


Grafico 9. Registro de la frecuencia de conductas al finalizar el tratamiento.

Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con depresión quien presenta pensamientos y sentimientos de culpa, generando en ella emociones intensas de tristeza, ansiedad y conductas en las que tiende a aislarse. Se empleó un diseño tipo ABA que incluye una evaluación de entrada, la intervención terapéutica y una evaluación de salida. Asimismo, el caso se abordó bajo el modelo cognitivo conductual.

Los resultados del presente caso muestran que se logró alcanzar los objetivos, es decir la evaluada disminuyó y/o modificó los pensamientos negativos, los cuales le generaban un sufrimiento emocional y conductas problemas. Cabe destacar que con ello se corrobora una vez más la eficacia de la intervención cognitivo conductual para casos de depresión, con resultados favorables a igual que los expuestos en investigaciones nacionales tales como el realizado por Cuba en el 2017, quien aplicó un programa cognitivo conductual para la depresión en niños con cáncer; Reyes en 2016 quien trabajó con adolescentes con depresión

e ideas suicidas en un hospital de Ferreñafe; Salomón con un paciente adulto mayor y López en el 2016, quien aplicó técnicas cognitivo conductuales en un adulto de 29 años con episodios depresivos. A nivel internacional Alcázar, Hernández, Reyes, Romero y Vogel (2017) realizaron una investigación en México, con el objetivo de demostrar la eficacia de la terapia donde obtuvieron resultados similares.

Asimismo, se confirma la importancia de llevar a cabo las sesiones semanales y sobre todo la adherencia y compromiso mostrado por la usuaria durante el tratamiento; además se hace hincapié que en este caso los pensamientos de culpabilidad que generaban emociones poco saludables y conductas de evitación y llanto se redujeron con la reestructuración cognitiva como en otras investigaciones locales e internacionales.

Conclusiones

- Se logró la reducción de los niveles de Depresión moderada, ya que se disminuyó significativamente la sintomatología depresiva a partir de la aplicación del programa cognitivo conductual.
- Se redujo la intensidad, duración y frecuencia del llanto, tensión física; incrementándose actividades gratificantes.
- Se disminuyó de manera significativa la intensidad y frecuencia de respuestas emocionales altamente negativas, asociadas a pensamientos y sentimientos de culpa,
- Se redujeron significativamente las conductas relacionadas a la depresión como llorar, estar en cama muchas horas en el día evitar encontrarse con otras personas; incrementando su interacción familiar y social.

V. Recomendaciones

- Establecer un programa de auto reforzamiento que incremente su valía personal, identificando sus logros y metas.
- Seguir practicando la terapia racional emotiva conductual, con la práctica del debate escribiendo sus creencias irracionales y refutándolas.
- Realizar ejercicios físicos como mínimo 3 veces por semana.
- Asistir a eventos familiares, sociales y académicos.
- Continuar realizando investigaciones que beneficien a la comunidad científica.

VII. Referencias

- Alcázar, D.L., Hernández, R., Reyes, D. A., Romero, D. y Vogel, N. K. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla *Revista de psicología y ciencias del comportamiento*, 8, (1), 15-28. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>
- Antón, V. (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. Recuperado de biblioteca.uniminuto.edu/ojs/index.php/POLI
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Bados, A., y Garcia, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Bados, A., Garcia, E. y Fusté, A. (s.f.). Manual de entrenamiento en respiracion. recuperado de https://www.ttmib.org/documentos/ENTRENAMIENTO_EN_RESPIRACION.pdf
- Bandura, A. (1986). *Fundaciones sociales de pensamiento y acción: Una teoría cognitiva social*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Sala
- Botía, J. (2005). *El bucle emocional*. Oviedo: Septem Ediciones. Recuperado de <http://www.septemediciones.com/files/botiares.pdf>.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Álvarez, C., & Benatuil, D. (2004). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología*, 1-6.
- Caballero, A. (2014). *Modelo de intervención en mujeres con depresión* (tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Caballo, V. E. (Ed.). (2008). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 2). España: Siglo Veintiuno de España.
- Cáceres, D., Gonzales, Y., Prada, S., Quirós, R. y Solano, P. (sf). La efectividad de la terapia cognitiva de la depresión en cuatro mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 50

