



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN DE UN ADULTO VARON

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad
profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autor:

Mauricio Altamirano, Jorge Briyan

Asesor:

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado:

Anicama Gómez, José Carlos

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Altamirano Carrasco, Sussety del Pilar

Lima - Perú

2024



INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN DE UN ADULTO VARÓN

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

8%

2

Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal

Trabajo del estudiante

3%

3

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

4

repositorio.usmp.edu.pe

Fuente de Internet

2%

5

up-rid.up.ac.pa

Fuente de Internet

1%

6

Submitted to Universidad Internacional de la Rioja

Trabajo del estudiante

<1%

7

es.scribd.com

Fuente de Internet

<1%

8

Submitted to Universidad de Salamanca

Trabajo del estudiante

<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO
DE DEPRESIÓN DE UN ADULTO VARON**

**Línea de Investigación:
Salud Mental**

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

Autor

Mauricio Altamirano, Jorge Briyan

Asesor

**Del Rosario Pachherres, Orlando
ORCID: 0000-0003-0981-9808**

Jurado

**Anicama Gómez, José Carlos
Mendoza Huamán, Vicente Eugenio
Altamirano Carrasco, Sussety del Pilar**

**Lima – Perú
2024**

Pensamientos

“No son los eventos los que perturban a las personas, sino la interpretación de estos eventos”.

Albert Ellis

“El éxito es la suma de pequeños esfuerzos repetidos día tras día”.

Robert Collier

Dedicatoria

A mi amada esposa y mi hijo cuyo amor y apoyo incondicional han sido mi mayor fuente de fortaleza y motivación.

A mis queridos padres y mi familia, por su amor inagotable y por inculcarme los valores del esfuerzo y la perseverancia.

A mis profesores y mentores, por su sabiduría y guía constante, y a todos aquellos que, a través de sus historias y experiencias, han contribuido a enriquecer mi comprensión del comportamiento humano y la mente, y me han inspirado a seguir explorando las profundidades de la psicología.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas e institución, por proporcionarme el entorno y las herramientas necesarias para crecer profesionalmente y llevar a cabo esta investigación.

A mis asesores, por su orientación y apoyo durante todo el proceso de investigación.

A mi paciente, por su confianza y por permitirme ser parte de sus procesos de crecimiento y mejora. Gracias por enseñarme tanto y por ser una fuente constante de aprendizaje e inspiración.

Índice

Resumen	xi
Abstrac	xii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción del problema	3
1.2. Antecedentes	5
1.2.1. Antecedentes Nacionales	5
1.2.2. Antecedentes Internacionales	7
1.2.3. Fundamentación Teórica	9
1.3. Objetivos	14
1.4. Justificación	15
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	16
II. METODOLOGÍA	18
2.1. Tipo y diseño de Investigación	18
2.2. Ámbito temporal	19
2.3. Variables de investigación	19
2.4. Participante	20

2.5.	Técnicas e instrumentos	20
2.5.1.	Técnicas	20
2.5.2.	Instrumentos	21
2.5.3.	Evaluación psicológica	24
2.5.4.	Evaluación psicométrica	37
2.5.5.	Informe Psicológico integrador	43
2.6.	Intervención	57
2.6.1.	Plan de intervención y calendarización	57
2.6.2.	Programa de intervención	59
2.6.3.	Procedimiento	69
2.7.	Consideraciones éticas	69
III.	RESULTADOS	71
3.1.	Análisis de los resultados	71
3.2.	Discusión de resultados	74
3.3.	Seguimiento	78
IV.	CONCLUSIONES	80
V.	RECOMENDACIONES	82

VI.	REFERENCIAS	83
VII.	ANEXOS	87

Índice de Tablas

N°	Título	Pág.
Tabla 1	Desarrollo del Diagnóstico Funcional	33
Tabla 2	Desarrollo del Análisis Funcional	34
Tabla 3	Desarrollo del Análisis Cognitivo	35
Tabla 4	Desarrollo del Diagnóstico Tradicional: DSM V-R	36
Tabla 5	Análisis e interpretación de resultados del MCMI-II	39
Tabla 6	Diagnóstico Funcional del Informe Psicológico Integrador	46
Tabla 7	Análisis e interpretación de resultados del MCMI-II del Informe Psicológico Integrador	50
Tabla 8	Desarrollo del Plan de intervención y calendarización	57
Tabla 9	Desarrollo de la sesión 1	59
Tabla 10	Desarrollo de la sesión 2	60
Tabla 11	Desarrollo de la sesión 3	60
Tabla 12	Desarrollo de la sesión 4	61
Tabla 13	Desarrollo de la sesión 5	62
Tabla 14	Desarrollo de la sesión 6	62
Tabla 15	Desarrollo de la sesión 7	63
Tabla 16	Desarrollo de la sesión 8	63
Tabla 17	Desarrollo de la sesión 9	64
Tabla 18	Desarrollo de la sesión 10	64
Tabla 19	Desarrollo de la sesión 11	65
Tabla 20	Desarrollo de la sesión 12	65
Tabla 21	Desarrollo de la sesión 13	66
Tabla 22	Desarrollo de la sesión 14	67

Tabla 23	Desarrollo de la sesión 15	67
Tabla 24	Desarrollo de la sesión 16	68
Tabla 25	Desarrollo de la sesión 17	68

Índice de Figuras

Nº	Título	Pág.
Figura 1	Frecuencia de pensamientos semanales	71
Figura 2	Intensidad de emociones semanal	72
Figura 3	Frecuencia de conductas semanal	72
Figura 4	Intensidad de síntomas fisiológicos	73
Figura 5	Resultados de evaluación psicométrica	73

Resumen

El objetivo general de la intervención psicológica que se presenta en este estudio fue disminuir la sintomatología depresiva de un paciente masculino de 29 años mediante un programa de intervención cognitivo-conductual. El usuario presentaba síntomas como insomnio, tristeza persistente, culpa, pensamientos negativos y conflictos interpersonales, especialmente con su pareja. Se trata de una investigación de tipo aplicada con diseño experimental de tipo pre experimental de caso único, utilizando el modelo AB, aplicado en un contexto clínico real. Para la evaluación, se utilizaron pruebas psicométricas como el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) y la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). A lo largo de 17 sesiones, se aplicaron diversas técnicas de intervención, como la reestructuración cognitiva, la psicoeducación, técnicas de relajación, el entrenamiento en resolución de problemas y el uso del termómetro del estado de ánimo. Como resultado de la intervención, se cumplió exitosamente el objetivo general, evidenciándose una disminución significativa en los síntomas depresivos del paciente. Asimismo, se alcanzaron los objetivos específicos, como la reducción del insomnio, la disminución de episodios de llanto y tristeza, la modificación de pensamientos de desvalorización y el aumento en la participación en actividades sociales. En conjunto, estos cambios contribuyeron a una mejora notable en el bienestar emocional del paciente y en su capacidad para gestionar conflictos interpersonales.

