



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN UN
ADOLESCENTE

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autor

Oyola Villarroel, Pedro Pablo

Asesor

Sullcahuaman Amesquita, Jessica Jesús

ORCID: 0000-0002-5317-7649

Jurado

Córdova Gonzales, Luis Alberto

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Flores Vásquez, María Elizabeth

Lima - Perú

2023



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN
UN ADOLESCENTE**

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autor:

Oyola Villarroel, Pedro Pablo

Asesor:

Sullcahuaman Amesquita, Jessica Jesús

ORCID: 0000-0002-5317-7649

Jurado:

Córdova Gonzales, Luis Alberto

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Flores Vásquez, María Elizabeth

Lima – Perú

2023

Índice

Resumen.....	6
Abstract.....	7
I. Introducción.....	8
1.1. Descripción del problema.....	8
1.2. Antecedentes.....	10
1.2.1. Antecedentes Nacionales.....	10
1.2.2. antecedentes internacionales.....	13
1.3. Fundamentación Teórica.....	15
1.4. Objetivos.....	22
1.5. Justificación.....	22
1.5.1. Impactos esperados del trabajo académico	23
II. Metodología.....	24
2.1. Tipo y diseño de Investigación.....	24
2.2. Variables de Investigación	24
2.2.1. Variable dependiente: Depresión	24
2.2.2. Variable Independiente: Terapia Cognitivo Conductual.....	24
2.2.3. Variables de control.....	24
2.2.4. Variables extrañas.....	25
2.3. Participante.....	25
2.4. Evaluación Psicológica (Caso clínico Psicológico).....	25
2.4.1. Observación Psicológica.....	25
2.4.2. Entrevista (antecedentes históricos o anamnesis).....	26

2.4.3. Test o Pruebas aplicadas.....	31
2.4.4. Análisis e interpretación de resultados de la Evaluación Psicológica (para el usuario o paciente y familia).....	33
2.5. Intervención.....	43
2.5.1. Objetivo general.....	43
2.5.2. Objetivo específico.....	43
2.5.3. Plan de intervención y calendarización.....	44
2.5.4. Programa de intervención.....	47
III. Resultados.....	70
3.1. Análisis de los resultados.....	70
3.2. Discusión de Resultados.....	72
3.3. Seguimiento.....	75
IV. Conclusiones.....	76
V. Recomendaciones.....	77
VI. Referencias.....	78
VII. Anexos.....	86

Índice de Tablas

1.Análisis funcional conductual	37
2.Análisis funcional de la conducta depresiva del paciente	38
3.Análisis funcional cognitivo	40
4.Criterios según el CIE-10 para Episodio Depresivo Moderado	41
5.Calendarización del programa de intervención bajo el modelo Cognitivo Conductual.....	44
7.Primer sesión – Entrevista Psicológica, motivo de consulta y problemática	47
8.Segunda sesión – Evaluación psicológica y aplicación de anamnesis	48
9.Tercera sesión – Evaluación psicológica y aplicación de anamnesis	49
10.Cuarta sesión – Entrega de informe, contrato conductual y psicoeducación	50
11.Primer sesión – Técnica de respiración diafragmática y relajación	51
12.Segunda sesión – Psicoeducación y técnica de relajación progresiva de Jacobson.	52
13.Tercera sesión – Técnica de relajación progresiva de Jacobson y visualización.	53
14.Cuarta sesión – Psicoeducación y detección de pensamientos automáticos	54
15.Quinta sesión – Sometimiento a prueba de realidad de los pensamientos automáticos.....	55
16.Sexta sesión – Psicoeducación y reestructuración cognitiva	56
17.Séptima sesión – Reestructuración cognitiva.....	57
18.Octava sesión –Técnica de accediendo a la emoción.....	58
19.Novena sesión – Técnica de escritura expresiva	59
20.Decima sesión – Técnica de Contrarrestando la culpa que siento por mis emociones	60
21.Desina primera – Psicoeducación y técnica del ensayo conductual.....	61

22.Décimo segunda sesión – Psicoeducación y técnica del ensayo conductual	62
23.Décimo tercera sesión – Psicoeducación y técnica del ensayo conductual.....	63
24.Décimo cuarta sesión –Técnica de asignación de actividades y de dominio y agrado	64
25.Décimo quinta sesión – técnica de dominio y agrado	65
26.Décimo sexta sesión – Técnica de prevención de recaídas y aplicación de post-test	66
27.Décimo séptima sesión – finalización del proceso terapéutico	67
28.Décimo octava sesión – fase de seguimiento	68
29.Décimo novena sesión – fase de seguimiento	69
30.Registro de frecuencia de pensamientos del paciente pre y post test (17 semanas).....	70
31.Registro de frecuencia e intensidad de emociones pre y post test.....	71
32.Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck pre y post-test	72

Resumen

Se presenta un estudio de caso psicológico en un adolescente hombre de 17 años con sintomatología depresiva, a través de la intervención de la terapia cognitivo conductual. El objetivo general fue disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual que le permita adoptar pensamientos, emociones y conductas funcionales para que pueda desarrollarse integralmente en el aspecto personal, familiar y académico; se aplicó un diseño experimental de caso único. Se elaboró la historia clínica cognitivo conductual y se aplicaron instrumentos como el inventario de depresión de Beck (BDI-II), el Inventario clínico multiaxial de Millon II y el Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Asimismo, se realizó una evaluación psicológica considerando los criterios diagnósticos del CIE 10 para la depresión. Se diseñó el programa de tratamiento de 4 sesiones de evaluación, 17 de tratamiento y 2 de seguimiento de 60 minutos cada una, en las que se incluyó técnicas como programación de actividades, asignación de tareas graduales, la retribución, dominio y agrado, técnica de respiración diafragmática técnica de relajación muscular de Jacobson entre otros. Los resultados encontrados en la evaluación post test muestran una disminución de los síntomas depresivos, confirmando de esta manera la eficacia de la terapia cognitiva conductual en casos de depresión.

Palabras clave: depresión, salud mental, terapia cognitivo conductual.

Abstract

A psychological case study is presented in a 17-year-old male adolescent with depressive symptoms, through the intervention of cognitive behavioral therapy. The general objective was to reduce depressive symptoms by applying a cognitive behavioral intervention program that allows them to adopt thoughts, emotions and functional behaviors so that they can develop comprehensively in the personal, family and academic aspects; A single-case experimental design was applied. The cognitive behavioral clinical history was prepared and instruments such as the Beck Depression Inventory (BDI-II), the Millon Multiaxial Clinical Inventory II and the State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI) were applied. Likewise, a psychological evaluation was carried out considering the ICD 10 diagnostic criteria for depression. The treatment program was designed with 4 evaluation sessions, 17 treatment sessions and 2 follow-up sessions of 60 minutes each, which included techniques such as activity programming, assignment of gradual tasks, remuneration, mastery and pleasure, technique of diaphragmatic breathing Jacobson's muscle relaxation technique among others. The results found in the post-test evaluation show a decrease in depressive symptoms, thus confirming the effectiveness of cognitive behavioral therapy in cases of depression.

Keywords: depression, cognitive behavioral therapy, mental health.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción del problema

En las últimas décadas los casos de depresión se han acrecentado vertiginosamente en todas las regiones del planeta. según la Organización Mundial de la salud (OMS, 2022) el trastorno depresivo o depresión, es un trastorno mental muy común, el cual nos mantiene en un estado de ánimo triste o también podemos presentar la pérdida de placer o interés por las actividades que antes nos gustaban, pueden llegar a existir cambios habituales en el estado de ánimo de la persona afectada al igual que en los sentimientos que tengamos día a día, esto puede llegar a afectar en su vida diaria, incluyendo las relaciones amicales. (Párr. 1-3).

De acuerdo con Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023), la depresión sería una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida en general. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Así mismo, no todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular. Con eso en mente se puede concluir que se debe a una enfermedad seria que afecta tanto al individuo como a su entorno, poniendo en riesgo su salud física e inclusive la vida.

La Organización de Naciones Unidas (ONU, 2020) manifiesta que casi mil millones de personas en el mundo viven con un problema de salud mental y cada 40 segundos, alguien muere por suicidio, y que se reconoce a la depresión como una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre niños y adolescentes y adultos.

En el Perú, las enfermedades causadas por trastornos mentales ocupan el primer lugar del total de las cargas por enfermedades representando el 17.5% provocando la pérdida de

1,010,594 años de vida saludable (AVISAS), siendo la depresión unipolar la que ocasiona mayor carga de discapacidad en la población peruana (Ministerio de Salud [MINSA], 2018).

Aproximadamente dos millones y medio a tres millones de personas tendrían algún problema depresivo, de las cuales solo el 10% llegan a los servicios de salud para ser tratadas. El Dr. Humberto Castillo Martell, director general de dicho nosocomio, señaló asimismo que la depresión se encuentra entre los principales desencadenantes del suicidio. De acuerdo a los estudios, del 100 % de casos de suicidio, el 80% están asociados a depresión. (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2020, p.13).

El Hospital Hermilio Valdizán en su boletín epidemiológico de enero 2021 informa que, durante aquel mes la atención de tele consulta y repetición de prescripción médica en el servicio de consulta externa se presentaron un total de 87 casos nuevos, de los cuales primaron los diagnósticos de Episodio Depresivo Moderado y Grave, del primero se dieron 45 casos, divididos en 38 casos correspondientes al sexo femenino y en 7 al sexo masculino, en cuanto al porcentaje de atención en consulta externa según diagnóstico fue, 54.88% para diagnóstico episodio depresivo moderado y grave. (Hospital Hermilio Valdizán, 2021).

Por tal motivo la importancia de un tratamiento oportuno es trascendental como lo menciona Iborra et al. (2020) refiriendo que, el 10% de los niños y adolescentes se recuperan de un episodio depresivo dentro de los tres meses, pero el 50% de los niños y adolescentes continúan durante al menos un año y se mantienen en el nivel de 20-30% después de 24 meses, de los que se recuperaron del primer incidente, el 46% recayó. La depresión debe considerarse una enfermedad crónica con remisiones y recaídas en un número importante de casos.

Por otro lado, Rodríguez (2020), nos indica que pueden existir un sinnúmero de consecuencias de la depresión, algunas de estas más graves que otras, las más comunes suelen ser que la persona pierde el interés por la vida debido a que el ya no le encuentra el gusto o

sentido a realizar las actividades que disfruto en algún momento, también los dolores físicos, el aislamiento social y los pensamientos suicidas. (Párr. 11).

Al describir esta problemática se evidencia un crecimiento permanente en la incidencia y prevalencia respecto a la depresión tanto a nivel mundial como nacional. Es por esta razón que se necesita realizar una intervención que aborde todas las aristas de esta problemática de manera eficiente, los programas de intervención cognitivo conductual han demostrado su eficacia en reducir significativamente la sintomatología depresiva en distintos estudios como pondremos en evidencia. Al lograr mejorar la atención de los casos de depresión, también se generará una mejora en su calidad de vida, la cual se verá reflejada en un mayor nivel de adaptación y productividad en las diferentes áreas de su vida.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Llamo (2022) presentó una investigación en el Callao cuyo objetivo principal fue disminuir la sintomatología depresiva de una adulta joven a través de la terapia cognitivo conductual. Se utilizó un diseño experimental de caso único. Se inició con la evaluación, haciendo uso de la entrevista y observación, así como el uso de instrumentos psicométricos: el inventario de depresión de Beck (IDB-II), Cuestionario de ansiedad estado – rasgo (STAI) y el Inventario multiaxial de Millon II (Millon II), para la posterior creación de una línea base mediante la entrevista conductual, auto registros y análisis funcional, centrando los objetivos específicos para dar marcha a la intervención, se utilizaron técnicas como psicoeducación, asignación de tareas, dominio y agrado, relajación progresiva, respiración diafragmática, ensayo conductual, imaginación racional emotiva y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados obtenidos, luego de 13 sesiones, evidencian una disminución en la sintomatología depresiva post tratamiento, reflejándose en la disminución de los puntajes de los instrumentos utilizados, así mismo, se presentó una mejoría significativa en el área emocional, conductual y

cognitiva acrecentando su adaptación en el área personal, académica y familiar de la participante.

García (2021) realizó una investigación en Lima que tuvo como objetivo principal la disminución de los niveles de depresión en una mujer joven, a través de la terapia cognitivo conductual, uso el diseño experimental de caso único quien presentaba problemas sobre su estado de ánimo, debido a que tenía conflictos con su pareja e hijos. Por tal motivo, se realizaron las siguientes pruebas psicológicas: Cuestionario sobre la historia de vida de A. Lazarus, Inventario de Depresión de Beck II (IDB – II), Inventario de Ansiedad estado – Rasgo (STAI), Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI – II), después aplico el programa de intervención cognitivo conductual en el que incluyo técnicas como psi coeducación, activación conductual, entrenamiento en técnicas de relajación, auto instrucción de afrontamiento, técnicas de asertividad, solución de problemas, y reestructuración cognitiva. Los resultados encontrados evidencian disminución de los síntomas depresivos ya que el puntaje inicial (línea base) se halló una depresión Moderada y al final del tratamiento se evidencio ausencia de depresión, así mismo se observó una disminución de ideas irracionales, niveles de ansiedad, logrando así la eficacia del tratamiento cognitivo conductual. (p.54).

Asimismo, Rojas (2020) realizó un estudio de la ciudad de Lima a un joven, quien acudió a consulta porque tenía ideas de suicidio, debido a que su ex pareja lo maltrato física y verbalmente después de quedar embarazada y esta se fue del hogar, a raíz de estos acontecimientos, el evaluado empezó a presentar las siguientes sintomatologías: tristeza profunda, melancolía, disminución del placer, pérdida de peso sin realizar una dieta, problemas de concentración, por ende se realizaron las siguientes pruebas psicológicas: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Ideación Suicida de Beck, Escala de Observación Reforzamiento Ambiental (EROS), Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS), por tal motivo, el autor diagnostico al hombre con Depresión Mayor moderada, de episodio único. Los

resultados obtenidos, luego de 18 sesiones, muestra una disminución en la sintomatología depresiva post tratamiento, reflejándose en la disminución de los puntajes en el post-test, así mismo, se presentó una mejoría significativa en el área afectiva, conductual y cognitiva mejorando su adaptación en el área personal y familiar del consultante. (p. 53).

Flores (2019) realizó un proyecto de investigación titulado: Estudio De Caso Clínico: Programa De Intervención Cognitivo - Conductual En Un Caso De Depresión En La Adolescencia Temprana, es un estudio de caso único con un programa de intervención de 14 sesiones, realizando una evaluación pre y post para medir la eficacia mediante el cuestionario de depresión infantil, lista de chequeo de ansiedad en niños, el inventario clínico multiaxial para adolescentes (MACI), y la escala de inteligencia de Weschler para niños – revisada (WISC-R). Se planteó como objetivo principal: mejorar el estado emocional y afectivo de la paciente mediante la reestructuración de sus pensamientos, generando una mejor interacción social, y personal, sus objetivos específicos fueron: dar a conocer su problemática a la pacientes desde la TCC para un mejor entendimiento, establecer la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta para reestructurar sus creencias, promover valoraciones positivas de sí misma, toma de conciencia de la relación de sus actividades y su estado de ánimo, entrenar a la paciente en habilidades sociales, identificar los estados de tensión y ansiedad para lograr disminuirlos, y prevenir recaídas con solución de problemas y realizar un seguimiento. Los resultados señalan que: se logró una disminución significativa de la sintomatología depresiva, no se evidencian manifestaciones de ansiedad asociadas a la depresión, mejoró sus habilidades sociales generando calidad en sus relaciones familiares, personales y sociales.