- años. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n1/art2.pdf>
- Caro, I. (2011). Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. *Modelos y técnicas principales*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Cobos, P., Gavino, A., & por Jjso, R. (2006). Técnicas basadas en la información. *Guía de técnicas de terapia de conducta*, 13-21.
- Colop, A. (2016). *Terapia racional emotiva-conductual y sentimiento de culpa. Estudio realizado con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, que acuden a Psicoterapia al centro landivariano de psicología de la cabecera departamental de Quetzaltenango* (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango, Guatemala. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/42/Colop-Alejandra.pdf>.
- Cuba, K. (2017). *Efecto de un programa cognitivo-conductual para la depresión en niños con cáncer* (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú. Recuperado de Biblioteca - Universidad Católica de Santa María: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/6425/76.0316.PS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dahad, J., y Minici, A. y Rivadeneira, C. (2002). La depresion desde la perspectiva cognitivo conductal. *Revista de terapia cognitivo conductual*, 5. recuperado de <http://www.cetecic.com.ar/revista/revista005.php>
- Dahad, J., y Minici, A. y Rivadeneira, C. (2013). El modelo cognitivo de la depresion. *Revista de terapia cognitivo conductual*, 22. recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion/>
- Gómez, C. M. y Roa, M. L. (2002). Tratamiento por pérdida afectiva: Caso único. *Servicio de psicología aplicada*, 1, (2). Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/552>
- González, A., Gonzáles, A. y Estrada, B. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Revista Psicooncología*, 7, (1), 129-140. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/48908/45634>

Guerrero, S. K. (2014). *Depresión en mujeres de 35 a 50 años* (Tesis para obtener título). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.

Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/22/Guerrero-Silvia.pdf>

Hernández, M. A., (2010). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso” (Tesis que para obtener el título). Universidad Autónoma del Estado de México, Df México, México.

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado -Hideyo Noguchi". (2002). *Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Anales de Salud Mental*, 18, (2), 161-175.

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado -Hideyo Noguchi". (2004). *Estudio epidemiológico de salud mental en la selva peruana 2004. Anales de Salud Mental*, 21, (2).

Lanza, D. (2018). *Terapia Cognitivo Conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú.

López, J. A. (2016). *Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto* (Tesis para optar por el título de especialista). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.

Naranjo, K., Navarro, G. y Zúñiga, T. (2017). La biblioterapia como herramienta de ayuda aplicada en la biblioteca escolar: Estudios de caso. *Revista electrónica semestral e-ciencias de la información*, 7 (2), 1 – 26. Recuperado de

<http://www.scielo.sa.cr/pdf/eci/v7n2/1659-4142-eci-7-02-00019.pdf>

Nardi, B., Bellatuono, C. y Moltedo-Perfetti, A. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión posparto. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77, (6), 434 – 443. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000600005

- OMS (1992), CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*, Madrid. Ed. Méditor
- Organización mundial de la salud (2016). *Salud mental*. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización mundial de la salud (2017). *Salud mental*. Recuperado de <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
- Pérez, N. y Castejón, J. L. (2006). Relaciones entre la inteligencia emocional y el cociente intelectual con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 9,(22). Recuperado de <https://eprints.ucm.es/33062/1/T36368.pdf>
- Pérez, A., Rodríguez, A. y Vargas, M. (2008). Albert Ellis (1913-2007): Pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Psicología Conductual*, 16, (2), 341-348. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/240613860_Albert_Ellis_1913-2007_pionero_de_los_modelos_mediacionales_de_intervencion
- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitivo conductual como tratamiento para la depresión. Una revisión del estado del arte. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*, 07.
- Reidl, L. M. y Jurado, S. (2007). *Culpa y vergüenza*. México: UNAM.
- Reyes, V. (2016). *Efectos de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe* (tesis de posgrado). Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/2208/BC-TES-TMP-1083.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Romero, G. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual de Un caso de depresión en la tercera edad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 7, (1), 65-75. Recuperado de

<http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/8%20TRATAMIENTO%20COGNITIVO-CONDUCTUALDE.pdf>

Rossello, J. y Bernal, G. (2007). Manual de tratamiento para la Terapia Cognitiva-Conductual de la Depresión. Recuperado de http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/individual_participante_esp.pdf.