Palabras clave: Terapia Cognitivo Conductual, Depresión, reestructuración cognitiva, paciente varón, intervención psicológica.

Abstract

The general objective of the psychological intervention presented in this study was to reduce depressive symptoms in a 29-year-old male patient through a cognitive-behavioral intervention program. The patient exhibited symptoms such as insomnia, persistent sadness, guilt, negative thoughts, and interpersonal conflicts, particularly with his partner. This is an applied research study with a single-case experimental design, using the AB model, conducted in a real clinical setting. For evaluation, psychometric tests such as the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II), and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) were used. Over the course of 17 sessions, various intervention techniques were applied, including cognitive restructuring, psychoeducation, relaxation techniques, problem-solving training, and the use of a mood thermometer. As a result of the intervention, the general objective was successfully achieved, with a significant reduction in the patient's depressive symptoms. Specific objectives were also met, such as the reduction of insomnia, a decrease in episodes of crying and sadness, the modification of self-deprecating thoughts, and increased participation in social activities. Together, these changes contributed to a notable improvement in the patient's emotional well-being and his ability to manage interpersonal conflicts.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Depression, cognitive restructuring, male patient, psychological intervention.

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se muestra la aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual (TCC) en un caso de depresión moderada en un paciente adulto varón. La depresión es un trastorno mental prevalente que afecta a más de 280 millones de personas, y es una de las principales causas de discapacidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021). Este trastorno no solo impacta significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen, sino que también afecta su capacidad para desempeñar actividades diarias, estableciendo un importante desafío en el ámbito de la salud mental.

El presente estudio aborda un caso clínico de un paciente masculino de 29 años que presenta sintomatología depresiva moderada, caracterizada por insomnio, tristeza persistente, sentimientos de culpa, pensamientos negativos y conflictos interpersonales, especialmente con su pareja. El objetivo general de la intervención fue disminuir la sintomatología de la Depresión, controlar la tristeza y culpa, así como identificar, combatir y reemplazar los pensamientos distorsionados, a través de la aplicación de un programa de terapia cognitivo conductual en un adulto varón.

Esta investigación es de tipo aplicada y sigue un diseño experimental de tipo pre experimental de caso único, utilizando el modelo AB, lo que permite una evaluación detallada y personalizada de los cambios en el paciente a lo largo del proceso terapéutico. Para la evaluación, se emplearon diversos instrumentos psicométricos como el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) y la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Durante las 17 sesiones de intervención, se utilizaron técnicas específicas de TCC, incluyendo reestructuración cognitiva, psicoeducación, técnicas de relajación, entrenamiento en resolución de problemas y el uso del termómetro del estado de ánimo. Los resultados generales indicaron una reducción significativa en la sintomatología depresiva del paciente, controlar la tristeza y culpa, así como identificar,

combatir y reemplazar los pensamientos distorsionados, cumpliendo así con el objetivo general. Entre los cambios específicos observados se destacó la disminución del insomnio, permitiendo al paciente conciliar el sueño con mayor facilidad y reducir el tiempo que permanecía despierto durante la noche. Además, se evidenció una notable reducción en los episodios de llanto y tristeza, lo que mejoró su estado emocional general. Asimismo, la reestructuración cognitiva facilitó la modificación de pensamientos de desvalorización, contribuyendo a una mayor autoestima y una percepción más positiva de sí mismo. Por último, se observó un aumento en la participación en actividades sociales, reflejando una mejoría en su interacción social y una disminución del aislamiento. En conjunto, estos cambios sugieren una evolución positiva en el paciente, con una disminución de los síntomas depresivos y una mejora en su calidad de vida.

Este trabajo se está presentando en varios apartados. Como primer apartado esta la Introducción contiene la introducción general, descripción del problema, antecedentes nacionales e internacionales, fundamentación teórica, objetivos, justificación e impactos esperados del trabajo académico. El segundo apartado abarca la Metodología que incluye el tipo y diseño de investigación, ámbito temporal, variables de investigación, participante, técnicas e instrumentos (técnicas e instrumentos psicométricos), evaluación psicológica, evaluación psicométrica e informe psicológico integrador. El tercer apartado involucra a los Resultados abarcando el análisis de los resultados, discusión de resultados y seguimiento. El cuarto apartado manifiesta las conclusiones y recomendaciones.

1.1. Descripción del problema

La Depresión es un trastorno mental caracterizado por patrones de pensamiento negativos y distorsionados que se centran en tres áreas principales: uno mismo, el mundo y el futuro. Estos pensamientos negativos son el resultado de esquemas cognitivos disfuncionales que se desarrollan a lo largo del tiempo debido a experiencias tempranas de vida. (Beck, 1967).