Sánchez (2019) realizó un proyecto de investigación titulado: Intervención Cognitivo Conductual Aplicada A Un Caso De Depresión De Una Adolescente Con Rasgos De Personalidad Esquizoide, es un estudio de caso único con un programa de intervención de 15 sesiones, realizando una evaluación pre y post tratamiento mediante el cuestionario de

depresión infantil (CDI), lista de chequeo de ansiedad en niños y el inventario clínico multiaxial para adolescentes (MACI). Se planteó el objetivo principal de mejorar el estado afectivo del paciente generando pensamientos más adaptativos y aprender habilidades sociales para una mejor adaptación en su entorno. Para ello utilizaron técnicas como: programación de actividades, técnica de dominio y agrado, asignación de tareas graduales y entrenamiento en asertividad, role playing, práctica cognitiva, reestructuración cognitiva y retribución cognitiva. Los resultados señalan que: el criterio psicométrico se evidencia la disminución de la sintomatología, la técnica de psicoeducación generó una adherencia positiva al tratamiento, la técnica de reestructuración cognitiva es crucial para modificar la interpretación de las experiencias, la programación de actividades permite retomar actividades agradables, la técnica de retribución permite asumir la porción de responsabilidad real, el entrenamiento en habilidades sociales permite resolver conflictos diarios.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Rodríguez y Gonzales (2020) realizaron el trabajo de integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor en México, el objetivo establecido fue contrastar la eficacia de una intervención basada en la terapia centrada en soluciones y cognitivo conductual, en un paciente de 23 años, con diagnóstico de depresión mayor, planteando 16 sesiones. Evidenciándose al final de la intervención terapéutica, una mejora en el nivel de alteración de aquellos pensamientos que estaban relacionados al trastorno, con un aumento en su asertividad y autoestima; por lo que, se concluye que la terapia cognitivo conductual con la terapia centrada en soluciones, son efectivos en el tratamiento de depresión, inclusive sin el uso de fármacos.

Gonzales (2020) llevó a cabo el estudio titulado intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión en Panamá, con el objetivo de evidenciar el nivel de eficacia de un programa basado en el modelo cognitivo conductual en 3

mujeres víctimas de violencia, empleando diversos instrumentos, los cuales fueron aplicados tanto antes de la aplicación de las sesiones de intervención y después de llevado a cabo las 12 sesiones; llegando a la conclusión de que las sesiones planteadas fueron eficaces para un adecuado manejo de la depresión; no obstante, destacan la importancia de que este sea acompañado del modelo humanista para una mayor eficacia.

Cruz (2019) realizó un estudio en Bolivia sobre un joven de 17 años con diagnóstico depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin signos psicóticos, por el cual se estructuró un proceso de intervención cognitivo conductual de 10 sesiones con técnicas conductuales y cognitivas como la reestructuración cognitiva, la detención y control de pensamientos automáticos, la psicoeducación y la resolución de problemas. Para la evaluación del caso se utilizó la entrevista clínica, la observación conductual y se aplicó la Escala de riesgo suicida y el Inventario de depresión de Beck. Se cumplió a cabalidad los objetivos planteados, se realizó un seguimiento en sesión a los quince días y a los dos meses. Se evidenció la disminución de los síntomas depresivos. Se reafirma la efectividad del modelo cognitivo conductual.

Ballesteros (2018) realizó un proyecto de investigación titulado: Intervención Psicológica desde el Modelo Cognitivo Conductual en un Caso de Trastorno Depresivo Mayor, es un estudio de caso único en Colombia, con programa de intervención de 14 sesiones, realizando una evaluación pre y post mediante: el inventario de depresión de Beck II, el inventario multiaxial de Millon II, el inventario de ansiedad de Beck – BAI y la escala de estrategias de coping. Se planteó como objetivo principal: describir el proceso de análisis e intervención de un trastorno depresivo mayor desde el modelo cognitivo conductual. En la etapa de tratamiento se utilizó diversas técnicas como: psicoeducación, detección y control de pensamientos automáticos, técnicas del control de la respiración, resolución de problemas, biblioterapia, reestructuración cognitiva, tareas para la casa. Los resultados señalan que: se

alcanzó la disminución de la sintomatología del ánimo mediante la TCC, se logró un mayor nivel de autonomía y retorno a las actividades, se obtuvo una adecuada adherencia al tratamiento para continuar ejecutando las estrategias una vez se finalizó con el tratamiento, y la generación de redes de apoyo ocasionaron un mayor avance durante el proceso.

Acevedo y Gélves (2018) presentan el caso en Bolivia de un trastorno de depresión persistente en una mujer de 35 años, quien a lo largo de su vida ha experimentado sucesos traumáticos con personas cercanas y con ella misma que la han llevado a experimentar sentimientos de tristeza, minusvalía y desesperanza. Luego de aplicar un programa de intervención basándose en la terapia cognitivo conductual por 14 sesiones cuyo proceso se desarrolló en 4 fases, compuesto por; evaluación, intervención, cierre y seguimiento. Tuvo resultados favorables donde se logró identificar y modificar los pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales, disminuir el diálogo negativo y auto culpabilizador, así también, la formación de nuevos esquemas como prevención de recaída.

1.3. Fundamentación teórica

1.3.1. Conceptos de depresión

Según Chávez y Tena (2018) la depresión (del latín depressus, abatimiento) es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos que se conocen. Describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia). Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad (p.12).

Coryell (2020) menciona que la depresión es un trastorno, donde se experimenta tristeza, pérdida de interés en actividades, alteraciones en el sueño, dificultades en la concentración, falta de apetito, pérdida del deseo sexual, cansancio, perturbando su funcionamiento en distintas áreas de su vida personal. Su tratamiento es a través de psicoterapia

y medidas generales, pero cuando la depresión es moderada o grave se necesita de fármacos y psicoterapia.

Todas las personas se sienten tristes o decaídas de vez en cuando, pero estos sentimientos suelen desaparecer en poco tiempo. La depresión, también llamada “depresión clínica” o “trastorno depresivo mayor” es diferente. La depresión puede causar síntomas graves que afectan cómo se siente, piensa y coordina actividades diarias como dormir, comer o trabajar. Es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona, sin importar la edad, la raza, los ingresos, la cultura o el nivel educativo. Hay investigaciones que sugieren que los factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos desempeñan una función en la depresión. (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2021a, p.2).

La definición que nos ofrece la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2021a) entiende a la depresión como: uno de los trastornos mentales más frecuentes, donde se presenta la pérdida de interés, tristeza, falta de autoestima, sentimientos de culpa, sensación de cansancio, falta de concentración.

Según Beck et al. (2010a) bajo la perspectiva de la Terapia Cognitiva, la depresión es principalmente una alteración del pensamiento, la cual se caracteriza por presentar: a) una triada cognitiva, b) esquemas cognitivos, e) errores en el procesamiento de la información. Estos tres aumentan la frecuencia e intensidad de los pensamientos automáticos negativos acerca de uno mismo y/o sobre sucesos externos e internos.

1.3.2. La Adolescencia

Los límites cronológicos para la etapa de la adolescencia son difíciles de establecer, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2021b) establece conceptos convencionales donde señala el lapso en que ocurre la adolescencia desde los diez años hasta los diecinueve años, que se divide en dos periodos: en los primeros años desde los diez hasta los catorce años y los años posteriores desde los quince hasta los diecinueve años.

Sin embargo, hay autores como Ben y Zur (2015) que dividen la adolescencia en tres etapas, la adolescencia en edades tempranas comprendidas entre los 11 y 14 años; la adolescencia intermedia que corresponde entre 15 y 18 años y la adolescencia tardía se encuentra entre las edades desde 19 hasta los 21 años (como se citado en Casas y González, 2018, p.45).

En nuestro país el Ministerio de Salud (MINSA, 2009) redacta la Resolución Ministerial N.º 538 -2009/MINSA, el cual hace mención sobre el periodo donde se desarrolla la Adolescencia como los jóvenes con edades que van desde los doce (12) años hasta los diecisiete (17) años, once (11) meses y veintinueve (29) días, para que estén en concordancia con las normas establecidas (Código de Niños y Adolescentes).

Así mismo, Méndez (2013) afirma que la adolescencia es un proceso donde el adolescente abandona la imagen infantil que tenía de sí mismo y comienza a formularse nuevos conceptos sobre su persona proyectando su vida adulta. Para este autor una identidad adulta que se basa en cuatro ejes importantes: el cuerpo biológico, que establece sus necesidades, la búsqueda de aquello que satisfará dichas exigencias: las estrategias de cambio y la manera en que debe abordar el yo al objeto de satisfacción. Una vez surge el encuentro con el objeto puede comprobar si se encuentra a gusto o no con éste, el disfrute del mismo y la capacidad de descubrir cosas nuevas que dan paso a otras necesidades.

1.3.3. Depresión en los adolescentes

El trastorno depresivo está caracterizado por la presencia de diferentes síntomas que tienen que ver con la tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos. Los adolescentes que presentan depresión experimentan ánimo bajo, que a diferencia de los adultos se manifiesta principalmente por irritabilidad, incapacidad para disfrutar las que les gustan, problemas para estar concentrados en comparación con el funcionamiento previo, fallas de atención, ideas de ser menos valioso que otros, aislamiento, disminución del rendimiento escolar, pérdida o

aumento notable del apetito, labilidad emocional, llanto frecuente, alteraciones del sueño y la energía, dificultad para pensar en el futuro y cuando es grave puede a ver intentos suicidas o síntomas de psicosis, consistentes en alucinaciones o delirios. La duración de los síntomas es de al menos dos semanas y presentar un malestar importante para el chico con un deterioro de varias de las áreas de la vida cotidiana (Cárdenas et al., 2018, p.11).

Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2021b) los niños más grandes y los adolescentes con depresión pueden tener problemas en la escuela o una baja autoestima o pueden estar callados, frustrarse fácilmente o sentirse intranquilos. También pueden tener síntomas de otros trastornos, como ansiedad y trastornos de la alimentación, déficit de atención con hiperactividad, o consumo de drogas. Los niños más grandes y adolescentes tienen una mayor probabilidad de sufrir de somnolencia excesiva (llamada hipersomnia) y un mayor apetito (llamado hiperfagia). En la adolescencia, las niñas comienzan a tener depresión con mayor frecuencia que los niños. Es posible que esto se deba a factores biológicos, hormonales y de ciclo vital que son únicos en las mujeres (p.5).

1.3.4. Consecuencias de la depresión

Los síntomas mentales depresivos son variaciones de la vida psíquica normal en cuanto a frecuencia e intensidad de determinadas emociones, cogniciones y conductas. A pesar del cambio tantas veces prometido, seguimos en tiempos del DSM-V sin otra posibilidad diagnóstica que escuchar y observar lo que el paciente nos dice y hace para evaluar si padece o no depresión y cuál es su gravedad (García, 2018).

Por otro lado, la OMS (2021c) informa que a nivel mundial se estima que entre el 10% y el 20% de los adolescentes presentan deficiencias en lo que respecta a su salud mental y que la mitad de los trastornos que afectan la salud mental de las personas se dan al inicio de los 14 años, no siendo identificados oportunamente ni tratados con el sentido de urgencia que ameritan, quedando expuestos al desarrollo de patologías como la ansiedad, excesiva

irritabilidad, conductas de frustración y enojo que pueden desencadenar en conductas agresivas y violentas que le impidan relacionarse de una manera sana; además están los trastornos alimenticios, adicciones, psicosis, el suicidio y las autolesiones, siendo mundialmente los trastornos depresivos la causa principal de enfermedades mentales y discapacidad en la etapa de la adolescencia, con un alto índice de comorbilidad con otros trastornos mentales; así como comportamientos de riesgo que hagan peligrar el sano desarrollo integral del adolescente en su principal fase de formación.

1.3.5. El modelo cognitivo de la depresión

Para realizar la disminución de la sintomatología depresiva se llevarán a cabo distintas estrategias derivadas de la TCC. Según Beck et al. (2010b):

Para modificar las ideas inadecuadas o distorsionadas asociadas con las áreas problemáticas, el terapeuta expone brevemente el modelo cognitivo de la depresión. Entre los puntos más importantes a exponer se encuentra el de la íntima relación entre los pensamientos de una persona acerca de sí misma, de su entorno y de su futuro (la tríada cognitiva) y sus sentimientos, motivaciones y conductas. El terapeuta subraya el efecto negativo que ejercen los pensamientos inadecuados o distorsionados sobre los sentimientos y la conducta del paciente. Sin embargo, decirle al paciente que “piensa de una manera irracional” puede ser contraproducente. Los pacientes depresivos están profundamente convencidos de que ven las cosas “tal como son en realidad”. Así pues, el terapeuta debe proporcionar al paciente evidencia de que su modo de pensar o de ver las cosas contribuye a mantener la depresión y de sus observaciones y conclusiones pueden ser “incorrectas” (no “irracionales”). El terapeuta puede hacer notar, por ejemplo, que, cuando son posibles varias interpretaciones de un mismo fenómeno, el paciente selecciona sistemáticamente la más negativa (pp.138-139).

1.3.6. Tratamiento Cognitivo Conductual

Según Leahy (2018a) el abordaje cognitivo conductual está orientado a la conducta, se enfoca en los problemas presentes, e implica autoayuda y el compromiso del paciente de mantener una relación de cooperación con el terapeuta. Por lo tanto, la TCC está interesado en lo que quiere cambiar. Su pensamiento, su conducta, su forma de relacionarte con los demás, su tendencia a rumiar, su desesperanza, estos son aspectos que se intentan modificar. El énfasis con que se busca identificar los pensamientos problemáticos y cómo afrontarlos, sugiriendo luego que existe otra alternativa, constituye el principio fundamental de cualquier abordaje mediante TCC.

Beck et al. (2010c) menciona que las técnicas conductuales son un conjunto de herramientas que tienen como fin comprobar las hipótesis formuladas por los pacientes, mediante la realización de ciertas conductas, además menciona que dichas técnicas son un medio para lograr el objetivo terapéutico.

Así mismo, Leahy (2018b) afirma que las técnicas de la TCC sirven para comprobar los pensamientos negativos. Por ejemplo, la planificación de actividades y la asignación de tareas graduadas entre muchas otras constituyen intervenciones de carácter conductual que le permiten al paciente probar sus creencias negativas, tales como “No disfruto nada” o “Estoy siempre deprimido”. En cierto modo, si escuchamos y aprendemos de aquellos a quienes ayudamos, podremos elaborar una terapia más apropiada para otros pacientes. La terapia no es una tarea abstracta y teórica. Se experimenta en tiempo real, con gente real, que enfrenta dificultades reales.

1.3.7. Técnicas Cognitivas Conductuales aplicadas en la depresión

3.1.7.1 Reestructuración cognitiva. es una técnica de terapia cognitiva que consiste en la modificación de los esquemas de pensamiento, en primer lugar, entender qué son las distorsiones cognitivas, es decir, los pensamientos negativos e irracionales que afectan al

estado de ánimo y al comportamiento. Luego, ser consciente de los pensamientos: aprender a identificar las propias distorsiones cognitivas. Registrar los pensamientos: apuntar la situación en la que se encuentra, el pensamiento que aparece, la emoción y la conducta. Y, por último, buscar un pensamiento alternativo más funcional que el pensamiento distorsionado. (Badia, 2022)

1.3.7.2. Relajación progresiva de Jacobson. técnica propuesta por Edmund Jacobson en 1924, tiene por objetivo que el individuo discrimine los estados de tensión y distensión, lo cual contribuya a aumentar sus estados de relajación, mediante el entramiento de tensar y relajar diferentes grupos de músculos por un periodo de tiempo determinado. (Barraca, 2014)

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

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

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

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- Disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual en un adolescente.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Disminuir las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión mediante técnicas y estrategias de relajación.
- Disminuir los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas asociadas a la depresión, mediante la reestructuración cognitiva.
- Disminuir las respuestas emocionales asociadas a la depresión con técnicas y herramientas cognitivas y conductuales.
- Desarrollar las habilidades sociales del paciente mediante técnicas y estrategias conductuales.
- Incrementar la frecuencia de actividades de disfrute y conductas funcionales del paciente mediante la programación de actividades y asignación de tareas graduales.

1.5. Justificación

El estudio que a continuación se presenta permite sustentar la efectividad de la terapia cognitivo conductual y generar conocimiento especializado para la comunidad científica, integrando modelos teóricos, y profundizando en factores asociados en la depresión, a través de la descripción de la problemática desde una perspectiva fenomenológica (basado en evidencia), y capaz de ser contrastable.

De igual manera, la investigación se justifica desde el punto de vista práctico, por cuanto los resultados que se obtengan de la intervención cognitiva conductual en un caso de depresión, servirán como una guía clínica para la atención y tratamiento que pueden ponerse en práctica en las instituciones pertinentes.