Rubio J. M. (2015). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso* (Tesis de maestría). Universidad Del Norte De Barranquilla, Barranquilla, Colombia. Recuperado de <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5818/11002369.pdf?sequence=1>

Ruiz, A; Díaz, M, & Villalobos, A. (2012). *Historia de la terapia cognitivo conductual. Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*, Bilbao: Desclée

Sánchez, H. y Reyes, C. (2017). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Business support Janeth.

Salomón, P. (2018). *Trabajo académico de aplicación profesional en el ámbito laboral: “Caso clínico episodio depresivo leve”* (tesis segunda especialización). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5748/PSSsaibpi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sevilla, E. (2012). *Terapia Cognitiva Conductual para trastorno de Ansiedad Generalizada, episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Personalidad Esquizoide*. (Tesis de grado de graduación). Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades. Quito, Ecuador. Recuperado de repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2182/1/106933.pdf

Zarragoitía, I.A., Menéndez, R. G., Cabrera, A. C., Pérez, Y. M. L., & Menéndez, R. G. (2017). Depresión generalidades y particularidades. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36, 2.

ANEXOS

Inventario de Depresión de Beck

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____ Fecha aplicación: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

H.C.: _____

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

1. Tristeza.

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

2. Pesimismo

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

3. Sensación de fracaso

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

4. Insatisfacción

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

5. Culpa

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

6. Expectativas de castigo

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

7. Autodesprecio

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

8. Autoacusación

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

9. Ideas suicidas

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

10. Episodios de llanto

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

11. Irritabilidad

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

12. Retirada social

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

13. Indecisión

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

14. Cambios en la imagen corporal

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

15. Enlentecimiento

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

16. Insomnio

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

17. Fatigabilidad

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

18. Pérdida de apetito

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

19. Pérdida de peso

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

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

Resultados

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

5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.

10 - 18 Depresión entre leve y moderada.

19 - 29 Depresión entre moderada y severa.

30 - 63 Depresión severa.

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

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

INVENTARIO DE PERSONALIDAD

Eysenck y Eysenck - CUESTIONARIO, Forma B – Adultos

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

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

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

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

POR FAVOR ASEGÚRESE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

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.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

2. “Mido más de tres metros”
 Esta frase es falsa para usted, por lo que se ha rellenado completamente el espacio de la letra F (falso).

Trata de marcar cada frase, incluso si no estás seguro(a) de tu elección.
 No hay tiempo límite para completar el inventario, pero es mejor trabajar con rapidez.
 No hagas marcas ni escribas en el cuadernillo.

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

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

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

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

127. Con frecuencia oigo cosas tan bien que me molesta.
128. Mi estado de ánimo parece variar mucho de un día a otro.
129. No me parece mal que una persona se aproveche de otra que se lo permite.
130. Me he cambiado de trabajo más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas que se adelantan a su tiempo.
132. De un tiempo a esta parte me siento triste y melancólico(a) y no puedo salirme de eso.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda en lo que haga.
134. Con frecuencia me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Me enfado muchísimo con personas que pretenden que yo haga lo que no quiero hacer.
136. En los últimos años me he sentido tan culpable que podría hacer algo terrible a mí mismo(a).
137. Nunca pasó desapercibido(a) cuando estoy en una fiesta.
138. La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral.
139. A veces me siento confundido(a) y perturbado(a) cuando la gente es amable conmigo.
140. Mi uso de las así llamadas drogas ilegales me ha llevado a discusiones con mi familia.
141. Me siento incómodo(a) con los miembros del sexo opuesto.
142. Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que solo pienso en mí mismo(a).
143. No me importa que la gente no esté interesada en mí.
144. Francamente miento bastante seguido para librarme de problemas.
145. La gente puede fácilmente cambiar mis ideas, incluso si pensaba que mi decisión ya estaba tomada.
146. Los otros han tratado de engañarme, pero tengo la fuerza de voluntad para superarlos.
147. Mis padres generalmente me decían que yo no era bueno(a) para nada.
148. Con frecuencia la gente se enfada conmigo porque los mandoneo.
149. Yo siento gran respeto por aquellas autoridades que están por encima mío.
150. Casi no tengo vínculos cercanos con otras personas.
151. En el pasado me han dicho que me interesaba o me emocionaba demasiado por demasiadas cosas.
152. Yo he volado sobre el Atlántico treinta veces en el último año.
153. Yo creo en el dicho: "A quien madruga Dios lo ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he tenido en la vida.
155. Mis sentimientos hacia la gente importante en mi vida generalmente oscilan del amor al odio hacia ellos.
156. Mis padres nunca estaban de acuerdo.
157. En ocasiones he tomado hasta diez tragos o más sin emborracharme.
158. En grupos sociales casi siempre me siento muy inseguro(a) y tenso(a).
159. Valoro mucho las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño(a) he ido perdiendo contacto con el mundo real.
161. Rara vez tengo sentimientos fuertes acerca de algo.
162. Era muy inquieto(a), viajaba de un lado a otro sin ninguna idea de donde iría a parar.
163. No puedo tolerar a la gente que llega tarde a las citas.
164. Gente oportunista con frecuencia trata de obtener crédito por cosas que yo he hecho o pensado.