En 2021, se revelaron datos preocupantes sobre la prevalencia de la depresión, estimándose que podría afectar a más de 280 millones de personas a nivel global, posicionándola como la principal causa de discapacidad y una de las principales responsables de enfermedades a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

La depresión es un trastorno que se caracteriza por la persistente sensación de tristeza, la falta de interés en actividades que antes resultaban placenteras y la dificultad para llevar a cabo las tareas cotidianas durante al menos dos semanas. A menudo, se asocia con otros síntomas como la pérdida de energía, cambios en el apetito y el sueño, ansiedad, dificultades de concentración, indecisión, inquietud, sentimientos de culpa, desesperanza o inutilidad, y en los casos más graves, pensamientos de autolesión o suicidio (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

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

El Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2019) en 2006, llevó a cabo investigaciones epidemiológicas en la costa de Perú, detectando una prevalencia de vida sobre trastornos psiquiátricos en el 14,1% de la población, siendo la mayor casuística los episodios depresivos 13 con 14,1% de los casos psiquiátricos, de igual manera, en el área rural de las provincias de lima había una prevalencia de vida sobre trastornos psiquiátricos en el 29,6% de

la población, siendo los más frecuentes los episodios depresivos moderados a grave alcanzando hasta el 15,8% de la población.

Así mismo el INSM (2018), En 2002, un estudio epidemiológico realizado con una muestra de 2,077 adultos en 43 distritos de Lima y Callao encontró que las tasas de prevalencia actual y de por vida de trastornos mentales eran del 23.5% y 37.3%, respectivamente, con una prevalencia de episodios depresivos a lo largo de la vida del 18.2%. También es importante mencionar que existen factores asociados al género que aumentan la vulnerabilidad a la depresión, los cuales son más pronunciados en la población femenina y tienen una base psicosocial. Entre estos factores se incluyen: abusos sexuales y experiencias negativas en la infancia, limitaciones en la libertad para elegir roles, sobrecarga y competencia en roles sociales, y características psicológicas que incrementan la vulnerabilidad a eventos estresantes y dificultan el afrontamiento. Esto es alarmante porque la depresión impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres, sus hijos y el entorno sociofamiliar en general (Gaviria, 2009).

La descripción del problema indica que tanto la incidencia como la prevalencia de la depresión están aumentando a nivel global y nacional, lo que resalta la necesidad de implementar intervenciones eficaces para abordar esta problemática. Diversos estudios han demostrado que los programas de intervención cognitivo-conductual son efectivos para reducir los síntomas depresivos, como se detallará más adelante (Gaviria, 2009). En conclusión, al mejorar la atención a los casos de depresión, se podrán alcanzar mayores niveles de adaptabilidad y productividad en los ámbitos académico, laboral y social, dado que el talento humano es fundamental para el funcionamiento de las organizaciones en todos sus niveles (Gaviria, 2009).

Por lo tanto, en este estudio de caso, se presenta una intervención cognitivo conductual para un paciente adulto joven diagnosticado de depresión moderada según los criterios del DSM-V. Se trata de reducir los síntomas depresivos mediante una terapia cognitivo-conductual. El usuario manifiesta mal humor, llanto fácil, disminución del apetito, dificultad

para dormir, irritabilidad, tristeza y pensamientos negativos persistentes sobre su situación de pareja, así como pensamientos irracionales, culpabilidad, aislamiento social, ansiedad, ira y malestar físico.

1.2. Antecedentes

1.2.1 *Antecedentes Nacionales*

Sánchez (2022) realizó una intervención en un enfermero de 34 años de la provincia de Trujillo desarrolló depresión leve a moderada debido a la carga laboral intensa durante la pandemia de COVID-19. La intervención en TCC se enfocó en el autocuidado y el desarrollo de habilidades de afrontamiento. Se utilizaron evaluaciones como la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) y el Cuestionario de Estrés Percibido (PSS). El tratamiento duró 10 semanas con sesiones semanales. Las técnicas incluyeron planificación de actividades de autocuidado, entrenamiento en mindfulness y reestructuración cognitiva para manejar pensamientos de autoexigencia. Los resultados mostraron un alivio significativo de los síntomas depresivos y una mejor gestión del estrés laboral.

López (2021) intervino a un empresario de 48 años de la provincia de Arequipa sufría de depresión moderada debido al estrés laboral y una crisis económica. La intervención en TCC tuvo como objetivo principal la gestión del estrés y la reestructuración cognitiva para reducir pensamientos catastróficos sobre la situación económica. Se utilizaron evaluaciones como el Cuestionario de Depresión de Hamilton (HDRS) y el Inventario de Síntomas de Estrés. El tratamiento duró 12 semanas con sesiones quincenales. Las técnicas utilizadas incluyeron entrenamiento en solución de problemas, técnicas de relajación muscular progresiva y terapia de exposición a situaciones de estrés. Al finalizar el tratamiento, el paciente mostró una mejora significativa en la gestión del estrés y una notable reducción en los síntomas depresivos.

Pérez (2020) trabajo en un estudiante universitario de 20 años que vivía en Lima presentaba depresión severa debido a la presión académica y problemas familiares. La

intervención en TCC se centró en la reestructuración cognitiva para identificar y modificar pensamientos negativos automáticos y en la implementación de habilidades de afrontamiento para manejar el estrés. Se utilizaron evaluaciones como el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) para medir los síntomas iniciales y el progreso. El tratamiento duró 17 semanas, con sesiones semanales. Las técnicas incluyeron registro de pensamientos, planificación de actividades agradables y técnicas de relajación. Como resultado, el paciente mostró una reducción significativa en los síntomas depresivos, mejoró su rendimiento académico y las relaciones familiares.

Martínez (2020) realizó a un adolescente de 18 años de la provincia de Piura sufría de depresión moderada debido al acoso escolar y la baja autoestima. La intervención en TCC se centró en la reestructuración cognitiva para fortalecer la autoestima y manejar el acoso. Se utilizaron evaluaciones como la Escala de Depresión para Niños (CDS) y la Escala de Autoestima de Rosenberg. El tratamiento duró 12 semanas con sesiones semanales. Las técnicas incluyeron la identificación y modificación de pensamientos negativos, la práctica de habilidades sociales y la exposición gradual a situaciones escolares. Al finalizar el tratamiento, el adolescente mostró una mejora significativa en la autoestima y una reducción en los síntomas depresivos.

García (2019) intervino a un hombre de 67 años de la provincia de Cusco experimentó depresión tras su jubilación y la pérdida de propósito en la vida. La intervención en TCC tuvo como objetivo principal la activación conductual y la redefinición de metas personales. Se utilizaron evaluaciones como la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). El tratamiento duró 14 semanas con sesiones semanales. Las técnicas incluyeron la programación de actividades diarias, la identificación y modificación de pensamientos negativos sobre la jubilación, y la búsqueda de nuevas metas y hobbies. Al final

del tratamiento, el paciente mostró un aumento en la actividad diaria y una mejora notable en su estado de ánimo.