A nivel metodológico, el presente estudio propone estrategias metodológicas, ordenadas y sistematizadas para el abordaje del caso clínico y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

1.5.1. Impactos esperados del trabajo académico

A partir del presente trabajo de investigación se espera disminuir la sintomatología depresiva del paciente, mejorando su salud emocional y física, lo cual se verá reflejado en sus relaciones interpersonales, laborales y académicas.

Se espera que este estudio beneficie a la comunidad psicológica e interesados en el abordaje de la depresión en adolescentes, debido a eficacia de la intervención cognitivo conductual en este tipo de casos.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación usada en este estudio de caso fue la investigación aplicada, ya que toma conocimiento de la investigación básica para aplicarlos según Kerlinger (2002).

El diseño de investigación, corresponde a un diseño experimental de caso único, el cual se define como aquél que demuestra el control experimental, es decir, la demostración de que una intervención concreta produce un cambio en la conducta con un único individuo que actúa como participante control y como participante experimental. En otras palabras, en el diseño de caso único o de $n=1$ se toman medidas de la variable de respuesta de forma repetida en una fase de control y en una fase experimental para un único individuo (Kennedy, 2005a, p.12).

2.2. Variables de Investigación

2.2.1. *Variable dependiente: Depresión*

Según Beck et al. (2010) bajo la perspectiva de la Terapia Cognitiva, la depresión es principalmente una alteración del pensamiento, la cual se caracteriza por presentar: a) una triada cognitiva, b) esquemas cognitivos, e) errores en el procesamiento de la información. Estos tres aumentan la frecuencia e intensidad de los pensamientos automáticos negativos acerca de uno mismo y/o sobre sucesos externos e internos.

2.2.2. *Variable Independiente: Terapia Cognitivo Conductual*

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

2.2.3. *Variables de control*

- El establecimiento de las sesiones terapéuticas: 17 sesiones.

- Las sesiones terapéuticas se realizaron en el mismo ambiente y con las mismas condiciones.
- La asistencia: una vez por semana.
- El tiempo de las sesiones: 60 minutos.

2.2.4. Variables extrañas

- Problemas de salud del paciente que impida que asista a sus sesiones terapéuticas.
- El fallecimiento de un familiar significativo para el paciente.
- Problemas económicos que le impida seguir costearo las sesiones terapéuticas.

2.3. Participante

Paciente de género masculino, de 17 años, natural de Lima, actualmente vive en el distrito de San Martín de Porres con su abuela materna y hermana menor, estatus económico medio, tez trigueña, contextura gruesa, estatura de 1.78cm aproximado, actividad actual estudiante universitario (primer ciclo), sin experiencia previa de asistencia a psicoterapia.

2.4. Evaluación Psicológica (Caso clínico psicológico)

2.4.1. Observación Psicológica

Paciente de sexo masculino, tez trigueña, aparenta edad cronológica, 1.78 m. de estatura y un peso de 80 kilos aproximadamente. Presenta adecuado aseo y cuidado personal, su vestimenta es acorde a su edad, género, estación y nivel socioeconómico. Ingresa a consulta con una marcha normal, adopta una postura encorvada, movimientos de piernas, mantiene poco contacto visual; sin embargo, su actitud es colaboradora durante las sesiones. Se encuentra lucido y orientado en cuanto a persona, espacio y tiempo. La atención es flexible, responde a todas las preguntas del examinador. Su memoria se ve conservada puesto que puede evocar información respecto a cómo era en el pasado y los temores que presentaba. No se observó alteraciones en la percepción puesto que no refiere oír voces ni ver cosas. Su pensamiento es de tipo catastrófico y pesimista. Presenta lenguaje coherente, de ritmo lento acompañado de un

tono de voz bajo. En cuanto a la afectividad se puede observar que el paciente presenta preocupación e impaciencia dándose una congruencia entre las expresiones faciales y su discurso.

2.4.2. Entrevista (antecedentes históricos o anamnesis)

2.4.2.1. Motivo de consulta. Paciente acude a consulta en compañía de su abuela, quien refiere que es un joven que tiene problemas para controlar sus emociones ya que se encierra en su cuarto con frecuencia para llorar, así mismo, tiene cambios de estados ánimo que pasa de la tranquilidad a la cólera, gritando e insultando a sus familiares en especial a ella, también agrega que ha dejado los estudios, puesto que se estaba preparando en una academia para postular a la universidad, pero ahora ya no quiere salir de la casa porque se siente muy triste todo el tiempo.

Al entrevistar al paciente manifiesta “me siento triste casi todo el tiempo, me da muchas ganas de llorar y dormir todo el día”, “hay días que no quiero salir de mi casa y si es por mí ni me bañaría”. Hizo una pausa larga mirando hacia abajo, luego levanto la mirada y agrego “no sé por qué mi abuela me trajo aquí, siento que nadie me va poder ayudar”.

2.4.2.2. Problema Actual. El consultante presenta problemas en su estado de ánimo, siendo la tristeza, la melancolía, la desmotivación y la culpa los síntomas más comunes, actualmente esto se refleja en la convivencia con su abuela y con su hermana menor con los que tiene conflictos en especial con su abuela, ya que el afirma “tengo mucha cólera cuando mi abuela toca la puerta de mi cuarto y me grita diciéndome que salga, que ya es tarde”, ante este hecho la abuela del paciente refiere “yo no quiero incomodarlo, solo le aviso que se levante para que tome su desayuno, pero él, me insulta y le dice groserías para que se valla”. Por otro lado, el paciente afirma “también me molesta mucho cuando me obliga a que la acompañe al mercado cuando no quiero hacerlo y le grito fuerte y a veces le insulto, luego me da pena, me pongo a llorar en mi cuarto y golpeo la pared con los puños”. También menciona que en los últimos años han aumentado los dolores de cabeza y dificultades para conciliar el sueño.

Por otro lado, el paciente no desea salir de su casa ya que refiere “no quiero salir porque no quiero encontrarme con los chicos del barrio y que me estén preguntando porque ya no salgo, eso me da mucha vergüenza porque no sabría que decirles”.

En relación a su hermana el paciente menciona “yo quiero mucho a mi hermana, pero en ocasiones se pone muy pegajosa metiéndose en mi cuarto sin mi permiso, eso me da cólera y le grito para que valla, luego se pone a llorar y yo me siento culpable porque sé que solo quiere pasar tiempo conmigo”. “sé que soy un mal ejemplo para mi hermana menor por como la trato a ella y a nuestra abuela, eso me pone muy triste”.

Al preguntarle por sus padres el paciente manifestó que no deseaba saber nada de ellos porque son personas tóxicas que solo saben hacer daño a los demás. Así mismo, afirma “son tal para cual, desde que recuerdo siempre paraban discutiendo, nunca me quisieron, solo les importa ellos mismos, no me interesa lo que les pueda pasar, mejor si no me hablan”. También afirma que su padre le quiere obligar a conocer a su medio hermano, pero él no quiere conocerlo mencionando que “él no me puede obligar a conocer a su hijo diciéndome que es mi medio hermano, para mí yo solo tengo una hermana, que es con la que yo vivo”.

Con relación a su madre el paciente refiere “mi madre está loca, es incapaz de controlarse, ella era la que empezaba las discusiones con mi padre, celándolo por cualquier cosa, incluso una vez le rompió las lunas de su auto porque ella estaba segura que en ese carro había estado su amante”, “también recuerdo que cuando era niño me amenazaba con pegarme si no le decía a mi padre que no se valla y no nos abandonara”. Actualmente cuando su madre lo llama del extranjero él no le contesta a menos que quiera que le compre algo, solo en esas ocasiones le contesta con amabilidad, afirmando “así como ella me manipulaba cuando era niño ahora yo la manipulo cuando quiero algo, por sé que cuando yo no le contesto ella se pone a llorar”.

2.4.2.3. Desarrollo cronológico del problema. La primera experiencia triste y que siente que le generó un gran impacto sucedió a los 7 años, recuerda presenciar una discusión entre sus padres en la cual ambos se agredieron verbal y físicamente, mientras él se escondía debajo de la mesa. Así mismo, recuerda que su madre lo jalaba del brazo y le gritaba llorando; “dile a tu padre que no te abandone, rápido antes que se valla, si no te doy bien duro”, cuando esto pasaba le generaba mucho miedo y angustia.

A los 9 años recuerda que una noche estaba en casa con su padre viendo televisión y de un momento a otro escucharon fuera de su casa unos golpes muy fuertes y el sonido de unos vidrios romperse, es en ese momento que, al mirar por la ventana, vio a su madre con un martillo en la mano rompiendo las lunas del auto de su padre. Su padre sale eufórico de la casa gritando groserías y obscenidades a su madre, la cual sin detenerse en su afán de romper todas las lunas del auto también lo insultaba. Luego los vecinos al escuchar el escándalo salen y separan a sus padres que se estaban agrediendo físicamente. El paciente menciona que esta experiencia fue muy angustiante y traumática para él.

A los 11 años el paciente recuerda que hubo una discusión muy fuerte en la que su padre decide irse de la casa aduciendo que ya no la aguantaba más la convivencia con ella, recuerda que su madre muy enojada le insultaba diciendo “eres un sinvergüenza por dejar a tu familia por tu amante”, recuerda también que su padre ni siquiera se despidió de él simplemente cogió un maletín y se fue de su casa, gritando e insultando a su madre. Esta experiencia la recuerda con mucha tristeza, ya que cuando lo contaba se le caían las lágrimas.

A los 12 años recuerda que su madre decide viajar a Italia a visitar a unos parientes por un mes, el cual se prolongó mucho más tiempo ya que conoció a su actual pareja, decidiendo quedarse en Italia hasta la actualidad. Este hecho le generó mucho rencor hacia su madre ya que el refiere “ella prefirió quedarse por un hombre abandonando a sus hijos, que clase de madre hace eso”.

En la actualidad, decide prepararse en una academia preuniversitaria ya que desea estudiar la carrera de psicología, a las pocas semanas se da cuenta que le es muy difícil concentrarse. En los simulacros de examen de admisión sale con los puntajes más bajos, a pesar que se esfuerza por atender las clases y estudiar, esto hace que se repita a si mismo la frase “soy un fracasado”. Por otro lado, menciona que después de casi dos años de aislamiento social por pandemia, le cuesta mucho trabajo socializar con los chicos de su edad, siendo el único del salón que no habla con nadie, todo esto le genera colera y tristeza, diciendo “por qué no puedo ser como los demás chicos de mi edad”.

2.4.2.4. Historia personal. El entrevistado refiere que el embarazo no fue planificado. Así mismo, durante el embarazo hubo muchas discusiones y maltrato psicológico. El parto fue natural sin complicaciones (Eutócico).

2.4.2.5. Desarrollo Psicomotor. Al año y tres meses empezó a caminar y a año y medio comenzó a pronunciar algunas palabras. A los dos años y medio empezó a controlar sus esfínteres.

2.4.2.6. Enfermedades y/o accidentes. Desde niño no recuerda haber tenido enfermedades graves a excepción de sus crisis asmáticas. A los dos años tuvo su primer episodio de asma, el cual fue disminuyendo al ir llegando a la adolescencia. Actualmente no ha experimentado otra crisis asmática. A los 12 años tuvo una fractura en el brazo izquierdo producto de una caída al caer del Skateboard, no le genero ninguna secuela.

2.4.2.7. Escolaridad. El entrevistado refiere que su promedio académico en primaria fue bueno, sin embargo, en el nivel secundario bajo significativamente, en particular en los cursos de matemáticas.

2.4.2.8. Datos familiares. Padre Américo L. G de 60 años de profesión empresario; su madre Fiorela G. B de 50 años, de ocupación comerciante; Abuela Noelia B. R de 75 años, de profesión ama de casa; y Hermana Fabiola L. G. de 9 años.

2.4.2.9. Relaciones familiares. La relación con el padre; es distante ya que él vive con su actual pareja y su menor hijo en otro distrito de Lima, siendo el padre el que lo visita de vez en cuando. También asevera que su relación es conflictiva, ya que las pocas veces que su padre viene a visitarlo discuten porque el paciente se niega a conocer a su medio hermano y su padre lo presiona para que lo pueda conocer a él y a su actual pareja. En relación con su madre; el paciente refiere tener una relación distante ya que su madre vive en el extranjero y solo se comunican vía telefónica cuando ella lo llama. Por otro lado, también refiere que su relación es manipulativa puesto que, solo se comunica con ella cuando desea obtener algún beneficio material o económico. La relación con su abuela es cercana ya que vive con ella y le tiene mucho cariño y aprecio. Sin embargo, en los últimos meses han aumentado las discusiones porque siente que es muy estricta y muchas veces no entiende cómo se siente. Con su hermana la relación es afectuosa, aunque afirma que últimamente tiene poca paciencia con ella y siente que su actitud la está alejando poco a poco.

2.4.2.10. Hábitos e intereses. Desde niño le gustaron los deportes como el fútbol y el básquet, que hasta la actualidad lo practica. Por otro lado, en los últimos años ha despertado un interés en las actividades marciales como la lucha libre, el karate y las artes marciales mixtas, viendo videos de estas disciplinas con regularidad. En sus ratos libre le gusta jugar video juegos y salir a pasear a su mascota, un bóxer al cual le se siente muy apegado.

2.4.2.11. Desarrollo psicosexual. El entrevistado refiere que su primer contacto con la sexualidad fue a los 12 años, el día que su primo por parte de madre le mostro una revista de contenido pornográfico, refiere que al ver las imágenes tuvo su primera erección. Posteriormente comenzó a masturbar con regularidad. A los 15 años conoció a una chica en el colegio con la cual iniciaron una relación a escondidas ya que su abuela y el padre de chica no deseaban que iniciaran una relación sentimental por su precoz edad y el temor que interfiriera con sus estudios. Sin embargo, la relación se mantuvo por varios meses a escondidas, con

muchas discusiones en su mayoría por celos de ambos. Refiere que se inició sexualmente con la chica, pero que ella se obsesiona con él tanto que le escribía todo el tiempo y quería que se vieran todos los días. Esto hizo que la relación se desgastara y se decidiera por terminar la relación. Actualmente no desea tener una relación sentimental.

2.4.2.12. Antecedentes familiares psicopatológicos. El entrevistado refiere que su padre es alcohólico, que desde niño lo recuerda llegando a casa beodo y discutir con su madre y en ocasiones agredirla físicamente. Por otro lado, misiona que su mamá le contaba que su padre es decir el abuelo del entrevistado era alcohólico y que a raíz de eso hubo agresiones y violencia familiar. Así mismo, la entrevistada sospecha que su madre es depresiva ya que cada cierto tiempo la veía llorar y hundirse en una melancolía muy profunda que duraba varios días.

2.4.3. Test o Pruebas aplicadas

2.4.3.1. Fichas de autoregistros. Consiste en registros diarios de los acontecimientos. Estos registros son útiles para evaluar las conductas del consultante ya que proporciona información sobre su ambiente social y los refuerzos con los que cuenta. Asimismo, sirven para identificar la conducta problema, el origen de la línea base y el conocimiento de la variable dependiente a fin de evaluar los efectos del tratamiento al culminar con las sesiones (Buela-Casal y Sierra, 2004). Para la presente investigación, se usaron los siguientes autorregistros que fueron creados solo para el participante (ver anexo 1 y 2).

2.4.3.2. Inventario de depresión de Beck - II (BDI - II). Es un inventario autoaplicado de 21 ítems, que tiene la finalidad de detectar y cuantificar el síndrome depresivo. En la versión de 1979 se redujeron a solo 4 alternativas jerarquizadas. El contenido del inventario se centra en los síntomas cognitivos de la depresión con un bloque principal de 15 ítems, de igual manera, los síntomas somáticos – vegetativo representan un segundo bloque de 6 ítems. La puntuación total del inventario se obtiene sumando el puntaje de cada una de las opciones en los ítems de

la primera y de la segunda (21 ítems). En cada ítem, las respuestas se jerarquizan de menor a mayor gravedad desde el 0 al 3.

En relación a la confiabilidad Espinosa (2016), en Lima sur, en una muestra de más de 1000 universitarios, reporto una confiabilidad por consistencia interna, coeficientes Alfa de Cronbach de 0.865 para el nivel general y coeficientes superiores a 0.60 para las 3 áreas en esta población que hallan y componen el inventario. Así mismo, la validez de constructo de la prueba se realizó a través de análisis factorial hallando tres factores que explican el 39% de la varianza total (ver anexo 3).