165. Me enfado mucho si alguien exige que yo haga las cosas a su manera en vez de la mía.
166. Tengo la habilidad de ser exitoso(a) en casi cualquier cosa que haga.
167. Últimamente me derrumbo.
168. Pareciera que animo a la gente que me quiere para que me hiera.
169. Nunca he tenido un pelo en mi cabeza o en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otros me gusta ser el centro de atención.
171. Con frecuencia, personas que al principio he admirado mucho, después me han desilusionado fuertemente.
172. Soy la clase de persona que puede abordar a cualquiera y agredirlo(a) verbalmente.
173. Prefiero estar con gente que vaya a protegerme.
174. Ha habido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan alegre y he gastado tanta energía que luego caía en bajadas de ánimo.
175. He tenido dificultades en el pasado para dejar de abusar de las drogas o alcohol.

CUESTIONARIO DE CREENCIAS

Este registro de opciones tiene como misión poner de manifiesto sus creencias particulares. Es solo una herramienta que permite acercarnos a nuestra forma de percibir la realidad. Conteste el test y no piense mucho cada ítem. Escriba rápidamente la respuesta y pase a la siguiente.

Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.

	Estoy De acuerdo	No estoy De acuerdo	Puntu ación
1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.			
2. Odio equivocarme en algo.			
3. La gente que se equivoca, tiene lo que se merece.			
4. Generalmente, acepto los acontecimientos con filosofía.			
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.			
6. Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación.			
7. Normalmente, aplazo las decisiones importantes.			
8. Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo.			
9. “Una cebra no puede cambiar sus rayas”.			
10. Prefiero sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila.			
11. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo por qué manifestar respeto a nadie.			
12. Evito las cosas que no puedo hacer bien.			
13. Hay demasiadas personas malas que quedan impunes			
14. Las frustraciones me distorsionan			
15. A la gente no le trastorna los acontecimientos sino la imagen que tiene de ellos			
16. Me produce poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros			
17. Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlo cuanto antes			
18. En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto.			
19. Es casi imposible superar la influencia del pasado			
20. Me gusta disponer de muchos recursos.			
21. Quiero gustar a todo el mundo			
22. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo.			
23. Aquellos que se equivocan merecen cargar con la culpa.			
24. Las cosas deberían ser distintas a como son.			
25. Yo provoco mi propio mal humor.			
26. A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza			

27. Evito enfrentarme a los problemas			
28. Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía			
29. Sólo porque una vez algo afectó mi vida de forma importante, no quiere decir que sea igual en el futuro			
30. Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer			
31. Puedo gustarme a mí mismo, aun cuando no guste a los demás.			
32. Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.			
33. La inmoralidad debería castigarse severamente.			
34. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.			
35. El estado de las personas, desgraciadamente, normalmente se debe a sí mismas.			
36. No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.			
37. Normalmente, tomo las decisiones tan pronto como puedo.			
38. Hay determinadas personas de las que dependo mucho.			
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado.			
40. Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo.			
41. Si no gusto a los demás, es su problema, no el mío.			
42. Para mí es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.			
43. Yo pocas veces culpo a la gente por sus errores.			
44. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.			
45. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo.			
46. No puedo soportar correr riesgos.			
47. La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan.			
48. Me gusta valerme por mí mismo			
49. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más cómo me gustaría ser.			
50. Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.			
51. Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.			
52. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sean ellas.			
53. El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.			
54. Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.			
55. Cuanto más problemas tiene una persona, menos feliz es.			
56. Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.			
57. Raramente aplazo las cosas.			

58. Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.			
59. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.			
60. Tener demasiado tiempo libre, resulta aburrido.			
61. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo necesidad real de ello.			
62. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.			
63. Todo el mundo es, esencialmente, bueno.			
64. Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme.			
65. Nada es intrínsecamente perturbador, si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.			
66. Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro.			
67. Me resulta difícil hacer las tareas desagradables.			
68. Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.			
69. Somos esclavos de nuestro pasado.			
70. A veces desearía poder irme a una isla tropical y tenderme en la playa, sin hacer nada más.			
71. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.			
72. Me trastorna cometer errores.			
73. No es equitativo que “llueva igual sobre el justo que sobre el injusto”.			
74. Yo disfruto honradamente de la vida.			
75. Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida.			
76. Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo.			
77. Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora.			
78. Pienso que es fácil buscar ayuda.			
79. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.			
80. Me encanta estar tumbado.			
81. Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí.			
82. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.			
83. Generalmente, doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.			
84. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver.			
85. Nunca hay razón para permanecer afligido por mucho tiempo			
86. Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear.			
87. No me gustan las responsabilidades.			
88. No me gusta depender de los demás.			
89. Básicamente, la gente nunca cambia.			

90. La mayoría de las personas trabajan demasiado y no toman el suficiente descanso.			
91. Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador.			
92. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.			
93. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.			
94. Raramente me importunan los errores de los demás.			
95. El hombre construye su propio infierno interior.			
96. Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro.			
97. Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable			
98. He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar.			
99. No miro atrás con resentimiento.			
100. No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado.			

PUNTUACIÓN DEL REGISTRO DE CREENCIAS

- A.** Si a los ítems 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 33, 34, 38, 42, 46, 47, 49, 50, 51, 53, 55, 62, 63, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 89, 90, 96, 100. Ha contestado “**ESTOY DE ACUERDO**”, anótese un punto en el espacio indicado para la puntuación.
- B.** Si a los ítems 4, 5, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 25, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 48, 52, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 64, 65, 68, 74, 77, 83, 85, 86, 87, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 99. Ha contestado “**NO ESTOY DE ACUERDO**”, anótese un punto en el espacio indicado para la puntuación.

Cuéntese los puntos obtenidos en los ítems:

✓ 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, 91, y escriba el total aquí:
cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su Conformidad con la idea irracional de que: *para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.*

✓ 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, 92, y escriba el total aquí:
cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su

Conformidad con la idea irracional de que: ***Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.***

✓ 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, 93, y escriba el total aquí:
cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su
Conformidad con la idea irracional de que: ***Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas***

✓ 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, 94, y escriba el total aquí:
cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su
Conformidad con la idea irracional de que: ***Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.***

✓ 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, 95, y escriba el total aquí:
cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su
Conformidad con la idea irracional de que: ***Los acontecimientos externos son las causas de la mayoría de las desgracias de la humanidad: la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.***

✓ 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, 96, y escribe el total aquí:
cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su
Conformidad con la idea irracional de que: ***Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.***