1.2.2 Antecedentes Internacionales

Fernández (2022) Intervino a un hombre de 50 años de España sufría de depresión moderada a severa debido al desempleo prolongado y problemas financieros. La intervención en TCC se centró en la reestructuración cognitiva y el apoyo para la búsqueda de empleo. Se utilizaron evaluaciones como la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) y la Escala de Autoeficacia Laboral. El tratamiento duró 18 semanas con sesiones semanales. Las técnicas incluyeron la identificación y modificación de pensamientos negativos sobre la empleabilidad, entrenamiento en habilidades de entrevista y técnicas de afrontamiento para el manejo del estrés financiero. Como resultado, el paciente mostró una reducción significativa en los síntomas depresivos y una mejora en la motivación y las habilidades para buscar empleo.

Smith (2021) Trabajo en un veterano de guerra de 35 años de los Estados Unidos presentaba depresión severa y trastorno de estrés postraumático (TEPT). La intervención en TCC se combinó con terapia de exposición prolongada para abordar tanto la depresión como el TEPT. Se utilizaron evaluaciones como la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) y la Escala de Impacto de Evento (IES). El tratamiento duró 20 semanas con sesiones semanales. Las técnicas incluyeron exposición gradual a recuerdos traumáticos, reestructuración cognitiva para abordar pensamientos negativos sobre la guerra y habilidades de afrontamiento para el manejo del estrés. Como resultado, el paciente experimentó una reducción significativa en los síntomas de TEPT y depresión, mejorando su calidad de vida y relaciones familiares.

Brown (2021) Trabajo con un músico de 28 años que presentaba depresión leve debido a la inseguridad laboral y la ansiedad de rendimiento. La intervención en TCC se enfocó en la reestructuración cognitiva y las habilidades de afrontamiento para la ansiedad de rendimiento. Se utilizaron evaluaciones como el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de

Ansiedad de Rendimiento Musical (MPAI). El tratamiento duró 12 semanas con sesiones semanales. Las técnicas incluyeron la identificación y modificación de pensamientos negativos sobre el rendimiento musical, exposición gradual a situaciones de actuación y técnicas de relajación. Al final del tratamiento, el paciente mostró una mejora en la autoconfianza y una reducción en los síntomas depresivos y la ansiedad de rendimiento.

Johnson (2020) realizó un estudiante universitario de 22 años de Reino Unido presentaba depresión leve a moderada debido a la presión académica y social. La intervención en TCC tuvo como objetivo principal la gestión del tiempo y la ansiedad social. Se utilizaron evaluaciones como el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). El tratamiento duró 10 semanas con sesiones semanales. Las técnicas incluyeron la reestructuración cognitiva para manejar pensamientos negativos sobre el rendimiento académico, habilidades de afrontamiento para situaciones sociales y la planificación de actividades agradables. Al finalizar el tratamiento, el paciente mostró una disminución en la ansiedad social y los síntomas depresivos, y una mejora en el rendimiento académico.

Tanaka (2019) Intervino en un ejecutivo de 40 años de Japón sufría de depresión moderada debido a la cultura de trabajo extremo (karoshi). La intervención en TCC se enfocó en la reestructuración cognitiva y el equilibrio entre trabajo y vida personal. Se utilizaron evaluaciones como el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Estrés Laboral de Karasek. El tratamiento duró 17 semanas con sesiones semanales. Las técnicas incluyeron la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales sobre el trabajo, entrenamiento en habilidades de gestión del tiempo y actividades de relajación. Al final del tratamiento, el paciente mostró una mejora significativa en el equilibrio entre trabajo y vida personal y una reducción en los síntomas depresivos.

1.2.3 Fundamentación Teórica:

Definiciones de Depresión

Según la OMS (2020), La depresión es una enfermedad común en todo el mundo, con más de 264 millones de personas afectadas. Se caracteriza por una tristeza persistente y una pérdida de interés en actividades que anteriormente eran placenteras, acompañada por la incapacidad de llevar a cabo las actividades diarias, durante al menos dos semanas.

La depresión, también conocida como trastorno depresivo mayor, es un trastorno del estado de ánimo que causa un sentimiento persistente de tristeza y pérdida de interés. Afecta cómo te sientes, piensas y manejas las actividades diarias, como dormir, comer o trabajar. (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, Quinta Edición [DSM-5], 2013)

La depresión se caracteriza por presentar un conjunto de síntomas de predominio afectivo tales como tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la rutina diaria. Además, se observa la presencia de síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global, psíquica y física. (Kessler y Bromet, 2013)

Introdujo el concepto de "indefensión aprendida", sugiriendo que la depresión puede desarrollarse cuando una persona siente que no tiene control sobre los resultados de su vida. Esto se basa en estudios experimentales con animales y humanos. (Seligman, 1974)

Freud propuso que la depresión (melancolía) es una reacción a una pérdida interna, no necesariamente de un objeto real, sino de una abstracción como el amor propio o un ideal. Consideraba que la melancolía involucraba un conflicto inconsciente y una identificación con el objeto perdido. (Freud, 1917)

La depresión es un trastorno del pensamiento caracterizado por una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro. Estas creencias negativas se desarrollan a través de una interpretación disfuncional de la realidad. (Beck, 1967)

Según Beck (1983), la diversidad de síntomas está ligados a ciertos estados del ánimo.

- Síntomas afectivos: Se presenta decaimiento, llanto frecuente, así como tristeza patológica, sentimientos de culpabilidad e inutilidad, irritabilidad.
- Síntomas motivacionales: Se evidencia déficit de la capacidad del disfrute, falta de toma de decisiones, disminución de las actividades diarias.
- Síntomas conductuales: Se ve afectado sus relaciones interpersonales ya que suelen aislarse y su interacción con los demás va disminuyendo.
- Síntomas cognitivo: Se presentan dificultades en atender y comprender, así como pensamientos distorsionados y errores cognitivos.
- Síntomas físicos: Se ve afectado el ciclo del sueño, hiporexia, disminución del deseo sexual.