2.4.3.3. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). La prueba posee dos secciones con 20 preguntas cada una. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, compuesto por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y la hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, característico de los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Las puntuaciones de las escalas de A/E y A/R van de 0 a 60 puntos. Los sujetos mismos se auto evalúan en una escala del 0 a 3 puntos en cada una de las afirmaciones.

En relación a la confiabilidad de la prueba en nuestro país González y Vigil (2008) en una muestra amplia de universitarios encontró una confiabilidad de 0.82 para la ansiedad rasgo y 0.72 para la ansiedad estado (ver anexo 4).

2.4.3.4. Inventario clínico multiaxial de Millon – Millon II. El Millon-II es un cuestionario de personalidad de 22 escalas diseñado en base a la teoría de la personalidad de Theodore Millon, cuyo objetivo es obtener información para la toma de decisiones en el tratamiento de participantes con dificultades emocionales e interpersonales. Esta fue aplicada e investigada en nuestra población mediante pacientes de salud mental. La calificación se realiza de manera manual o computarizada, sumando las afirmaciones de los ítems dentro de

sus respectivas escalas, siendo las de mayor importancia aquellas puntuaciones por encima de los 85 puntos. Además, se cuenta con escalas internas de validez, sinceridad, deseabilidad y alteraciones para corroborar que los resultados no han sido manipulados por el evaluado (Solís, 2007).

En relación a la validez interna del MCMI-II Solís (2013) realizó un estudio en pacientes de dos hospitales de salud mental de Lima metropolitana. Los cuales encontraron una correlación de Pearson, significativa entre Síntomas Clínicos (Eje I) y personalidad (Eje II), cumpliéndose lo reportado en otros estudios de investigación realizados. En la misma línea de las teorías revisadas, se observa correlaciones positivas elevadas entre constructos teóricamente relacionados tales como Depresión Mayor- Distimia: .96, Auto descalificación- Distimia: .96, Auto descalificación- Depresión Mayor: .95 y Pasivo Agresivo- Borderline: .92; así como correlaciones cercanas a cero en constructos no relacionados como por ejemplo Histriónica- Evitativo: .35, Histeriforme- Narcisista: .29, Ansiedad- Narcisista: .25, y Esquizotípica- Deseabilidad Social: .20. Así mismo, la confiabilidad basada en la consistencia interna es apropiada en todas las escalas clínicas, pues inclusive los puntajes más bajos son todavía satisfactorios (ver anexo 5).

2.4.4. Análisis e interpretación de resultados de la evaluación psicológica (para el usuario y familia)

2.4.4.1. Datos de filiación.

- Nombres y Apellidos : M. A. C.
- Edad : 17 años
- Sexo : Masculino
- Lugar de Residencia : San Martín de Porres
- Grado de Instrucción : Secundaria completa
- Ocupación : Estudiante

- Evaluador : Pedro Pablo Oyola Villarroel
- Fecha de informe : 05-08-2023

2.4.4.2. Motivo de consulta. Paciente acude a consulta en compañía de su abuela, quien refiere que es un joven que tiene problemas para controlar sus emociones ya que se encierra en su cuarto con frecuencia para llorar, así mismo, tiene cambios de estados ánimo que pasa de la tranquilidad a la cólera, gritando e insultando a sus familiares en especial a ella, también agrega que ha dejado los estudios, puesto que se estaba preparando en una academia para postular a la universidad, pero ahora ya no quiere salir de la casa porque se siente muy triste todo el tiempo.

Al entrevistar al paciente manifiesta “me siento triste casi todo el tiempo, me da muchas ganas de llorar y dormir todo el día”, “hay días que no quiero salir de mi casa y si es por mí ni me bañaría”. Hizo una pausa larga mirando hacia abajo, luego levanto la mirada y agrego “no sé por qué mi abuela me trajo aquí, siento que nadie me va poder ayudar”.

2.4.4.3. Observaciones generales y de conducta. Paciente de sexo masculino, tez trigueña, aparenta edad cronológica, 1.78 m. de estatura y un peso de 80 kilos aproximadamente. Presenta adecuado aseo y cuidado personal, su vestimenta es acorde a su edad, género, estación y nivel socioeconómico. Ingres a consulta con una marcha normal, adopta una postura encorvada, movimientos de piernas, mantiene poco contacto visual; sin embargo, su actitud es colaboradora durante las sesiones. Se encuentra lucido y orientado en cuanto a persona, espacio y tiempo. La atención es flexible, responde a todas las preguntas del examinador. Su memoria se ve conservada puesto que puede evocar información respecto a cómo era en el pasado y los temores que presentaba. No se observó alteraciones en la percepción puesto que no refiere oír voces ni ver cosas. Su pensamiento es de tipo catastrófico y pesimista. Presenta lenguaje coherente, de ritmo lento acompañado de un tono de voz bajo. En cuanto a la afectividad se puede observar que el paciente presenta preocupación e impaciencia dándose una congruencia entre las expresiones faciales y su discurso.

2.4.4.4. Análisis de resultados.

A. Personalidad. El consultante presenta características de personalidad evitativa, puesto que, se muestra siempre en guardia, como estrategia adaptativa de anticipación ansiosa, de temor y desconfianza en los demás. También presenta rasgos clínicos de personalidad que se ajustan a las características esquizoide, ya que manifiesta una carencia de deseo para experimentar a profundidad actividades placenteras, menciona también ser un observador pasivo de las demandas y gratificaciones sociales. Así mismo, presenta indicadores pasivo-agresivo, lo cual se manifiesta en un patrón de terquedad y enfado explosivos mezclados con culpabilidad y vergüenza. Por otro lado, se muestra tenso la mayor parte del tiempo, lo que se corrobora en todo el proceso de evaluación. También, indeciso y aprehensivo en particular en lo referente a su futuro académico y laboral, estas características encajan en un síndrome clínico de personalidad ansiosa.

B. Estado del ánimo. En lo referente al estado emocional el consultante presenta una depresión moderada, acompañada de una ansiedad por encima del promedio lo cual se caracterizada por sentimientos de Culpa, tristeza constante, colera, desmotivación y vergüenza, este hecho se evidencia en frases como; “no quiero salir porque no quiero encontrarme con los chicos del barrio y que me estén preguntando porque ya no salgo”, “me siento triste todo el tiempo, siento que solo quiero llorar y dormir todo el día”. Así mismo, a nivel cognitivo evidencia una expectativa negativa hacia el futuro, visión negativa de sí mismo y de los que le rodean, expresando frases como; “soy un fracasado”, “sé que soy un mal ejemplo para mi hermana menor por como la trato a ella y a nuestra abuela “. En lo conductual, muestra llanto recurrente, apatía, sedentarismo, aislamiento social, perdida de interés en las actividades académicas y agresividad física contra el mismo y verbal contra los miembros de su familia.

C. Pensamiento. En esta área de evaluación, el entrevistado impresiona intelectualmente con un nivel normal promedio, presenta un lenguaje fluido, pensamiento

ordenado y mantiene una adecuada conservación de su memoria. Por otro lado, suele recordar percances y experiencias dolorosas del pasado, cambiar sus éxitos por problemas, intensificando sus déficits y mostrándose vulnerable a la tensión, ideas de desconfianza y preocupación permanente a ser lastimado o decepcionado si se permite tener relaciones más íntimas y profundas con los demás.

2.4.4.5. Conclusiones. Luego de analizar la información recabada de la historia personal del entrevistado, los instrumentos psicométricos y técnicas psicológicas, se concluye lo siguiente:

- Sus rasgos de personalidad lo muestran como una persona de rasgos evitativos con características esquizoides. Así mismo presenta conductas impulsivas y ansiosas.
- Emocionalmente el entrevistado presenta depresión moderada y ansiedad lo que se manifiesta en labilidad emocional y miedo a ser lastimado.
- Su pensamiento se caracteriza por recordar experiencias tristes de su infancia que lo atormenta, en particular cuando se siente triste o frustrado.

2.4.4.6. Diagnostico funcional.

Tabla 1

Análisis funcional conductual

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Gritar.		
Insultar a las personas con las que vive.	Capacidad de concentración.	habilidades sociales.
Llorar.	Actividad física.	comunicación asertiva.
Encerarse en su cuarto.	Paciencia con su hermana.	Expresar cariño con su familia.
Golpear la pared con los puños.	hablar con sus padres.	Conciliar el sueño.
Dolor de cabeza.	Salir de su casa.	Estudiar.
Jugar video juegos		
No contestar las llamadas por teléfono de su madre.		

Análisis funcional de la conducta depresiva del paciente

Estimulo discriminativo	Conducta	Estimulo reforzador y consecuentes
<p>Interno</p> <p>Recordar las muchas discusiones que tenían sus padres.</p> <p>Recordar como su madre lo manipulaba para evitar que su padre se valla.</p> <p>Recordar como su padre se fue de la casa sin despedirse de él.</p>	<p>Motor</p> <p>Gritar e insultar a sus familiares.</p> <p>Golpea las paredes con los puños.</p> <p>Jugar muchas horas video juegos.</p> <p>No querer salir de su casa.</p> <p>No querer hablar con sus padres.</p> <p>No querer ir a clases de la academia</p>	<p>Refuerzo externo</p> <p>Que su abuela no insista y lo deje en su cuarto el tiempo que quiera.</p> <p>Olvida sus preocupaciones.</p> <p>Evita confrontar situaciones incómodas.</p>
<p>Externo</p> <p>Bajas notas en los simulacros</p> <p>Cuando le dicen que salga de su cuarto.</p> <p>Cuando su hermana entra a su cuarto sin su permiso.</p> <p>Cuando su abuela le pide que la acompañe al mercado.</p> <p>Cuando su padre le dice que conozca a su medio hermano.</p> <p>Cuando su madre lo llama por teléfono.</p>	<p>Emocional</p> <p>Tristeza (9/10)</p> <p>Culpa (8/10)</p> <p>Colera (9/10)</p> <p>Vergüenza (8/10)</p> <p>Ansiedad (8/10)</p> <p>Fisiológico</p> <p>Llanto</p> <p>dolores de cabeza</p> <p>problemas para conciliar el sueño.</p> <p>Cognitivo</p> <p>“me siento triste todo el tiempo, siento que solo quiero llorar y dormir todo el día”.</p>	<p>Refuerzo interno</p> <p>Tranquilidad al quedarse en casa.</p> <p>Alivio después de golpear las paredes.</p>

Estimulo discriminativo	Conducta	Estimulo reforzador y consecuentes
	<p>“no quiero salir porque no quiero encontrarme con los chicos del barrio y que me estén preguntando porque ya no salgo”</p> <p>“sé que soy un mal ejemplo para mi hermana menor por como la trato a ella y a nuestra abuela”</p> <p>“tengo mucha colera cuando mi abuela toca la puerta de mi cuarto y me grita diciéndome que salga, que ya es tarde”</p> <p>“soy un fracasado”</p>	

Tabla 3*Análisis funcional cognitivo*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y conducta (C)
EXTERNOS		
Cuando su abuela le dice que la acompañe al mercado.	“no quiero salir porque no quiero encontrarme con los chicos del barrio y que me estén preguntando porque ya no salgo”	Se encierra en su cuarto y se pone a jugar video juegos. Culpa 8/10 Ansiedad 8/10 Vergüenza 8/10
Cuando su hermana entra a su cuarto sin su permiso y le grita.	“sé que soy un mal ejemplo para mi hermana menor por como la trato a ella y a nuestra abuela”	Se encierra en su cuarto, golpea las paredes con su puño y se pone a llorar. Tristeza 9/10 Colera 8/10 Culpa 8/10
Cuando mi abuela toca la puerta de mi cuarto y me grita diciéndome que salga, que ya es tarde.	“tengo mucha colera con mi abuela”	Grito e insulto a mi abuela. Colera 9/10 Ansiedad 8/10
INTERNO		
Pensar que no podre ingresar a la universidad.	“soy un fracasado”	Me encierro en mi cuarto y me pongo a jugar video juegos.
Pensar en las constantes peleas de sus padres.	“me siento triste casi todo el tiempo, me da muchas ganas de llorar y dormir todo el día”.	Se encierra en su cuarto se pone a llorar. Tristeza 9/10 Colera 8/10

2.4.4.7. Diagnóstico Psicológico Tradicional: Cie-10.

Tabla 4

Criterios según el CIE-10 para Episodio Depresivo Moderado

Criterios Cie-10	Presentes en la Paciente
<p>A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32) estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas.</p>	<p>Síntomas del apartado A: Estado de ánimo bajo constante. Concentración reducida. Autoestima y confianza reducidas. Ideas de culpa e inutilidad</p>
<p>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</p>	<p>Síntomas del apartado B: 1. Humor depresivo en el paciente por 3 meses. 2. ya no desea salir de casa ni interactuar con sus amigos del barrio. 3. No aplica</p>
<p>C. Presencia de síntomas adicionales del criterio de F32.0, para sumar un total, de al menos seis síntomas: 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.</p>	<p>Síntomas del apartado C: 1. Piensa que es un fracasado. 2. Se siente culpable por ser un mal ejemplo para su hermana y por como trata a su abuela. 3. No aplica 4. Problemas para concentrarse a nivel académico y en toma de decisiones. 5. No aplica 6. Problemas para conciliar el sueño. 7. Disminución del apetito.</p>
<p>G 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. G2. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30.-) en ningún período de la vida del individuo. G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).</p>	<p>G 1. Episodio depresivo lleva 3 meses. G 2. No aplica G 3. No aplica.</p>

2.4.4.8. Recomendaciones.

- Se recomienda la aplicación técnicas cognitivas y conductuales, con el fin de disminuir los síntomas fisiológicos y de pensamiento relacionados a la depresión.
- Se sugiere psicoeducación y modificar el comportamiento creando hábitos saludables, reestructurando y flexibilizando ideas para el mejor afrontamiento de situaciones estresantes.
- Se propone realizar un programa de autorregulación de emocional a través del ensayo conductual y reestructuración cognitiva.

2.5. Intervención

2.5.1. Objetivo General

- Disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual en un adolescente.

2.5.2. Objetivos Específicos

- Disminuir las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión mediante técnicas y estrategias de relajación.
- Disminuir los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas asociadas a la depresión, mediante la reestructuración cognitiva.
- Disminuir las respuestas emocionales asociadas a la depresión con técnicas y herramientas cognitivas y conductuales.
- Desarrollar las habilidades sociales del paciente mediante técnicas y estrategias conductuales.
- Incrementar la frecuencia de actividades de disfrute y conductas funcionales del paciente mediante la programación de actividades y asignación de tareas graduales.

2.5.3. Plan de intervención y calendarización

Tabla 5

Calendarización del programa de intervención bajo el modelo Cognitivo Conductual

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA					
Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participante	Técnicas de tratamiento
SESIÓN N°1	03/10/22	55 minutos	Semanal	Abuela y Adolescente de 17 años	Entrevista Psicológica
SESIÓN N°2	10/10/22	60 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Evaluación psicológica
SESIÓN N°3	17/10/22	60 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Evaluación psicológica
SESIÓN N°4	31/10/22	60 minutos	Semanal	Abuela y Adolescente de 17 años	Entrega de resultados y Psicoeducación sobre TCC y depresión
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO – CONDUCTUAL					
SESIÓN N°1	07/11/22	60 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Psicoeducación Modelado Técnica de respiración diagramática. técnica de visualización.
SESIÓN N°2	14/11/22	50 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Psicoeducación Modelado Técnica de relajación progresiva de Jacobson.