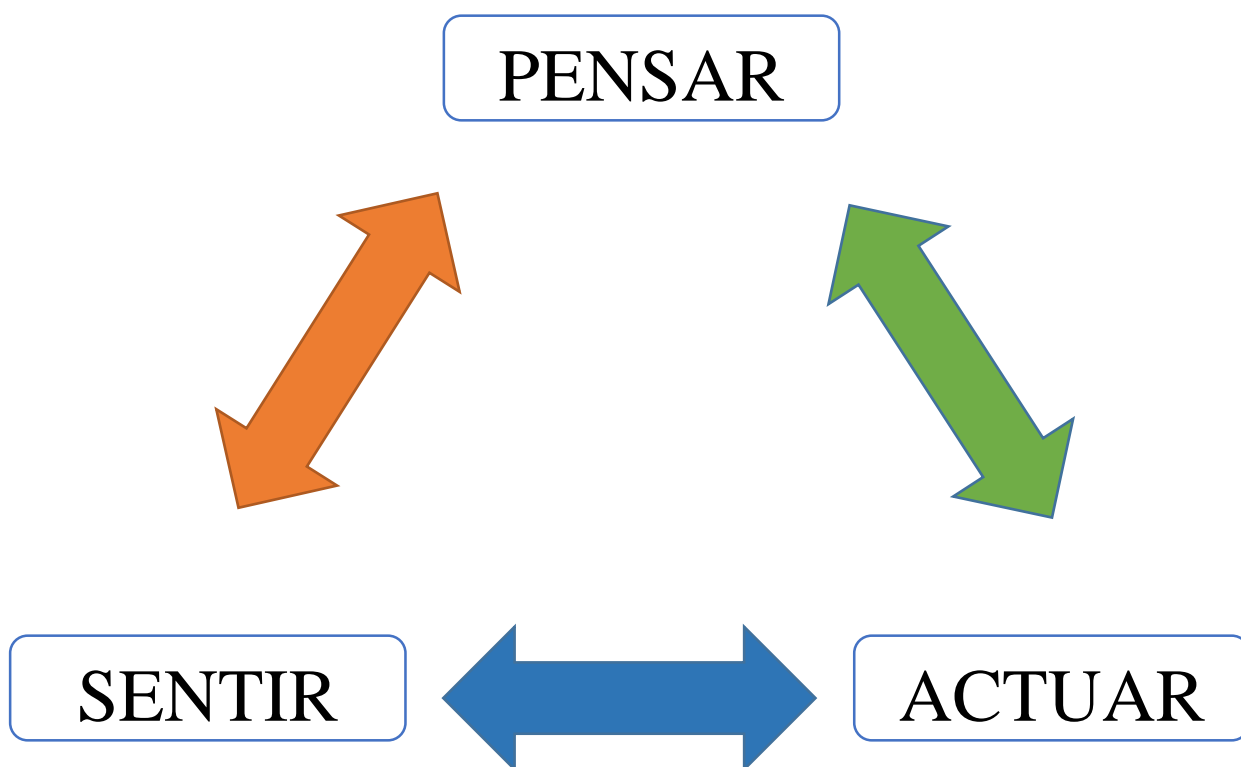
✓ 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, 97, y escriba el total aquí:
cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su
Conformidad con la idea irracional de que: ***Es más conveniente evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.***

✓ 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, 98, y escriba el total aquí:
cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su
Conformidad con la idea irracional de que: ***Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.***

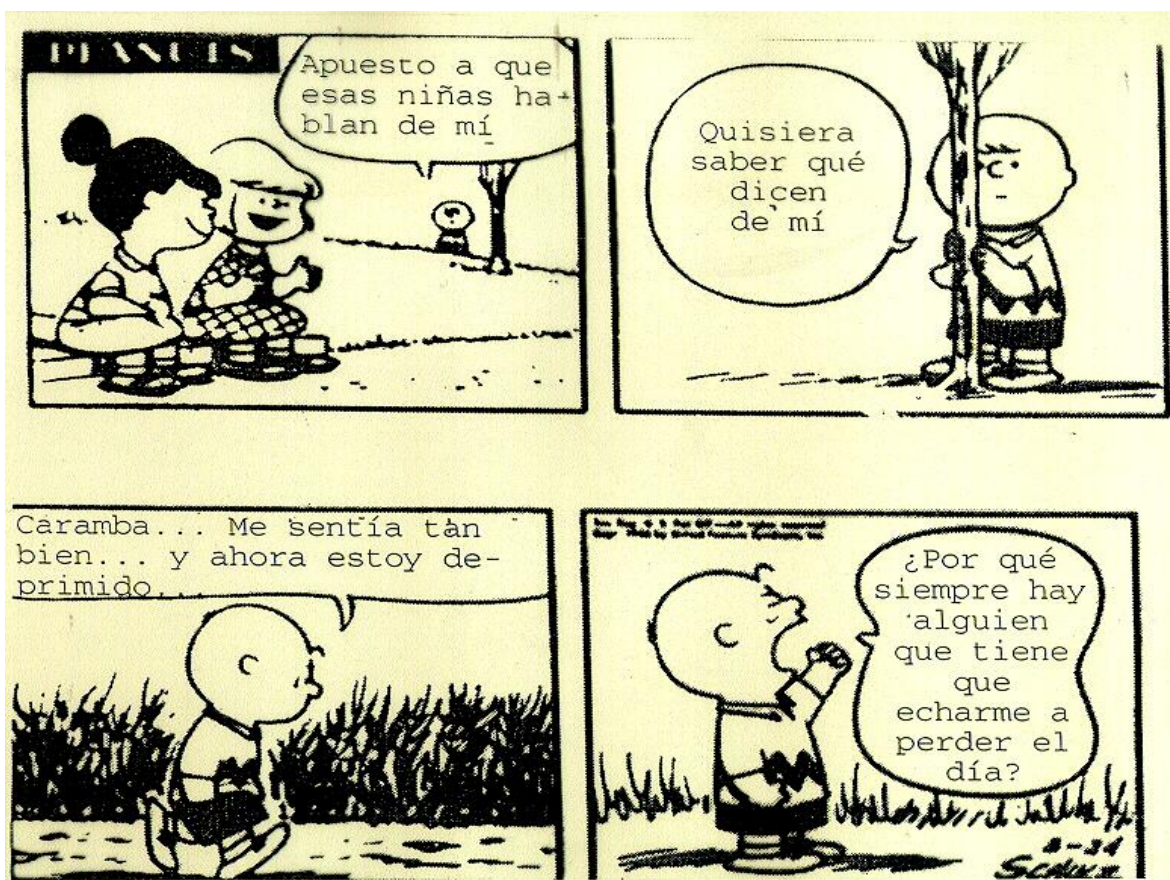
✓ 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, 99, y escriba el total aquí:
cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su
Conformidad con la idea irracional de que: ***El pasado es la causa principal de lo que nos sucede en el presente.***