Teorías Explicativas de la Depresión

a) La disminución del Refuerzo Positivo

Para (Lewinsohn, 1975; Lewinsohn et al., 1979; Lewinsohn et al., 1986), La depresión puede resultar de una reducción en el refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente.

El refuerzo positivo total que recibe una persona depende de tres factores:

- Número de eventos potencialmente reforzadores para la persona.
- Frecuencia de estos eventos reforzadores.
- Habilidades del individuo, como habilidades sociales, para provocar refuerzos positivos del entorno.

Los aspectos cognitivos de la Depresión tales como la baja autoestima, culpabilidad y pesimismo se derivan de las atribuciones del individuo sobre su disforia.

Para Lewinsohn y colaboradores propusieron que la depresión es el resultado de factores ambientales y disposicionales. La depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios en la conducta, afecto y cogniciones iniciados por el entorno. (Peterson, et al., 1993)

El Modelo de Secuenciación de Conexiones Causales que comienza cuando surge un evento potencialmente depresivo el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos, reduciendo el refuerzo positivo y aumentando experiencias aversivas como consecuencia de todo ello se produce un aumento de la autoconciencia, autocrítica y expectativas negativas, incrementando la disforia y afectando conducta, cogniciones e interacciones sociales. (Lewinsohn et al., 1997)

Se propusieron varios Factores que incrementarían la probabilidad de Depresión y esto fueron llamados factores de vulnerabilidad: ser mujer, edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad a eventos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima, tener hijos menores de 7 años. A su vez también plantearon una serie de factores de protección (Inmunógenos): capacidad de iniciativa, competencia social auto percibida, frecuencia alta de eventos positivos, elevado apoyo social. Ambos tipos de factores (vulnerabilidad e inmunógenos) pueden influir en las conexiones causales del modelo general de la depresión. (Lewinsohn, 1985)

b) Entrenamiento en Autocontrol

Rehm propuso un modelo de autocontrol para la depresión, integrando aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. El Objetivo es manejar la depresión mediante la consecución progresiva de metas, autorrefuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual. La depresión se considera el resultado de una relación negativa entre recompensas y castigos, influenciada por las respuestas conductuales y cognitivas del individuo. (Rehm, 1977)

Características del Modelo:

- **Perfeccionismo y Metas Inalcanzables:** Los individuos deprimidos tienden a establecer metas inalcanzables y centrarse en aspectos negativos.

- Autoreforzo y Autocastigo: Aplican pocos refuerzos positivos y se autocastigan en exceso.
- Factores Ambientales: Los acontecimientos positivos son poco frecuentes debido a sesgos cognitivos disfuncionales y déficits en estrategias de autocontrol.

Codificación Selectiva y Procesamiento Negativo: Las personas deprimidas tienden a codificar, procesar y recuperar eventos negativos, aumentando el riesgo de autocastigo. La teoría de Rehm sugiere que la depresión surge de una regulación errónea de las expectativas y estrategias de autoevaluación, influenciada por sesgos cognitivos y una relación desfavorable entre recompensas y castigos. (Rehm, 1977)

c) El Modelo de Nezu

La depresión se origina y se mantiene debido a déficits o ineficacia en habilidades de solución de problemas. Existe una asociación demostrada entre déficits en la solución de problemas y síntomas depresivos en niños y adultos. Las habilidades efectivas de solución de problemas pueden moderar la relación entre el estrés y la depresión, actuando como un amortiguador de los efectos negativos de experiencias vitales adversas. La capacidad para resolver problemas también puede moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión. (Nezu y Ronan, 1985)

Las personas con déficits en habilidades de solución de problemas tienen un mayor riesgo de desarrollar episodios depresivos, por lo cual señalo que podría ser por la carencia de cinco Componentes de la Estrategia de Solución de Problemas: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones, puesta en práctica de la solución y verificación. La depresión comienza cuando un individuo enfrenta una situación difícil que no puede resolver. La incapacidad para resolver la situación problemática lleva a consecuencias negativas y disminuye el refuerzo conductual del individuo. (Nezu, 1987)

d) La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación

Hipotetizó que la depresión ocurre cuando el sujeto no puede discernir la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias, ya sean positivas o negativas e introdujo el concepto de "indefensión aprendida", que describe un estado de pasividad y actitudes generadas cuando el sujeto experimenta una falta de contingencia entre su conducta y sus consecuencias. (Seligman, 1975)

Abramson hizo una reformulación donde enfatizaron las atribuciones que el individuo hace sobre la causa de su indefensión y las atribuciones pueden variar en dimensiones como interna-externa, global-específica y estable-inestable, además estas atribuciones afectan la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión. Estas dimensiones tienen como atribuciones como: interna-externa: atribuir causas a uno mismo (interna) o al entorno (externa), global-específica: atribuir causas que abarcan todas las áreas de la vida (global) o que son específicas a una situación y estable-Inestable: Atribuir causas que son constantes en el tiempo (estable) o que son variables y temporales (inestable). (Abramson, 1978)

Se ha demostrado que los individuos con predisposición a la depresión tienden a atribuir eventos negativos a causas internas, estables y globales. Esto puede resultar en una baja autoestima debido a la percepción de que los eventos negativos son irreversibles y afectan múltiples aspectos de la vida. (Peterson, et al., 1993)

e) Teoría Cognitiva de Beck

La depresión resulta de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que enfrenta el sujeto como tres conceptos básicos como la Cognición, la cual se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, pensamiento y representaciones mentales, también está el contenido Cognitivo, el cual tiene el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes en su mente, influyendo en sus sentimientos y por ultimo esta los

esquemas, que son las creencias centrales que procesan la información del medio. Se desarrollan a partir de experiencias tempranas y significativas, como la desaprobación o la pérdida de los padres. (Beck, 1979)