SESIÓN N°3	28/11/22	50 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Técnica de relajación progresiva de Jacobson. Técnica de visualización.
SESIÓN N°4	05/12/22	50 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Psicoeducación Registro de pensamientos automáticos
SESIÓN N°5	12/12/22	50 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Psicoeducación
SESIÓN N°6	19/12/22	45 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Psicoeducación Reestructuración cognitiva Fichas de autoregistro
SESIÓN N°7	26/12/22	50 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Reestructuración cognitiva. Fichas de autoregistro.
SESIÓN N°8	02/01/23	50 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Psicoeducación Técnica de accedimiento a la emoción Ficha de autoregistro
SESIÓN N°9	09/01/23	50 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Técnica de escritura expresiva. Ficha de autoregistro
SESIÓN N°10	16/01/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Técnica de contrarrestando la culpa que siento por mis emociones. Ficha de autoregistro
SESIÓN N°11	23/01/23	50 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Psicoeducación Técnica de ensayo conductual Ficha de autoregistro
SESIÓN N°12	30/01/23	50 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Psicoeducación Técnica de ensayo conductual Ficha de autoregistro

SESIÓN N°13	06/02/23	50 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Psicoeducación Técnica de ensayo conductual Ficha de autoregistro
SESIÓN N°14	13/02/23	50 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Técnica de asignación de actividades Técnica de dominio y agrado Ficha de autoregistro
SESIÓN N°15	20/02/23	50 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Técnica de dominio y agrado Ficha de autoregistro
SESIÓN N°16	27/02/23	50 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Psicoeducación Ficha de autoregistro
SESIÓN N°17	03/03/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 17 años	Psicoeducación
SIGUIIMIENTO POR 2 MESES					
SESIÓN N°1	03/04/23	35 minutos	Mensual	Abuela y Adolescente de 17 años	Vía telefónica
SESIÓN N°2	08/05/23	35 minutos	Mensual	Abuela y Adolescente de 17 años	Vía telefónica

2.5.4. Programa de intervención

2.5.4.1. Evaluación Psicológica.

Tabla 6

Primera sesión – Entrevista Psicológica, motivo de consulta y problemática

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	Inicio: Se le da la bienvenida a la sesión.	Se le da la bienvenida generando un adecuado rapport y empatía con el consultante y a su abuela quien lo acompaña, luego se le pide sus datos de filiación.		10'	
Establecer el motivo de consulta, explicación de la etapa de evaluación e instruir en el uso de la ficha de registro.	Desarrollo: Recabar información del motivo de consulta, informar sobre la etapa de evaluación y explicar sobre la relación entre pensamiento, emoción y conducta. Luego enseñar el uso de la ficha de registro.	Posteriormente se le pregunta por el motivo de consulta realizando la escucha activa, permitiendo que se pueda expresar realizando preguntas abiertas. Así mismo, se registra las respuestas conductuales que va generando durante la entrevista. Luego se le explica que se le va realizar un proceso de evaluación psicológica, como parte de esa evaluación se le aplicara una ficha de registro donde anotara los pensamientos negativos y las emociones, que según su relato son las que más lo perturban asignándoles una escala subjetiva de intensidad del 1 al 10. Habiéndole explicado previamente la relación que existe entre pensamiento, emoción y conducta.	-Papel bond y lapicero.	40'	-Entrevista -Observación de la conducta. -Fichas de registro.
	Cierre: Resumen de resolución de interrogantes y entrega de ficha de registro.	Se realiza un breve resumen a modo de devolución al consultante resolviendo todas las dudas que pueda tener el cliente en relación a lo explicado y se le entrega la ficha de registro a modo de tarea para que realice el registro que se le explico previamente.		10'	

Tabla 7*Segunda sesión – Evaluación psicológica y aplicación de anamnesis*

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Recabar información del paciente y de la problemática a través de la anamnesis y de los instrumentos de evaluación.	Inicio: Se le da la bienvenida a la sesión y se revisa la ficha de registro.	Se le da la bienvenida al paciente, luego se le pide las fichas de registro de pensamientos y de las emociones. Mientras explica como realizó su registro se procede a revisarlo y hacer algunas aclaraciones.		10'	
	Desarrollo: Aplicación de la anamnesis y explicación y entregas de tests psicológicos.	A continuación, se aplica la primera parte de la anamnesis, estableciendo previamente el rapport adecuado. Luego, se le entrega los tests psicológicos, explicándole detalladamente como resolverlos. Se resuelven algunas dudas y se recogen las pruebas verificando que estén correctamente contestadas.	-Protocolos de las pruebas psicológicas. -Papel bond y lapicero.	45'	-Entrevista -Observación -Tests psicológicos.
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas relacionadas a la aplicación de los instrumentos de evaluación. Finalmente, se le invita a la siguiente sesión para continuar con la etapa de evaluación.		05'	

Tabla 8*Tercera sesión – Evaluación psicológica y aplicación de anamnesis*

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	Inicio: Se le da la bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al consultante, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas y luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		10'	
Recabar información del paciente y de la problemática a través de la anamnesis y de los instrumentos de evaluación.	Desarrollo: Aplicación de la anamnesis y explicación y entregas de tests psicológicos.	A continuación, se aplica la segunda parte de la anamnesis, estableciendo previamente el rapport adecuado. Luego, se le entrega el test psicológico, explicándole detalladamente como resolverlo. Se resuelven algunas dudas y se recoge la prueba verificando que esté correctamente contestada.	-Protocolos de las pruebas psicológicas. -Papel bond y lapicero.	45'	-Entrevista -Observación -Tests psicológicos.
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas relacionadas a la aplicación de los instrumentos de evaluación. Finalmente, se le invita al consultante y su abuela a la siguiente sesión para la entrega de resultados.		05'	

Tabla 9*Cuarta sesión – Entrega de informe, contrato conductual y psicoeducación*

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrega de informe, psicoeducación sobre diagnóstico y el modelo de la TCC y contrato terapéutico.	Inicio: Se le da la bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al consultante y su abuela quien lo acompaña para la entrega de los resultados.		05'	
	Desarrollo: Explicación del informe psicológico, psicoeducación sobre la depresión y el modelo de la TCC y contrato terapéutico.	Se realiza la entrega y explicación del informe psicológico con los resultados de la evaluación. Luego se le brinda psicoeducación al paciente acerca de su diagnóstico (depresión moderada) y del plan de intervención desde el modelo de la TCC. Posteriormente se realiza el contrato conductual donde se establecen los objetivos del tratamiento, la alianza terapéutica y el compromiso del consultante y a su abuela a participar de las sesiones.	-Papel bond y lapicero.	45'	-Psicoeducación -Contrato terapéutico. -Informe psicológico.
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado, así mismo, se le explica que a partir de la próxima sesión se iniciara con el proceso terapéutico en TCC.		10'	

2.5.4.2. Programa de Intervención.

Tabla 10

Primera sesión – Técnica de respiración diafragmática y relajación

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	Inicio: bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al consultante, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas y luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		05'	
Entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática y de visualización.	Desarrollo: Instaurar conocimientos sobre la relajación a través de la respiración diafragmática y la visualización. Desarrollo de las técnicas para disminuir los síntomas de ansiedad y estrés asociadas a la depresión.	Se le brinda psicoeducación sobre el objetivo de la técnica de respiración diafragmática y visualización. Así mismo, se explica cómo disminuye los síntomas somáticos en nuestro organismo. Por medio del modelado se ejecuta la técnica de respiración junto con el paciente (inhalar por la nariz, retener por 3 segundos y exhalar por la boca lento y despacio soltando los hombros y buscando que el cuerpo se relaje). Por medio de la visualización se le invita al consultante a imaginar un lugar que le transmita relajación, ayudado con música relajante.	-Laptop -Papel bond y lapicero.	40'	-Psicoeducación -Modelado -Técnica de respiración diagramática. -técnica de visualización.
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente. clarificación de dudas que surjan de la sesión.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado, así mismo, se le deja como tarea que realice esta técnica en las mañanas al levantarse, por las noches antes de dormir y cada vez que experimente ansiedad o cólera.		10'	

Tabla 11*Segunda sesión – Psicoeducación y técnica de relajación progresiva de Jacobson.*

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	Inicio: bienvenida al consultante y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al consultante, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas y luego se pregunta por la tarea que se le dejó la sesión anterior, se verifica que se haya realizado la técnica en los momentos establecidos. finalmente, se le explica que se va realizar en la presente sesión.		10'	-Psicoeducación -Modelado -Técnica de relajación progresiva de Jacobson.
Entrenamiento en la técnica de relajación progresiva de Jacobson para disminuir los síntomas de ansiedad, asociados a la depresión.	Desarrollo: Instaurar conocimientos sobre las situaciones activadores y la relajación progresiva de Jacobson. Desarrollo de las técnicas para disminuir los síntomas de ansiedad asociadas a la depresión.	Se le brinda psicoeducación sobre el objetivo de la técnica de relajación progresiva de Jacobson. Así mismo, se explica cómo se genera la ansiedad en nuestro organismo. Por medio del modelado se ejecuta la técnica de relajación. Primero lo realiza el terapeuta luego se invita al paciente a colocarse en una posición cómoda y empezar a respirar profundamente, según las indicaciones que se le dieron. Luego se enseña a tensionar y distender de los distintos grupos musculares de nuestro cuerpo (hombros, cuello, espalda, brazos, piernas y pies).	-Papel bond y lapicero.	40'	
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente. clarificación de dudas que surjan de la sesión.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado, así mismo, se le deja como tarea que realice esta técnica una vez al día, eligiendo un momento en el que pueda tomarse el tiempo de realizarlo sin ser interrumpido y que llene un autoregistro.		10'	

Tabla 12

Tercera sesión – Técnica de relajación progresiva de Jacobson y visualización.

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Disminuir los síntomas de ansiedad, asociados a la depresión, a través del entrenamiento de la técnica de relajación progresiva y la visualización.	Inicio: bienvenida al consultante y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, Se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se resuelven algunas dudas y luego, se le pregunta por la tarea que se le dejó la sesión anterior, se verifica que se haya realizado la técnica en los momentos establecidos, se resuelven algunas dudas respecto a la técnica y luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.	-Papel bond y lapicero.	15'	
	Desarrollo: Desarrollo de las técnicas de relajación progresiva y visualización para disminuir los síntomas de ansiedad asociadas a la depresión.	Se le pide que cierre los ojos y visualice una situación que haya sucedido en esa semana que le genere ansiedad, se le pide que le coloque un puntaje subjetivo del 1 al 10. Luego se invita al paciente a respirar profundamente, según las indicaciones que se le dieron y seguidamente realizar la técnica de tensión y distensión de los distintos grupos musculares de nuestro cuerpo (hombros, cuello, espalda, brazos, piernas y pies) Finalmente, se le pide que le coloque un puntaje subjetivo a la situación ansiosa, al final de la técnica de respiración muscular.		25'	-Técnica de relajación progresiva de Jacobson. -Técnica de visualización.
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente. clarificación de dudas que surjan de la sesión.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado, así mismo, se le deja como tarea que realice esta técnica en situaciones reales que se presenten en la semana y que traiga un cuaderno o block para la siguiente sesión.		10'	

Tabla 13*Cuarta sesión – Psicoeducación y detección de pensamientos automáticos*

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Psicoeducar en la identificación de los pensamientos automáticos y la influencia que tienen sobre nuestros afectos y conductas. Así mismo, enseñar a elaborar un autoregistro de pensamientos automáticos.	Inicio: bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, Se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se resuelven algunas dudas y luego, se le pregunta por la tarea que se le dejó la sesión anterior, se verifica que se haya realizado la técnica en los momentos establecidos, se resuelven algunas dudas respecto a la técnica y luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		15'	
	Desarrollo: Psicoeducar sobre los pensamientos automáticos y como realizar un adecuado autoregistro.	Psicoeducar acerca de las distorsiones cognitivas (imágenes o pensamiento) y como estas forman parte de un determinado patrón de pensamiento o pensamiento automático. Así mismo, reconocer que estos pensamientos automáticos suelen contaminar nuestros afectos y conductas. Una vez el paciente ha comprendido la definición de pensamiento automático se realiza un ejemplo en la sesión, de cómo hacer el registro en un cuaderno lo más detalladamente posible.	-Pizarra -Plumones y lapicero.	25'	-Psicoeducación -Registro de pensamientos automáticos
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes que manifieste paciente. Trabajo practico en casa	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas las dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado, así mismo, se le deja como tarea que realice el autoregistro de los pensamientos automáticos diariamente en su cuaderno, tomando las variaciones en su estado de ánimo como indicio.			10'

Tabla 14

Quinta sesión – Sometimiento a prueba de realidad de los pensamientos automáticos

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	Inicio: bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, Se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se resuelven algunas dudas y luego, se le pregunta por la tarea que se le dejó la sesión anterior, se verifica que se haya realizado el autoregistro en los momentos establecidos luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		15'	
Psicoeducar y someter a prueba de realidad los pensamientos automáticos que se detectaron mediante el autoregistro.	Desarrollo: Psicoeducar y examinar detalladamente los pensamientos automáticos que se registró y someterlos a pruebas de realidad.	Se examina detalladamente junto con el paciente todos los pensamientos automáticos que se registraron durante la semana. Posteriormente se le instruye al consultante a someter esos pensamientos automáticos a pruebas de realidad (la base o evidencia concreta de ese pensamiento automático) para suscitar una descripción y un análisis más correcto de como son las cosas (durante este proceso el terapeuta acompaña en el análisis ya que la depresión puede contaminar su objetividad).	-Cuaderno -Papel bond y lapicero.	25'	-Psicoeducación
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes que manifieste paciente. Trabajo practico en casa	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas las dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado, así mismo, se le deja como tarea que realice la prueba de realidad a los pensamientos automáticos que faltaron y hacerlo con los nuevos que registre durante la semana.		10'	

Tabla 15

Sexta sesión – Psicoeducación y reestructuración cognitiva

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Psicoeducar sobre la relación entre pensamiento, emociones y conducta. Así mismo, se instruye en el uso del registro diario de pensamientos distorsionados mediante la reestructuración cognitiva.	Inicio: bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, Se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se resuelven algunas dudas y luego, se le pregunta por la tarea que se le dejó la sesión anterior, se verifica que se haya realizado la técnica en los momentos establecidos y luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		10'	
	Desarrollo: psicoeducación sobre las emociones y la conducta desde el modelo cognitivo de Beck. Luego se le instruye en el adecuado uso del registro diario de pensamientos distorsionados para identificar los pensamientos automáticos y establecer su relación con las emociones.	Se le brinda psicoeducación sobre la relación que existe entre los pensamientos, las emociones y la conducta desde el modelo cognitivo de Beck. Luego se le explica cómo realizar el registro diario de pensamientos distorsionados. Para lo cual se realizará un cuadro con 4 columnas. En la primera se anota el día y hora en la que ocurren los acontecimientos, en la segunda se anotan las situaciones concretas, en la tercera se especifica la emoción concreta que se está experimentando indicando su intensidad (1-10), finalmente en la cuarta columna se apuntan los pensamientos automáticos e imágenes que pasaron por su mente.	-Pizarra -Plumones	40'	-Psicoeducación -Reestructuración cognitiva. -Fichas de autoregistro.
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente. Clarificación de dudas que surjan de la sesión.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado, así mismo, se le deja como tarea que realice este registro diariamente y lo presente en la próxima sesión.		10'	

Tabla 16

Séptima sesión – Restructuración cognitiva

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	Inicio: bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, Se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se resuelven algunas dudas y luego, se le pregunta por el autoregistro que se le dejó la sesión anterior, se verifica que se haya realizado el autoregistro de manera adecuada y luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		10'	
Enseñar a ejecutar adecuadamente el debate cognitivo mediante la restructuración cognitiva.	Desarrollo: Explicar acerca de los procesos de debate cognitivo, mediante la restructuración cognitiva.	Seguidamente, se le indica al consultante que incorpore dos columnas más (la quinta y la sexta) a ese registro que se verifico previamente. En la quinta colocara las respuestas alternativas a los pensamientos automáticos. Es aquí donde se enseña al consultante a ejecutar un proceso de debate cognitivo a través del cuestionamiento socrático, análisis de ventajas y desventajas, actuar “como si”, etc. Luego en la sexta columna se ubica los resultados del debate cognitivo indicando la credibilidad que se les concede y la intensidad de sus emociones en una escala subjetiva (1-10).	-Pizarra -Plumones	40'	-Restructuración cognitiva. -Fichas de autoregistro.
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente. Trabajo practico en casa.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado, así mismo, se le deja como tarea terminar de colocar las dos columnas de autoregistros que faltan tomando como ejemplo los que se hicieron en esta sesión. Para la siguiente semana presentar los autoregistros con las 6 columnas.		10'	