✓ 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100, y escriba el total aquí:
cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su
Conformidad con la idea irracional de que: ***La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.***

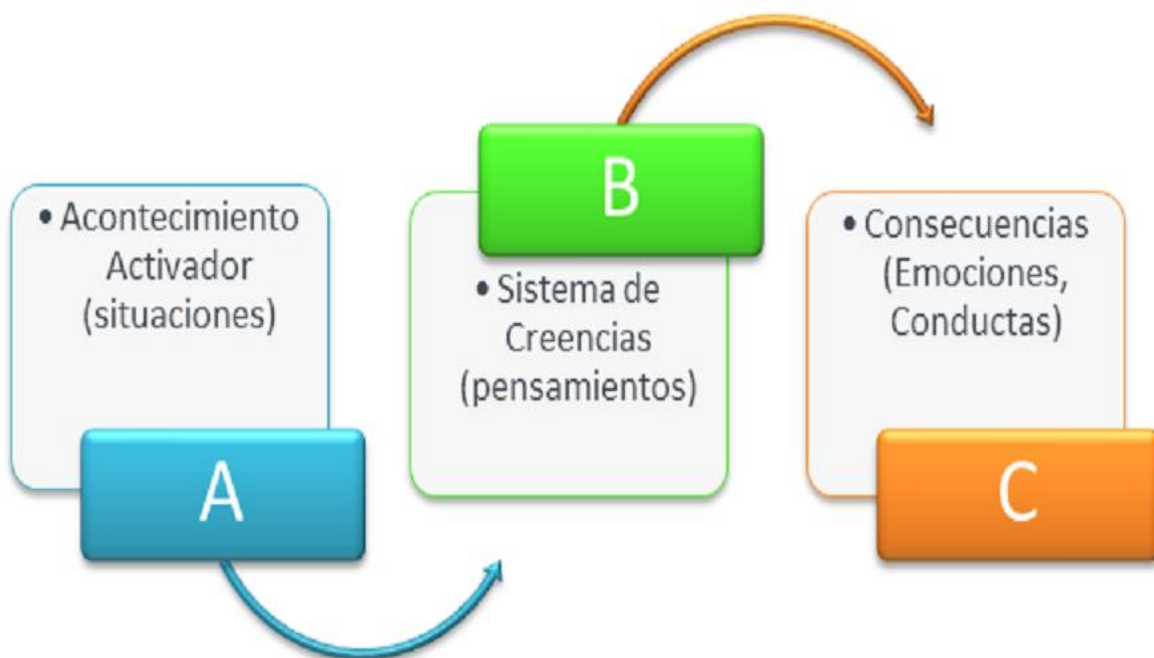
COMPRENDIENDO LA DEPRESIÓN



PENSAMIENTOS DITORSIONADOS



TEORÍA DEL ABC



A B C D E

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

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.

DÍA							
MEJOR ESTADO DE ÁNIMO	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
REGULAR ESTADO DE ÁNIMO	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
PEOR ESTADO DE ÁNIMO	1	1	1	1	1	1	1

Número de pensamientos:

Positivos							
Negativos							

HOJA DE AUTOREGISTRO

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