La Teoría Cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión y estas son: La tríada Cognitiva, que es la visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Los pensamientos automáticos negativos, que son las cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica de la depresión. Errores en la percepción y procesamiento de información que incluyen inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobre generalización, magnificación y minimización, personalización y pensamiento absolutista dicotómico. Disfunción en los Esquemas, que son los esquemas disfuncionales que reflejan creencias centrales o "asunciones silenciosas". (Beck, 1979)

Los errores cognitivos son reflejo de esquemas disfuncionales y causan la perpetuación de la depresión. (Freeman y Oster, 1997)

El Modelo de Diátesis-Estrés hipotetiza que la predisposición a la depresión se adquiere a través de experiencias tempranas que modelan esquemas depresógenos. Estos esquemas permanecen latentes hasta ser activados por un estímulo estresante, como la ruptura de una relación amorosa. (Eaves y Rush, 1984)

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Disminuir la sintomatología de la Depresión, controlar la tristeza y culpa, así como identificar, combatir y reemplazar los pensamientos distorsionados, a través de la aplicación de un programa de terapia cognitivo conductual en un adulto varón.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Modificar los pensamientos de desvalorización, autorreproche y desesperanza mediante la reestructuración cognitiva y técnicas de autocontrol.
- Disminuir la tristeza y culpa a través de la psicoeducación, técnicas de relajación, entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento en asertividad y termómetro del estado de ánimo.
- Eliminar la conducta de Insomnio a través de la psicoeducación, técnicas de relajación, auto instrucciones y uso de actividades placenteras.
- Disminuir la conducta de llorar cuando esta solo o discute con su pareja acompañado a través de la psicoeducación, técnicas de relajación y uso de actividades placenteras.
- Aumentar la frecuencia de asistir a reuniones sociales donde tenga que encontrarse con su familia y amigos. (cumpleaños, baby shower, bodas, etc), mediante entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento en asertividad
- Instalar las conductas de comunicación asertiva y Toma de decisiones en su familia y su trabajo a través de la psicoeducación, entrenamiento en resolución de problemas y auto instrucciones.

1.4. Justificación

Esta Intervención de Terapia Cognitivo Conductual en un caso de Depresión en un Adulto varón es de suma importancia debido a la vasta evidencia empírica que respalda su efectividad. La depresión es una de las condiciones de salud mental más prevalentes a nivel mundial, afectando la calidad de vida de millones de personas. La TCC se ha establecido como una intervención psicológica eficaz y recomendada por numerosas guías clínicas internacionales para el tratamiento de la depresión.

El estudio demostrará consistentemente que la TCC es efectiva en el tratamiento de la depresión, mostrando una eficacia comparable a la de los antidepresivos y superior a la de otros tipos de terapias psicológicas. Además, será efectiva en la reducción de los síntomas

depresivos, sino que también en ser útil en la prevención de recaídas. Este aspecto es crucial, ya que la depresión es una condición recurrente en muchos casos. La capacidad de la TCC para dotar a los pacientes de herramientas cognitivas y conductuales para manejar sus síntomas a largo plazo es una de sus fortalezas más significativas y con la implementación de un programa ayudara a la formación de futuros psicólogos que es esencial para asegurar que estos profesionales estén equipados con estrategias terapéuticas basadas en la evidencia, proporcionando un marco estructurado y práctico para abordar los pensamientos y comportamientos disfuncionales que contribuyen a la depresión. Al aprender y aplicar la TCC, los futuros psicólogos pueden mejorar significativamente su capacidad para tratar a pacientes con depresión, ofreciendo una intervención que ha demostrado ser eficaz y duradera.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

En primer lugar, se espera una mejora significativa en la calidad de vida del usuario, ya que la TCC ha demostrado ser efectiva en la reducción de los síntomas de la depresión, lo que conduce a una mejoría general en el bienestar emocional y mental. Además, la TCC dota al usuario de herramientas y estrategias para manejar futuros episodios depresivos, reduciendo así la probabilidad de recaídas y mejorando la estabilidad emocional a largo plazo. En cuanto a las relaciones interpersonales, la TCC enseña habilidades de comunicación efectivas, ayudando al usuario a expresar sus pensamientos y sentimientos de manera más clara y asertiva. Esto facilita la resolución de conflictos, ya que el usuario aprende a identificar y modificar patrones de pensamiento negativos, abordando los problemas interpersonales de manera más constructiva. En el ámbito laboral, se espera un incremento en la productividad del usuario debido a la reducción de los síntomas depresivos y una mejora en la motivación. Además, la TCC proporciona técnicas para manejar el estrés y la ansiedad, lo cual es crucial en el entorno laboral. La vida social el usuario también puede beneficiarse significativamente. Al mejorar el estado de ánimo y la confianza en sí mismo, el usuario puede sentirse más inclinado a participar

en actividades sociales y establecer nuevas relaciones, combatiendo el aislamiento social y fomentando la creación de una red de apoyo. En cuanto a las relaciones de pareja y familiares, la TCC puede ayudar al usuario a comprender y mejorar la dinámica familiar, promoviendo una comunicación más efectiva y reduciendo conflictos. Al aprender a manejar los síntomas depresivos y mejorar las habilidades de comunicación, el usuario puede fortalecer su relación de pareja, fomentando un entorno de apoyo y comprensión mutua.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de Investigación

Según el tipo es Aplicada debido a su enfoque en resolver problemas prácticos relacionados con la depresión en adultos varones. Siguiendo la definición de Bickman y Rog (2009), nuestra investigación está diseñada para ofrecer soluciones concretas que puedan ser implementadas en contextos clínicos reales. Además, la metodología adoptada, como describe Stringer (2013), está orientada hacia la resolución de problemas a través de la investigación-acción y la participación de los pacientes. Los datos recopilados y analizados proporcionan evidencia empírica robusta, validada en contextos clínicos, siguiendo el marco metodológico de Creswell (2014).

Según el Diseño es Experimental de tipo Pre-experimental debido a la necesidad de realizar una evaluación preliminar del impacto de una intervención específica en la depresión en adultos varones. Según Campbell y Stanley (1963), los diseños pre-experimentales son adecuados para estudios exploratorios donde no es posible realizar una asignación aleatoria completa. En nuestro caso, la limitación de recursos y la disponibilidad de participantes justifican el uso de un diseño de un solo grupo con pretest-posttest, como lo describe Creswell (2014). Este enfoque nos permite observar los cambios en los niveles de depresión antes y después de la intervención, proporcionando datos preliminares valiosos.