Tabla 17

Octava sesión –Técnica de accediendo a la emoción

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Instruir al consultante en la diferencia entre evento, pensamiento y emoción. Enseñar a ejecutar la técnica de accedimiento a la emoción.	Inicio: bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, Se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se le pregunta por el autoregistro de las 6 columnas que se le dejó la sesión anterior, se verifica que se haya realizado de manera adecuada se resuelven algunas dudas al respecto y luego, se le explica que se va realizar en la presente sesión.		15'	
	Desarrollo: psicoeducar sobre las diferencias entre los pensamientos, emociones y eventos. Enseñar la técnica de accedimiento emocional.	Mediante psicoeducación se enseña la diferencia de conceptos entre eventos, pensamientos y emociones, haciendo hincapié en la importancia de detectar, identificar y diferenciar las emociones. Luego se le instruye en la técnica de accedimiento a la emoción, mediante los siguientes pasos: a. Nombrar la emoción b. Percibir las sensaciones corporales. identificar los pensamientos que acompañan la emoción. d. Consignar lo que la emoción le está diciendo.	-Pizarra -Plumones -Hoja de registro.	35'	-Psicoeducación -Técnica de accedimiento a la emoción -Ficha de autoregistro
	Cierre: Resolución de interrogantes por parte del paciente. Trabajo practico en casa.	Se le brinda un modelo de registro emocional donde el paciente anotara diariamente las emociones que comience a sentir durante la semana, incluidas aquellas que intente bloquear (percibir ganas de llorar y querer impedir que ello ocurra) notar si está intentando sofocar algunos de estos sentimientos y registrarlos. Presentar el registro emocional para la próxima sesión.			10'

Tabla 18*Novena sesión – Técnica de escritura expresiva*

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	Inicio: bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, Se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se resuelven algunas dudas y luego, se le pregunta por el registro emocional que se le dejó la sesión anterior, se verifica que se haya realizado el registro de manera adecuada y luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		10'	
Enseñar a ejecutar la técnica de escritura expresiva.	Desarrollo: Se le enseña cómo realizar de manera adecuada la técnica de escritura expresiva.	Se le brinda una explicación sobre el objetivo de la técnica de escritura expresiva, la cual consiste en tratar de recordar con claridad una experiencia dolorosa o traumática. Luego durante la sesión se le indica que se tome 15 minutos para escribir todos sus pensamientos y sentimientos al respecto, aclarando que la narración sea lo más coherente respecto a los hechos que sea posible. Al terminar el relato se la hace las siguientes preguntas exploratorias; ¿Qué parte de este recuerdo te perturba más al leerlo?, ¿Cómo te sientes ahora al respecto?, ¿Qué partes deseas evitar?, ¿Hay alguna que te haga sentir insensible?, etc.	-Papel bond y lapicero.	40'	-Técnica de escritura expresiva. -Ficha de autoregistro
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente. Trabajo practico en casa.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas las dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado, así mismo, se le deja como tarea que escriba por 15 minutos sobre otras experiencias significativas que vallan surgiendo en la semana contestando las preguntas propuestas.		10'	

Tabla 19*Decima sesión – Técnica de Contrarrestando la culpa que siento por mis emociones*

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Disminuir los pensamientos de culpa subjetiva asociada a las situaciones sociales mediante la técnica de contrarrestando la culpa que siento por mis emociones.	Inicio: bienvenida a la sesión, revisión de la tarea y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, Se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se resuelven algunas dudas y luego, se le pregunta por la técnica de escritura expresiva que se le dejó la sesión anterior, se verifica que se haya realizado de manera adecuada y se hace una reflexión de la escritura, haciendo énfasis en las preguntas. luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		15'	
	Desarrollo: Instruir sobre la técnica de contrarrestando la culpa que siento por mis emociones con ejemplos durante la sesión.	Se le brinda información respecto a cómo las personas intentan suprimir u ocultar sus emociones de los demás, por temor a pensar que son vergonzosas o moralmente inapropiadas. Seguidamente, se le indica al paciente que elija emociones, pensamientos o fantasías recurrentes relacionadas a la depresión. Luego se instruye al consultante a identificar si generan culpa o vergüenza. Finalmente, se le formula las siguientes preguntas; ¿Qué sucede cuando lo piensa?, ¿Cómo influye en su relación con los demás?, ¿Qué ocurriría si simplemente los aceptaras sin intentar suprimirlos? etc. El paciente intentara responder las preguntas mientras se le ayuda a diferenciar entre un pensamiento y una acción deliberada.	-Papel bond y lapicero.	40'	-Técnica de contrarrestando la culpa que siento por mis emociones. -Ficha de autoregistro
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente. Trabajo practico en casa.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado. Se le deja como tarea que realice la técnica durante la semana mediante un autoregistro.			5'

Tabla 20*Desina primera – Psicoeducación y técnica del ensayo conductual*

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	Inicio: bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, Se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se le pregunta por el autoregistro que se le dejó la sesión anterior, se resuelven algunas dudas y luego, se verifica que se haya realizado de manera adecuada. luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		10'	
Psicoeducar sobre la importancia de generar una buena autoestima. Enseñar a ejecutar la técnica de ensayo conductual para mejorar la autoestima.	Desarrollo: Brindar información sobre el mejoramiento de la autoestima e instruir sobre la técnica de ensayo conductual.	Se le brinda psicoeducación acerca de cómo fortalecer su autoestima, haciendo énfasis en mejorar la manera en la que se auto percibe. Seguidamente se elige una situación concreta que le suceda con frecuentemente relaciona con la autoestima. Luego mediante el role-playing se ensaya la conducta que se desea instalar en el consultante de esa situación específica. Finalmente se hace una retroalimentación del ensayo conductual que se llevó a cabo.	-Pizarra -Plumones -Papel bond y lapicero.	40'	-Psicoeducación -Técnica de ensayo conductual -Ficha de autoregistro
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente. Trabajo practico en casa.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado. Se le deja como tarea que realice la técnica de ensayo conductual durante la semana y que genere un autoregistro.		10'	

Tabla 21*Décimo segunda sesión – Psicoeducación y técnica del ensayo conductual*

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Psicoeducar sobre el conocimiento de la expresión emocional en nuestras vidas. Enseñar a ejecutar la técnica de ensayo conductual para mejorar la expresión emocional.	Inicio: bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, Se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se le pregunta por la técnica de ensayo conductual que se le dejó la sesión anterior, se resuelven algunas dudas y luego, se verifica que se haya realizado de manera adecuada. luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		10'	
	Desarrollo: Brindar información sobre la importancia de la expresión emocional e instruir sobre la técnica de ensayo conductual	Se le brinda psicoeducación acerca de la importancia de expresar nuestras emociones de manera adecuada. Seguidamente se elige una situación concreta que le suceda con frecuencia en relación a su dificultad para expresar emociones. Luego mediante el role-playing se ensaya la conducta que se desea instalar en el consultante de esa situación específica. Finalmente se hace una retroalimentación del ensayo conductual que se llevó a cabo.	-Pizarra -Plumones -Papel bond y lapicero.	40'	-Psicoeducación -Técnica de ensayo conductual -Ficha de autoregistro
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente. Trabajo práctico en casa.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado. Se le deja como tarea que realice la técnica de ensayo conductual durante la semana y que genere un autoregistro.		10'	

Tabla 22

Décimo tercera sesión – Psicoeducación y técnica del ensayo conductual

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Psicoeducar sobre el conocimiento de los tipos de comunicación. Enseñar a ejecutar la técnica de ensayo conductual para mejorar la comunicación asertiva.	Inicio: bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, Se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se le pregunta por la técnica de ensayo conductual que se le dejó la sesión anterior, se resuelven algunas dudas y luego, se verifica que se haya realizado de manera adecuada. luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		10'	
	Desarrollo: Brindar información los diferentes tipos de comunicación e instruir sobre la técnica de ensayo conductual	Se le brinda psicoeducación acerca de los diferentes tipos de comunicación que existen, haciendo énfasis en la comunicación asertiva. Seguidamente se elige una situación concreta que le suceda con frecuentemente relaciona a su dificultad para comunicarse asertivamente. Luego mediante el role-playing se ensaya la conducta que se desea instalar en el consultante de esa situación específica. Finalmente se hace una retroalimentación del ensayo conductual que se llevó a cabo.	-Pizarra -Plumones -Papel bond y lapicero.	40'	-Psicoeducación -Técnica de ensayo conductual -Ficha de autoregistro - Role-playing
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente. Trabajo practico en casa.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado. Se le deja como tarea que realice la técnica de ensayo conductual durante la semana y que genere un autoregistro.			10'

Tabla 23

Décimo cuarta sesión –Técnica de asignación de actividades y de dominio y agrado

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Enseñar a ejecutar la técnica de asignación de actividades y de dominio y agrado.	Inicio: bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se le pregunta por la técnica de ensayo conductual que se le dejó la sesión anterior, se resuelven algunas dudas y luego, se verifica que se haya realizado de manera adecuada. luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		10'	
	Desarrollo: Enseñar sobre las actividades placenteras y enseñar las técnicas de asignación de actividades y de dominio y agrado.	Se le enseña al consultante sobre la importancia de las actividades placenteras en la salud mental de las personas. Seguidamente, se le pide al consultante que realice una lista de actividades que actualmente dejó de hacer pero que le gustaría volver hacer. Luego va colocar el grado de dificultad que le genera cada una de esas actividades para luego agruparlas de las menos difíciles a las más difíciles. Finalmente, se le instruye al consultante a realizar esa semana las actividades menos difíciles y luego colocar un puntaje subjetivo de 0-5 a cada una de ellas según el nivel de dominio y agrado que le generó dicha actividad.	-Papel bond y lapicero.	40'	-Técnica de asignación de actividades -Técnica de dominio y agrado -Ficha de autoregistro
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente. Trabajo práctico en casa.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado. Se le deja como tarea que realice la técnica de dominio y agrado durante la semana y que genere un autoregistro.			10'

Tabla 24

Décimo quinta sesión – técnica de dominio y agrado

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	Inicio: bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se le pregunta por la técnica de dominio y agrado que se le dejó la sesión anterior, se verifica que se haya realizado adecuadamente, se resuelven algunas dudas. luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		15'	
Confrontar la creencia de incapacidad del consultante y continuar la enseñanza de la técnica de dominio y agrado.	Desarrollo: Confrontación de creencias y enseñanza de la técnica de dominio y agrado.	Se confronta la creencia del paciente de incapacidad, de “creer que no podía hacer nada”, con el hecho concreto de las actividades placenteras que pudo realizar en la semana. Seguidamente, se le pide al consultante que amplie las actividades por aquellas de mayor dificultad que anoto en su lista la sesión anterior. De la misma forma se le asignara un puntaje del 0-5 el nivel de dominio y agrado.	-Papel bond y lapicero.	35'	-Técnica de dominio y agrado -Ficha de autoregistro
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente. Trabajo practico en casa.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas que pueda tener el paciente en relación a lo explicado. Se le deja como tarea que continúe realizando la técnica de dominio y agrado durante la semana y que genere un autoregistro.		10'	

Tabla 25

Décimo sexta sesión – Técnica de prevención de recaídas y aplicación de post-test

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Instruir al consultante a desarrollar estrategias de afronte ante posibles recaídas. Aplicación del post-test.	Inicio: bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se le pregunta por la técnica de dominio y agrado que se le dejó la sesión anterior, se resuelven algunas dudas y luego, se verifica que se haya realizado de manera adecuada. luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		10'	
	Desarrollo: reforzar al consultante sobre las técnicas que puede utilizar para hacer frente a posibles recaídas. Aplicación del post-test.	Se le explica al consultante la probabilidad de recaídas pero que estas pueden ser manejadas adecuadamente mediante las técnicas aprendidas como la técnica de relajación progresiva de Jacobson, la técnica de detección de pensamientos, el cuestionamiento socrático, análisis de ventajas y desventajas, entre otras. Así mismo se le recomienda tener un diario donde pueda anotar todas las cosas positivas, negativas y por mejorar, para luego buscar soluciones prácticas y realistas. Finalmente, se le aplico el inventario de Depresión de Beck como parte del post-test.	-Papel bond y lapicero. -test psicológico	40'	-Psicoeducación -Ficha de autoregistro
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes. Trabajo practico en casa.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas que pueda tener el consultante en relación a lo explicado. Se le pide que realice una ficha de registro donde anotara los pensamientos negativos y las emociones que más lo perturban en la semana, asignándoles una escala subjetiva de intensidad del 1 al 10 como parte del post-test.			10'

Tabla 26*Décimo séptima sesión – finalización del proceso terapéutico*

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	Inicio: bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al paciente, se comenta aspectos relacionados con la última sesión y lo que le ha ocurrido entre sesiones, se le pregunta por la ficha de autoregistro que se le dejó la sesión anterior, se verifica que se haya realizado de manera adecuada. luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.		10'	
Consolidar lo aprendido en el proceso terapéutico y motivar en el adecuado uso de las tácticas y estrategias aprendidas.	Desarrollo: Retroalimentación de lo aprendido en el proceso terapéutico y motivación para el uso de las técnicas aprendidas.	Se realiza una retroalimentación de todo lo aprendido, así mismo, se genera motivación para la práctica permanente de las técnicas aprendidas por el consultante. Luego se la hace una devolución de lo logrado por el programa de intervención, haciendo énfasis en los resultados de los post-test. Finalmente, se le compromete al consultante a asistir al seguimiento en un mes, así mismo, se le brinda el número de teléfono celular del terapeuta para situaciones de emergencia.	-Papel bond y lapicero.	30'	-Psicoeducación
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes.	Se resuelven las dudas que pueda tener el consultante y despedida de la terapia.		05'	

2.5.4.3. Seguimiento terapéutico

Tabla 27

Décimo octava sesión – fase de seguimiento

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	Inicio: bienvenida a la sesión de seguimiento.	Se le da la bienvenida generando un adecuado rapport y empatía con el consultante. Así mismo, se le consulta sobre la evolución de la sintomatología depresiva.		10'	
Verificar el progreso de la sintomatología depresiva y el adecuado uso de las técnicas cognitivo conductuales.	Desarrollo: resolución de dudas y consejería psicológica.	Se resolvieron dudas respecto la aplicación de algunas técnicas cognitivas conductuales por parte del consultante y también se brindó estrategias alternativas ante posibles problemas. Así mismo, se brindó orientación y consejería psicológica respecto algunos conflictos de índole familiar.	-Teléfono Celular	20'	-Consejería psicológica
	Cierre: Resumen y despedida.	Se realiza una breve retroalimentación de lo visto en la sesión y despedida.		05'	

Tabla 28*Décimo novena sesión – fase de seguimiento*

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	Inicio: bienvenida a la sesión de seguimiento.	Se le da la bienvenida generando un adecuado rapport y empatía con el consultante. Luego se le pregunta cómo se sintió durante ese mes.		10'	
Verificar el progreso de la sintomatología depresiva y el adecuado uso de las técnicas cognitivo conductuales.	Desarrollo: resolución de dudas y consejería psicológica.	Se genera motivación para la práctica permanente de las técnicas aprendidas por el consultante. Se resolvieron dudas respecto la aplicación de algunas técnicas cognitivas conductuales. Así mismo, se brindó orientación y consejería psicológica respecto a posibles conflictos que pudieran aparecer.	-Teléfono Celular	20'	-Consejería psicológica
	Cierre: Resumen y despedida.	Se realiza una breve retroalimentación de lo visto en la sesión y despedida.		05'	

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

A continuación, se detalla el análisis de los resultados obtenidos a través de las técnicas aplicadas en el programa de intervención cognitivo conductual en el consultante con depresión moderada. Así mismo, en este apartado se visualizará el análisis de los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas aplicadas, diagnóstico funcional, autorregistros y el análisis funcional de la conducta sobre los síntomas depresivos del paciente mediante tablas comparativas.