Modelo de Diseño de Caso único AB es eficaz para observar cambios en una variable de interés a través de dos fases consecutivas: la línea base y la intervención. En nuestro estudio, la fase A consistirá en la recolección de datos sobre los niveles de depresión antes de la intervención, mientras que la fase B implicará la implementación de la intervención y la recolección de datos posteriores, según Kazdin (2011). Barlow y Hersen (1984) subrayan la utilidad de este diseño para estudiar el comportamiento y los síntomas psicológicos, permitiendo una evaluación detallada de la respuesta individual. Además, Kratochwill y Levin

(2014) destacan la flexibilidad del diseño AB, lo que permite ajustes según la respuesta del participante. El análisis de datos se realizará mediante comparación visual y estadística de los datos de las fases A y B, como lo discuten Horner y Baer (1978), proporcionando una base sólida para evaluar la efectividad de la intervención."

2.2 Ámbito temporal y espacial

El trabajo se realizó en el mes de Setiembre del año 2023 en un consultorio particular en el distrito de Ventanilla-Lima, cada sesión tuvo una duración de 50 minutos a 60 minutos.

2.3 Variables de Investigación Variable Dependiente/ Variable Independiente) [Variable Control / Extrañas: si el tipo de estudio lo requiere]

a) *Variable independiente*

Intervención Cognitivo Conductual: La Terapia Cognitiva de la Depresión es un procedimiento altamente estructurado de 17 sesiones; teniendo un enfoque psicoeducativo, centrado en modificar cogniciones y conductas, por ello también se denomina terapia cognitivo – conductual (Beck et al., 2010).

b) *Variable dependiente*

Depresión: La terapia cognitiva, la depresión es en mayor medida una perturbación del pensamiento, caracterizada por: a) una tríada cognitiva, b) esquemas cognitivos (Beck et al., 2010). Los errores de procesamiento sobre la información. Los tres aumentan la frecuencia e intensidad de pensamientos automáticos y negativos acerca de sí mismo y de acontecimientos externos e internos. En el estudio de caso, se evidencia que la usuaria refiere tener desgano, llanto fácil, disminución del apetito, dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, tristeza y constantes pensamientos negativos sobre su situación marital, así como pensamientos irracionales, ideas de culpa, aislamiento social, ansiedad, ira, vergüenza y malestar corporal (Puerta y Padilla, 2011).

2.4 Participante/ Sujeto

Paciente de sexo Masculino, 29 años de edad, nacida en Ventanilla – Provincia Constitucional del Callao, de nivel económico medio, tez blanca, complexión normal, estatura promedio como de 1.70, nunca ha asistido a consulta psicológica.

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas

Entrevista Psicológica: es definida como un proceso estructurado de comunicación verbal entre el psicólogo y el entrevistado, diseñado para recolectar información esencial sobre los estados emocionales, comportamientos y pensamientos del individuo. Según Sullivan (1954), la entrevista psicológica no solo sirve como un método de recolección de datos, sino que también puede tener un efecto terapéutico en el paciente. La capacidad del entrevistador para establecer una relación de confianza y empatía es crucial para el éxito de la entrevista, permitiendo al entrevistado expresar sus experiencias y sentimientos de manera abierta y sincera.

Observación psicológica: es un método sistemático utilizado para recoger datos sobre el comportamiento de individuos o grupos en contextos naturales o controlados, sin la intervención directa del observador. Según Goldstein (1994), este proceso metódico permite el registro y análisis objetivo de comportamientos, proporcionando datos precisos y relevantes que pueden ser utilizados para comprender mejor las dinámicas conductuales. La observación psicológica, al ser tanto estructurada como no estructurada, ofrece flexibilidad para adaptarse a diferentes objetivos y contextos de investigación.

2.5.2 Instrumentos

a) Inventario de depresión de Beck - II (BDI - II)

Título original de la Prueba	: Beck Depression Inventory (BDI - II)
Título en español	: Inventario de Depresión de Beck II
Autor	: Aron Beck
Año de Publicación	: 1979 última versión y traducido en el Perú por Conde y Useros en 1974.
Significación de la Prueba	: Detección y cuantificación del S. depresivo
Forma de Administración	: Individual y colectiva
Edad de Aplicación	: Adultos (16 a 64 años)
Tiempo de Aplicación	: No hay tiempo límite
Validez	: Concurrente. Correlación media con la Escala de 37 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) Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)

Título original de la Prueba	: 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 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-López et al., 2016)

c) Inventario Clínico Multiaxial de Millon – Millon II

Autor/a	: 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
Forma 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.

2.5.3 Evaluación psicológica

a) Historia Psicológica

Datos de filiación

Nombre y apellidos	: A.L.M.
Edad	: 29 años
Sexo	: masculino
Fecha de nacimiento	: 02/09/96
Grado de instrucción	: técnico superior
Ocupación	: técnico de máquina pesada
Estado civil	: conviviente
Religión	: católico
Nº de hermanos	: 1
Lugar que ocupa	: 2
Lugar de residencia	: Ventanilla - Callao
Fecha de evaluación	: 09/09/23
Evaluador	: Lic. Jorge Mauricio Altamirano

Observación psicológica

El evaluado es de tez blanca, estatura alto y contextura gruesa, viste acorde a su edad, sexo y estación. Durante la entrevista mantuvo contacto visual mostrando facies de tristeza. En cuanto a la evaluación de sus funciones psicológicas, el paciente se encuentra lúcido, con adecuada percepción auditiva, visual y táctil, así mismo se observa orientado en tiempo, espacio y persona. Con respecto a su memoria remota se encuentran conservadas. El curso del pensamiento es adecuado, con contenido de creencias irracionales. Su lenguaje es coherente y fluido. Mientras tanto, durante el proceso de la evaluación, se mostró cansado, con cierta fatiga y dificultades para poder concentrarse, quedándose perdida en sus pensamientos por periodos largos de tiempo.