Tabla 29

Registro de frecuencia de pensamientos del paciente pre y post test (17 semanas)

Pensamientos Negativos	Periodo	L	M	M	J	V	S	D	Total
Soy un fracasado	Pre	9	8	8	7	10	9	9	60
	Post	1	0	0	1	0	1	0	04
Mis padres no me quieren	Pre	8	7	8	8	9	7	8	55
	Post	1	1	1	1	1	1	2	08
Soy un mal ejemplo para mi hermana	Pre	7	8	8	9	9	8	7	56
	Post	0	0	0	0	0	0	0	0
Mis decisiones siempre son incorrectas	Pre	9	8	7	8	7	7	9	55
	Post	0	0	0	0	1	0	0	01
No se lidiar con los problemas	Pre	9	7	8	7	8	9	8	56
	Post	1	1	1	0	1	1	0	05

En la Tabla 29 se observa la disminución de la frecuencia del pensamiento “Soy un fracasado” de 60 veces tomado en el pre-test a 4 veces tomado en el post-test, “Mis padres no me quieren” baja de 55 veces tomado en el pre-test a 8 veces tomado en el post-test, “Soy un mal ejemplo para mi hermana” de 56 veces tomado en el pre-test a 0 veces tomado en el post-

test, “Mis decisiones siempre son incorrectas” disminuye de 55 veces tomado en el pre-test a 1 vez tomado en el post-test y “No se lidiar con los problemas” baja de 56 veces tomado en el pre-test a 5 veces tomado en el post-test en la semana 17 de tratamiento.

Tabla 30

Registro de frecuencia e intensidad de emociones pre y post test

		Emoción	Periodo	L	M	M	J	V	S	D	Total
FRECUENCIA	Tristeza	Pre		10	9	10	9	10	8	10	66
		Post		3	3	2	2	3	3	3	19
	Culpa	Pre		8	8	8	8	7	7	9	55
		Post		1	2	1	0	2	2	0	8
	Colera	Pre		8	8	7	7	9	9	8	56
		Post		2	2	1	1	0	2	2	10
	Ansiedad	Pre		9	8	8	8	9	8	8	58
		Post		1	1	2	2	1	1	2	10
Vergüenza	Pre		8	7	7	6	7	7	7	49	
	Post		0	1	0	0	1	0	0	2	
		Emoción	Periodo	L	M	M	J	V	S	D	Total
INTENSIDAD	Tristeza	Pre		9	9	9	8	9	9	9	9
		Post		2	1	2	2	2	2	1	2
	Culpa	Pre		8	8	8	8	7	8	7	8
		Post		1	0	0	1	1	1	1	1
	Colera	Pre		9	8	9	8	9	9	9	9
		Post		1	0	2	1	2	2	2	2
	Ansiedad	Pre		8	8	8	8	7	8	8	8
		Post		1	1	1	1	1	1	1	1
Vergüenza	Pre		8	8	7	7	8	8	8	8	
	Post		0	1	0	0	1	0	0	2	

En la tabla 30 se observa una disminución de la frecuencia e intensidad de las emociones negativas del post-test con respecto al pre-test la cual se tomó antes del inicio de tratamiento. Confirmando de esta manera la eficacia de la terapia cognitivo conductual en relación a las emociones del presente caso.

Tabla 31*Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck pre y post-test*

Inventario de depresión de Beck	Pre-test	Post-test
	Depresión moderada	Mínima depresión
	27	12

En la tabla 31 se evidencia una reducción significativa de la sintomatología depresiva, de una depresión moderada en la fase de pre-test con 27 puntos a una mínima depresión con 12 puntos en la sesión 17.

3.2 Discusión de Resultados

La organización mundial de la salud, (OMS, 2021c) afirma que la depresión es una de las enfermedades que está afectando a un mayor número de personas siendo considerada como la principal discapacidad y causa de morbilidad es por ello que existe una iniciativa mundial para establecer distintos programas que ayuden a reducir la problemática. Por tal motivo es prioritario que se continúen con las diferentes investigaciones en particular en el proceso de intervención, y de esta manera, ayude a generar data suficiente para futuros casos que requieran intervención. (Defensoría del Pueblo, 2018).

Este trabajo se realizó mediante un estudio de diseño experimental de caso único, es decir, la demostración de que una intervención concreta produce un cambio en la conducta con un único individuo que actúa como participante control y como participante experimental (Kennedy, 2005b, p.12). En este estudio de caso se realizó la intervención terapéutica sin tratamiento farmacológico, teniendo como objetivo principal disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual que le permita adoptar pensamientos, emociones y conductas adaptativas para que pueda desenvolverse adecuadamente en el ámbito personal, familiar y académico.

Así mismo, considerando las características particulares del caso clínico el cual fue estudiado, comparando los datos obtenidos antes de la intervención psicoterapéutica con los datos posteriores a esta, se logró identificar diferencias importantes, que reflejan una modificación efectiva de los síntomas y signos depresivos. Este planteamiento se corrobora con el estudio de López, (2016) donde se encontró una disminución en la sintomatología depresiva luego de la aplicación del tratamiento cognitivo conductual. Además, se tuvo en cuenta la evaluación psicológica del cuadro depresivo, así como el análisis funcional, los cuales permitieron establecer de manera adecuada el plan de intervención con una selección apropiada de técnicas cognitivas y conductuales, las cuales estaban enfocadas a cumplir los objetivos establecidos.

Por otro lado, se logró identificar mediante autoregistros los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas asociadas a la depresión que el consultante mantenía antes del proceso terapéutico, al ser identificadas se pudo trabajar cada una de ellas con diversas técnicas cognitivas que permitieron un cambio en la manera de interpretar los problemas por una mirada más objetiva e imparcial de las diferentes dificultades a las que se enfrentaba. Estos resultados coinciden con los encontrados por Huaynates (2019) quien a través de las técnicas cognitivas logro que su paciente empiece a considerar la existencia de otros factores que influyen en cada uno de los problemas que tenía por lo que, el consultante dejo de verse como la causa de todos estos hechos.

Por otro lado, el consultante fue capaz de desarrollar nuevas competencias para la solución de problemas tal como lo hizo Caballero (2014), quien logro incrementar la valía personal de su consultante, así como su estado emocional. En lo que respecta a las respuestas fisiológicas tales como: aceleración del ritmo cardiaco, dolor de cabeza y tensión muscular, se utilizaron técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson, logrando una reducción considerable de los niveles inicialmente mostrados, el cual se

comprobó en el consultante al momento de evaluar sus síntomas fisiológicos, donde refiere lo siguiente: “he notado que los dolores de cabeza han disminuido casi en su totalidad al igual que la rigidez muscular en mi cuello y hombros; la aceleración de mis latidos aun aparecen pero ahora solo de vez en cuando, ya no es seguido”. Esta afirmación coincide con la manifestada por López (2016) quien asevera una mejora significativa de su consultante, después de la aplicación de las técnicas de relajación muscular de Jacobson, en las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión. Así mismo, al área conductual se trabajó con las técnicas de autorregistros, programación de actividades y dominio y agrado; logrando que el consultante aprenda a llevar un registro de todos sus síntomas, así como ser consciente de cómo iba su mejoría al ir observando cada uno de sus logros, consiguiendo ser más objetivo al evaluar cada uno de estas limitaciones; por otra parte, el consultante incrementó el número de actividades de agrado que realizaba. Estas mejoras tuvieron un impacto favorable primeramente en el área conductual, luego en el área emocional ya que su estado de ánimo mejoro notablemente, esto se reflejó en una mejor interacción con su hermana menor y demás miembros de la familia, concordando con Álvaro (2018), quien logró a través de técnicas conductuales similares a las que se trabajó en este estudio de caso una mejoría en el ámbito familiar y laboral.

Finalmente, los resultados obtenidos fueron contrastados con la toma de las evaluaciones post intervención, empleando pruebas como el Inventario de Depresión de Beck y los autorregistros, corroborando la efectividad del programa. Estos resultados coinciden con las encontradas por (Grosse et al., 2019; Ljas et al., 2018; Leeping et al., 2017; Wong y Keung 2017; Nakagawa et al., 2017) los cuales en sus artículos refirieron que la terapia cognitiva conductual, o terapias basadas del modelo conductual de primera, segunda o tercera generación, son eficientes en el tratamiento de la depresión, esté acompañado o no de tratamiento farmacológico.

En conclusión, en la presente investigación se tienen resultados trascendentales cumpliendo con el objetivo principal de reducir la sintomatología depresiva, logrando que el consultante tenga pensamientos racionales desarrollándose integralmente en el aspecto personal, familiar y académico; si bien este programa fue desarrollado de manera individual, estudios como los de Garay, Korman y Kegaan (2018) señalan la eficiencia de un programa mixto, por lo que es necesario incorporar técnicas conductuales cognitivas de manera individual y grupal para evaluar mayores avances en la recuperación del paciente en futuros casos clínicos. Así mismo, es importante tener en cuenta que los resultados del estudio de caso no pueden ser generalizados, pero si se puede emplear como antecedente para investigaciones con variables similares.

3.3. Seguimiento

Una vez concluida la intervención cognitiva conductual se procedió a realizar las sesiones de seguimiento que consistieron en 2 sesiones que fueron distribuidas cada 30 días.

Durante el proceso de seguimiento se resolvieron dudas respecto la aplicación de algunas técnicas cognitivas conductuales por parte del consultante y también se brindó estrategias alternativas ante posibles problemas. Así mismo, se brindó orientación y consejería psicológica respecto algunos conflictos de índole familiar.

Este proceso de seguimiento se llevó a cabo por vía telefónica ya que la familia del consultante no disponía de los recursos económicos suficientes para asistir a sesiones presenciales.

IV. CONCLUSIONES

- 4.1. Tras la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual, se corroboró la eficacia de este tipo de terapia en casos de depresión, consiguiendo disminuir la sintomatología depresiva a nivel cognitivo, conductual y emocional.
- 4.2. Se logró una reducción considerable de las respuestas fisiológicas y conductuales asociadas a la depresión mediante la técnica de respiración diafragmática, relajación muscular progresiva de Jacobson, técnica del modelado y ensayo conductual.
- 4.3. Se logró modificar los pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas asociadas a la depresión mediante la psicoeducación y la reestructuración cognitiva.
- 4.4. Se disminuyeron las respuestas emocionales asociadas a la depresión con la psicoeducación, Técnica de escritura expresiva, técnica de contrarrestando la culpa que siento por mis emociones y accedimiento a la emoción.
- 4.5. Se consiguió incrementar la frecuencia de actividades de disfrute y conductas funcionales del paciente mediante la programación de actividades y la técnica de dominio y agrado.
- 4.6. Se concluye que la asistencia consecutiva del consultante a las sesiones es importante para el éxito de esta, ya que permite una continuidad en las técnicas aplicadas y seguimiento de lo realizado en la sesión contribuyendo al logro del programa.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1. Replicar la investigación en pacientes con características similares (sexo, edad, grado de instrucción, sexualidad, nivel socioeconómico, etc.) con la finalidad de verificar la validez del programa cognitivo conductual.
- 5.2. Implementar un programa mixto donde se incorporen técnicas conductuales cognitivas de manera individual y grupal para para que el consultante pueda entrenar las estrategias aprendidas durante las sesiones.
- 5.3. Desarrollar estrategias en la intervención temprana a nivel familiar y de la comunidad, para prevenir cuadros de depresión persistente.
- 5.4. Realizar la contrastación de los resultados de la terapia cognitivo conductual obtenidos en el presente caso con otros enfoques psicológicos.
- 5.5. Comparar los resultados obtenidos del trabajo académico con otras instituciones que brinden atención en casos de depresión persistente y realizar un análisis comparativo de los resultados.

VI. REFERENCIAS

- Acevedo, M. y Gélvez, L. (2018). *Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente* [Tesis de pregrado, universidad de Bolivia].
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194258529012>
- Álvaro, K. (2018) *Terapia cognitivo conductual para la depresión en una joven de 22 años* [Trabajo académico para optar por el título de especialista, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5830>
- Badia, A. (2022, 9 septiembre). *Terapia cognitivo-conductual: qué es y qué técnicas utiliza*.
psicologia-online.com.
https://www.psicologia-online.com/terapia-cognitivo-conductual-que-es-y-que-tecnicas-utiliza4395.html#anchor_2
- Ballesteros, M (2018). *Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo mayor* [Tesis De Especialización, Universidad Pontificia Bolivariana].
https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5583/digital_37477.pdf?sequence=1
- Beck, A., John, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19.a ed.). Dèescle de Brouwer.
- Beck, A. y Emery, G. (1993). *Trastornos de ansiedad y fobias*. Paidós.
- Buela-Casal G. y Sierra, J. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca Nueva.
- Caballero, A. (2014). *Modelo de intervención en mujeres con depresión* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional – Universidad Autónoma del Estado de México.

<https://repositorio.unam.mx/contenidos/5026179>

- Cárdenas, M., Feria, M., Vázquez, J., Palacios, L. y De la Peña, F. (2018). Guía Clínica para los Trastornos Afectivos en Niños y Adolescentes. *Guía Clínica para la Atención de Trastornos Mentales, I* (4), 21-52.
- Casas, J. y González, C. (2018). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Unidad de Medicina del Adolescente*. 9(1), 20-24.
- Chávez, K. y Tena, E. (2018) *depresión: manual de intervención grupal en habilidades sociales*. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
- Coryell, W. (2020). *Trastornos depresivos* [Tesis de pregrado, universidad de los Estados Unidos].
<https://www.msmanuals.com/espe/professional/trastornospsiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
- Costello, C. (2016). Depression: Loss of Reinforcers or Loss of Reinforcer Effectiveness? – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(5), 595–599.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.08.007>
- Cruz-Paredes, N. (2019). *Aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual en un caso de Depresión Recurrente* [Tesis de pregrado, Universidad Pontificie Bolivariana]. Repositorio virtual de la Universidad Pontificie Bolivariana.
https://repository.upb.edu.co/discover?rpp=10&etal=0&query=aplicacion%20en%20la%20terapia%20cognitiva%20conductual%20en%20un%20caso%20de%20trastorno%20depresivo%20recurrent&group_by=none&page=1
- Defensoría del pueblo. (2018). *El derecho de la Salud Mental: Supervisión de la Implementación de la Política Pública de la atención comunitaria y el camino de la desinstitucionalización*.

[https://www.defensoria.gob.pe/wpcontent/uploads/2018/12/Informe-Defensorial
N%C2%BA-180-Derecho-a-laSalud-Mental-con-RD.pdf](https://www.defensoria.gob.pe/wpcontent/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-laSalud-Mental-con-RD.pdf)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2021). *Depresión*. (Informe no. 21).

[NIMH » Panfletos y hojas de datos \(nih.gov\)](#)

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

Flores, V (2019). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo - conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana* [Tesis de Licenciatura, Universidad de San Martín de Porres].

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

Garai, C., Korman, G. y Kegaan, E. (2018). Terapia cognitivo conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 2(12), 61-72.

García, M. (2018) *Estilo de vida y depresión*. Editorial Síntesis, S.A.

García, V. (2021). *Intervención Cognitivo Conductual de un caso de Trastorno Depresivo Recurrente con rasgos de personalidad dependiente*.

[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9177/GARCIA_MV.p
df?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9177/GARCIA_MV.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

González, M. (2020). *Intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión de cinamu-los Santos* [Tesis para optar al grado de Magister, Universidad Especializada de las Américas].

- Grosse Holtforth, M., Krieger, T., Zimmermann, J., Altenstein-Yamanaka, D., Dörig, N., Meisch, L., & Hayes, A. M. (2019). A randomized-controlled trial of cognitive-behavioral therapy for depression with integrated techniques from emotion-focused and exposure therapies. *Psychotherapy Research*, 29(1), 30-44.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1397796>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª Ed.). McGraw-Hill.
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall. E. (2002). *Psicología del desarrollo hoy*. McGraw Hill.
- Hospital Hermilio Valdizán. (2021). Boletín Epidemiológico, enero 2021. *Revista de Epidemiología*.
<http://www.hhv.gob.pe/wpcontent/uploads/Epidemiologia/Boletin/2021/ENERO.pdf>
- Huaynates, M. (2019). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa* [Trabajo académico para optar por el título de especialista, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3489>.
- Ijaz, S., Davies, P., Williams, C. J., Kessler, D., Lewis, G., & Wiles, N. (2018). Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, Cd010558.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010558.pub2>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2020,13 de enero). *Más de dos millones y medio de peruanos tendría algún problema de depresión*.
<https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/020.html>
- Kennedy, C. (2005). *Single-case designs for educational research*. Pearson Education, Inc.

Kerlinger, F.N. (2002). *Investigación del comportamiento* (4ª ed.). McGraw-Hill.

<https://idoc.pub/documents/kerlinger-2002-kerlinger-investigacion-delcomportamiento-vnd15jqkdjnx>

Leahy, R. (2018). *Técnicas en terapia cognitivas*. Librería AKADIA Editorial.

Lepping, P., Whittington, R., Sambhi, R. S., Lane, S., Poole, R., Leucht, S., . . . Waheed, W.

(2017). Clinical relevance of findings in trials of CBT for depression. *European Psychiatry*, 45, 207- 211.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.07.003>

Llamo, F. (2022). *Terapia cognitivo conductual para la depresión de una joven adulta* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5830>

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

Méndez C. (2013). *Efectos psicológicos producidos por la desintegración familiar que presentan los jóvenes de 12 a 15 años de ambos sexos del centro de desarrollo integral ubicado en colonia majuela de cuscatancingo* [Tesis de pregrado, Universidad de el salvador].

Ministerio de Salud (2018). *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021*. Dirección general de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública-Dirección de Salud Mental-Lima.

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>

Ministerio de Salud (2009, 8 de agosto). Resolución Ministerial N.º 538 -2009/MINSA.

Diario Oficial El Peruano 15487.

Montero, I., & León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115–127.

<https://www.redalyc.org/pdf/337/33701007.pdf>

Nakagawa, A., Mitsuda, D., Sado, M. (2017). Effectiveness of Supplementary Cognitive-Behavioral Therapy for Pharmacotherapy Resistant Depression: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry*, 78(8), 1126-1135.

<https://doi.org/10.4088/JCP.15m10511>

Organización Mundial de la Salud (2022, 30 de febrero) *Salud mental.*

https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud, (2021). *Depresión.*

<https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/depression#:~:text=Datos%20y%20cifras%20La%20depresi%C3%B3n%20es%20un, suicidio.%205%20Hay%20tratamientos%20eficaces%20para%20la%20depresi%C3%B3n.>

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE - 10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.* Editorial Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (31 de marzo del 2023). *Depresión.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud (7 de junio de 2023). *Depresión.*

<https://www.paho.org/es/temas/depression>

Resolución ministerial N°538-2009/MINSA (2009, 05 de marzo) *Ministerio de Salud. (Oscar Ugarte).*

<https://www.gob.pe/minsa/>

Rodríguez, D. y González, M. (2020) *Integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor* [Tesis de pregrado, universidad de México].

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94469>

Rodríguez, R. (2020). *¿Qué es la depresión? Síntomas, consecuencias y tratamiento.* Psiquión.

<https://www.psiquion.com/blog/que-es-depresion>

Rojas Martínez, R. (2020). *Estudio de caso en un adulto joven con trastorno de depresión mayor moderada único episodio.*

https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9095/105_1%20%281%29.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Ruiz, A., Diaz, M., & Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales.* Desclée de Brouwer.

Sánchez, B (2019). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo-conductual para un caso de depresión en una adolescente con rasgos de personalidad esquizoide*

[Tesis de Licenciatura, Universidad de San Martín de Porres].

https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5571/SANCHEZ_LB.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Skinner, B. (1965). *Science and human behavior.* Free Press.

Solís, C. (2007). *El Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II (MCMI- II): Validez y Confiabilidad en Pacientes de Dos Hospitales de Salud Mental de Lima Metropolitana*

[Tesis pregrado, pontificia universidad católica del Perú].

<http://hdl.handle.net/20.500.12404/4820>

Wong, D. F. K. (2017). The efficacy of cognitive behavioral therapy for Chinese people: A meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(7), 620-637.

<https://doi.org/10.1177/0004867417741555>

Yankura, J., & Dryden, W. (1999). *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT) Casos Ilustrativos*. Desclée De Brouwer.

VII. ANEXOS

ANEXO 1

Registro de frecuencia de pensamientos automáticos negativos

Pensamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1." Soy un fracasado"							
2." Mis padres no me quieren"							
3." Soy un mal ejemplo para mi hermana"							
4." Mis decisiones siempre son incorrectas"							
5." No se lidiar con los problemas"							

ANEXO 2

Registro de reestructuración de pensamientos automáticos negativos

Situación	Pensamiento automático	Emoción	Proceso de reestructuración	Respuesta racional	Resultado
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

ANEXO 3

Inventario de Depresión de Beck – II (BDI – II)

A. Datos Generales.

- Título original de la Prueba: Beck Depression Inventory (BDI - II)
- Título en español: Inventario de Depresión de Beck II
- Autor: Aron Beck
- Año de Publicación: 1979 última versión y traducido en el Perú por Conde y Useros en 1974.
- Significación de la Prueba: Detección y cuantificación del Síndrome depresivo
- Forma de Administración: Individual y colectiva
- Edad de Aplicación: Adultos (16 a 64 años)
- Tiempo de Aplicación: No hay tiempo límite
- Validez: Concurrente. Correlación media con la Escala de Hamilton de 0.73 para pacientes psiquiátricos y de 0.74 para sujetos no psiquiátricos.
- Confiabilidad: Confiabilidad test retest $r= 0.69$ a 0.90 y dos mitades: $r= 0.58$ a 0.93 , y validez concurrente $r= 0.62$ a 0.77 .

B. Descripción de la prueba. Es un inventario autoaplicado de 21 ítems, que tiene la finalidad de detectar y cuantificar el síndrome depresivo. En la versión de 1961 se utilizaban respuestas de 4 a 6 jerarquizando el nivel de gravedad de menor a mayor, en la versión de 1979 se redujeron a solo 4 alternativas jerarquizadas. El contenido del inventario se centra en los síntomas cognitivos de la depresión con un bloque principal de 15 ítems, de igual manera, los síntomas somáticos – vegetativo representan un segundo bloque de 6 ítems.

C. Administración. Se le indica al participante: “En este inventario hay oraciones sobre el modo que te has comportado, sentido y actuado en estas últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy, marca con una X sólo una de las alternativas. No hay respuestas correctas ni incorrectas”. Además, se recomienda usar dos pruebas simultáneas, el evaluador debe leer las preguntas junto al paciente en caso de sospechar niveles moderados o graves de depresión (en casos de tristeza marcada y baja funcionalidad), también es recomendable leerle las preguntas y llevar el puntaje en un propio inventario, y finalizar realizando repreguntas para profundizar en la causalidad de los síntomas.

D. Calificación. La puntuación total del inventario se obtiene sumando el puntaje de cada una de las opciones en los ítems de la primera y de la segunda (21 ítems). En cada ítem, las respuestas se jerarquizan de menor a mayor gravedad desde el 0 al 3.

ANEXO 4

Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI).

A. Datos Generales:

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

Propiedades psicométricas: Cuenta una confiabilidad del .80, dentro de su consistencia interna en los indicadores de homogeneidad de .342 (ítem 6) y .687 (ítem 10) en E, mientras que en S se encuentran entre .238 (ítem 34) y .693 (ítem 36) dan cuenta de una buena relación de los reactivos con el instrumento. Mientras que en la adaptación peruana se halló una fiabilidad aceptable en ambas dimensiones, ansiedad estado y ansiedad rasgo - $\omega > .70$ (Bazán, 2021).

B. Descripción de la prueba. La prueba posee dos secciones con 20 preguntas cada una. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, compuesto por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y la hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, característico de los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

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

D. Calificación. Las puntuaciones de las escalas de A/E y A/R van de 0 a 60 puntos. Los sujetos mismos se auto evalúan en una escala del 0 a 3 puntos en cada una de las afirmaciones.

ANEXO 5

Inventario clínico multiaxial de Millon – Millon II.

A. Datos Generales:

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

B. Descripción de la prueba. El Millon-II es un cuestionario de personalidad de 22 escalas diseñado en base a la teoría de la personalidad de Theodore Millon, cuyo objetivo es obtener información para la toma de decisiones en el tratamiento de participantes con dificultades emocionales e interpersonales. Esta fue aplicada e investigada en nuestra población mediante pacientes de salud mental (Solís, 2007).

C. Administración. Consiste en 175 ítems con un formato de respuestas de dos opciones Verdadero/Falso, que ocupa un tiempo relativamente breve de 15 a 25 minutos.

D. Calificación. La calificación se realiza de manera manual o computarizada, sumando las afirmaciones de los ítems dentro de sus respectivas escalas, siendo las de mayor importancia aquellas puntuaciones por encima de los 85 puntos. Además, se cuenta con escalas internas de validez, sinceridad, deseabilidad y alteraciones para corroborar que los resultados no han sido manipulados por el evaluado.

ANEXO 6

STAIC AUTOEVALUACIÓN E/R
 (Spielberger, et al) **INSTRUCCIONES**
 PRIMERA PARTE

Frases 1 a 20

En esta primera parte se encuentran unas frases usadas para decir algo de ti. Leer cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te SIENTES AHORA, en este momento. No hay respuestas buenas, ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras AHORA.

	Mucho	Algo	Nada
1. Me siento calmado.	1	2	3
2. Me encuentro inquieto.	1	2	3
3. Me siento nervioso.	1	2	3
4. Me encuentro descansado.	1	2	3
5. Tengo miedo.	1	2	3
6. Estoy relajado.	1	2	3
7. Estoy preocupado.	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho.	1	2	3
9. Me encuentro feliz.	1	2	3
10. Me siento seguro.	1	2	3
11. Me encuentro bien.	1	2	3
12. Me siento molesto.	1	2	3
13. Me siento agradablemente.	1	2	3
14. Me encuentro atemorizado.	1	2	3
15. Me encuentro confundido.	1	2	3
16. Me siento animoso.	1	2	3
17. Me siento angustiado.	1	2	3
18. Me encuentro alegre.	1	2	3
19. Me encuentro contrariado.	1	2	3
20. Me siento triste.	1	2	3

SEGUNDA PARTE

Frasas 1 a 20

En esta segunda parte se encuentran otras frases usadas para decir algo de ti mismo en general. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te SIENTES EN GENERAL, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras GENERALMENTE

	Mucho	Algo	Nada
1. Me preocupa cometer errores.	1	2	3
2. Siento ganas de llorar.	1	2	3
3. Me siento desgraciado.	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión.	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas.	1	2	3
6. Me preocupo demasiado.	1	2	3
7. Me encuentro molesto.	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan.	1	2	3
9. Me preocupan las cosas del colegio.	1	2	3
10. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer.	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido.	1	2	3
12. Aunque no lo digo tengo miedo.	1	2	3
13. Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches.	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago.	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí.	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo.	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio.	1	2	3
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida.	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos.	1	2	3

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

ANEXO 7

Prueba de Beck: Marque en el Protocolo con un aspa (X), según sea su caso:

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 - a. No creo que sea un fracaso.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable casi siempre.
 - d. Me siento culpable siempre.
6.
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Creo que estoy siendo castigado.
7.
 - a. No me siento decepcionado de mi mismo.
 - b. Me he decepcionado a mi mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.
8.
 - a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.

- c.** Me culpo siempre por mis errores.
d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
- 9.**
- a.** No pienso en matarme.
b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
c. Me gustaría matarme.
d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.**
- a.** No lloro más de lo de costumbre.
b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
c. Ahora lloro todo el tiempo.
d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
- 11.**
- a.** Las cosas no me irritan más que de costumbre.
b. Las cosas me irritan mas que de costumbre
c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12.**
- a.** No he perdido el interés por otras cosas.
b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
d. He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.**
- a.** Tomo decisiones casi siempre.
b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
c. Tengo mas dificultad para tomar decisiones que antes.
d. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.**
- a.** No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
d. Creo que me veo feo.
- 15.**
- a.** Puedo trabajar tan bien como antes.
b. Me cuesta mas esfuerzo empezar a hacer algo.
c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
d. No puedo trabajar en absoluto.
- 16.**
- a.** Puedo dormir tan bien como antes.
b. No puedo dormir tan bien como solía.
c. Me despierto una o dos horas mas temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.**
- a.** No me canso más que de costumbre.
b. Me canso mas fácilmente que de costumbre.
c. Me canso sin hacer nada.
d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18.**
- a.** Mi apetito no es peor que de costumbre.

- b.** Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - c.** Mi apetito esta mucho peor ahora.
 - d.** Ya no tengo apetito.
- 19.**
 - a.** No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 - b.** He rebajado más de dos kilos y medio.
 - c.** He rebajado más de cinco kilos.
 - d.** He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20.**
 - a.** No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 - b.** Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
 - c.** Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 - d.** Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.**
 - a.** No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 - b.** Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 - c.** Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - d.** He perdido por completo el interés en el sexo.

PROTOCOLO – BECK

Examinado:.....

Edad.....Sexo.....Grado de Instrucción.....Fecha:.././.....

	a	b	c	d
1	a	b	c	d
2	a	b	c	d
3	a	b	c	d
4	a	b	c	d
5	a	b	c	d
6	a	b	c	d
7	a	b	c	d
8	a	b	c	d
9	a	b	c	d
10	a	b	c	d
11	a	b	c	d
12	a	b	c	d
13	a	b	c	d
14	a	b	c	d
15	a	b	c	d
16	a	b	c	d
17	a	b	c	d
18	a	b	c	d
19	a	b	c	d
20	a	b	c	d
21	a	b	c	d

ANEXO 8**CUESTIONARIO DE LA ESCALA DEL MCMII-II**

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por donde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en un segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme sólo y vacío.
28. Tengo habilidad para “dramatizar” las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.

30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco en seguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significan nada especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi “mal carácter”.
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfecta posible, muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas “sabihondas” que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando en hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.

62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer algún error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas “ilegales” puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormir, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.

93. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o que lo haga intencionalmente mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atracción de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos y no sé hacia donde voy en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para ver hasta donde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.

125. Me resulta fácil hacer nuevos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molestan.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien que se aproveche de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En los últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es muy amable conmigo.
140. El problema de usar drogas “ilegales” me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán “Al que madruga Dios le ayuda”.
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.

157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de donde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

FIN DE LA PRUEBA.

COMPRUEBE, POR FAVOR, QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN
CONTESTAR

Inventario Clínico Multiaxial de MCMI – II MILLON
Hoja de Respuestas

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Aplicación _____

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2	V	F	27	V	F	52	V	F	77	V	F	102	V	F	127	V	F	152	V	F
3	V	F	28	V	F	53	V	F	78	V	F	103	V	F	128	V	F	153	V	F
4	V	F	29	V	F	54	V	F	79	V	F	104	V	F	129	V	F	154	V	F
5	V	F	30	V	F	55	V	F	80	V	F	105	V	F	130	V	F	155	V	F
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F	156	V	F
7	V	F	32	V	F	57	V	F	82	V	F	107	V	F	132	V	F	157	V	F
8	V	F	33	V	F	58	V	F	83	V	F	108	V	F	133	V	F	158	V	F
9	V	F	34	V	F	59	V	F	84	V	F	109	V	F	134	V	F	159	V	F
10	V	F	35	V	F	60	V	F	85	V	F	110	V	F	135	V	F	160	V	F
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F	161	V	F
12	V	F	37	V	F	62	V	F	87	V	F	112	V	F	137	V	F	162	V	F
13	V	F	38	V	F	63	V	F	88	V	F	113	V	F	138	V	F	163	V	F
14	V	F	39	V	F	64	V	F	89	V	F	114	V	F	139	V	F	164	V	F
15	V	F	40	V	F	65	V	F	90	V	F	115	V	F	140	V	F	165	V	F
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F	166	V	F
17	V	F	42	V	F	67	V	F	92	V	F	117	V	F	142	V	F	167	V	F
18	V	F	43	V	F	68	V	F	93	V	F	118	V	F	143	V	F	168	V	F
19	V	F	44	V	F	69	V	F	94	V	F	119	V	F	144	V	F	169	V	F
20	V	F	45	V	F	70	V	F	95	V	F	120	V	F	145	V	F	170	V	F
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F	171	V	F
22	V	F	47	V	F	72	V	F	97	V	F	122	V	F	147	V	F	172	V	F
23	V	F	48	V	F	73	V	F	98	V	F	123	V	F	148	V	F	173	V	F
24	V	F	49	V	F	74	V	F	99	V	F	124	V	F	149	V	F	174	V	F
25	V	F	50	V	F	75	V	F	100	V	F	125	V	F	150	V	F	175	V	F