Motivo de consulta

Paciente asiste a consulta por psicología acompañado de su hermano , refiere que, últimamente “no se ha sentido bien tanto físico como mental”, refiere que , “los problemas que tiene con su pareja son cada vez más frecuentes”, tanto así que ha tenido que irse de la casa para no cometer “una locura”, ya que su pareja siempre le para sacando en cara el haberse metido con otra persona hace 4 años cuando ellos estaban en la etapa de enamoramiento, manifiesta que todo fue empeorando cuando nació su hija que tiene 5 meses, ya que su pareja lo hostigaba con las llamadas o los mensajes cuando él estaba en el trabajo o reunión, también cuando salía a jugar pelota con sus amigos o visitaba a su familia en la casa de su madre, indicando que, por todos esos motivos tuvo que irse de la casa y hasta pensaba en no volver. Mis compañeros de trabajo y mis amigos se burlan, tengo miedo de que ella pueda aparecer y haga un escándalo. Vivo angustiado todos los días por todas las cosas que me dice, así mismo pienso que todo lo que hago en casa está mal y no sé qué hacer con mi vida”, es por eso que vengo a pedir ayuda.

Problema Actual

Paciente refiere: “hace 5 meses que las discusiones con mi pareja no me dejan dormir bien, me siento triste (9/10), tengo dificultades para concentrarme, y menciona que su mente se le pone en blanco y que tiene ideas de querer desaparecer, está muy preocupado (8/10) y tiene mucho temor (8/10) de quedarse solo en un futuro cercano, También hace 2 meses aproximadamente la empresa donde trabaja le dio una beca de estudios para poder capacitarse, a partir de ese entonces piensa mucho en que perderá la beca, “no sé si podré estudiar cómo se debe”, “me despedirán del trabajo si desapruébo el primer ciclo”, “que será de mi mañana”, “que será de mi hija si no tengo trabajo”, “como voy a poder darle lo mejor a mi hija”, “Mi pareja no me comprende”, “Todo lo que hago me sale mal”, “estos pensamientos me ocasionan insomnio y hay días en que me cuesta conciliar el sueño por más de 1 hora, hay veces que luego del trabajo me echo en la cama a las 8:30 de la noche y me despierto a las 6:30 de la mañana y al despertar nuevamente tengo los pensamientos que me alejan de mi familia, tengo palpitaciones fuertes en el pecho porque no sé cómo actuar en mi día a día, cada vez que llego a casa después del trabajo o estudio, todos estos pensamientos y alteraciones generan que no tenga hambre y deje de comer, tanto así que, ni ganas tengo de ir al baño, he bajado de peso como 7 kg en un 1 mes, ya que no me da hambre”. “Siento que he perdido el interés o placer en hacer las actividades de la casa o del trabajo, cuando estoy solo manejando mi auto y escuchando música me tranquilizo, pero luego suelo llorar y pensar “que sería de mi si ya no estuviera en este mundo”, estos problemas con mi pareja me están consumiendo física y mentalmente haciéndome recordar a las discusiones que tenían mis padres cuando era niño, ya que cuando mi pareja y yo discutimos ella me dice “no quiero saber de ti”, “mejor vete de la casa”, “vete con la otra y no volverás a ver a tu hija”, por lo que suelo aislarme, pero siento culpa (10/10) por mucho tiempo, pero es la única manera de poder estar tranquilo en casa para evitar problemas, esto me hace pensar “ como me gustaría que me deje en paz y no me esté

amenazando”, “ así mismo me irrito con todos, mi familia, amigos, compañeros de trabajo y personas de mi entorno social.

Desarrollo cronológico del problema

A los 9 años sus padres se separaron y tuvo que mudarse a la casa de su tía de parte de papá porque los problemas que había en casa eran muy fuertes tanto las discusiones, como las peleas. Cuando vivía con su madre, ella era de tirar todas las cosas y de encerrarlos en ocasiones en el cuarto bastante tiempo para que no salieran hasta dejarlos sin comida y esto les generaba llanto y tristeza constante.

A los 12 años su padre viajó al extranjero y él y su hermano se quedaron a vivir con su madre, sintiendo un vacío muy grande, porque era él la persona con la que más cosas compartían momentos felices. Pasaron 3 meses para saber que su madre ya salía con otra persona y que en ocasiones iba a la casa a visitarla, pero nunca fue de su agrado por que él quería que su papá y su mama volvieran estar juntos, sin embargo, cuando su padre llamaba siempre preguntaba por ella y eso los hacía sentir triste y desesperanzados.

A los 17 años manifestó que tuvo su primer enamorada llamada “Gaby” donde duró aproximadamente unos 6 meses, la cual refiere e brindó cierta confianza y por tal motivo con ella tuvo su primera relación sexual, pero tiempo después refiere que ella fue cambiando de actitud con él era más controladora y celosa, sin embargo la quería mucho y tenía esa idea de que se iba a quedar con ella, pero la chica lo engañó con su mejor amigo Benjamín que era contemporáneo a el, comenta que cree que fue muy inocente al creer todo lo que su enamorada en ese momento le decía, ante esa situación bajó de peso aproximadamente 4 kilos, no tenía deseos de comer y el llanto era frecuente, no llego a ir a psicólogo, pero sintió que se había deprimido, porque tuvo pensamientos relacionados a acabar con su vida, después de esa ruptura su vida social fue empeorando ya que su autoestima bajo por completo.

Paciente manifiesta que a los 19 años fallece su primo Carlos de 18 años, que era con quien vivía cuando era pequeño por los problemas que había en casa. Este suceso para él y su hermano fue muy doloroso porque eran muy cercanos a él, lo consideraban un hermano más porque estaban todo el tiempo juntos, iban al mismo colegio, iban a la misma universidad y cuando habían fiestas por el barrio también iban juntos. Comenta que lo llevaron al psicólogo y psiquiatra donde fue diagnosticado con depresión. Asistiendo a sus sesiones psicológicas y tomando sus medicamentos.

A la edad de 21 años tuvo su segunda enamorada con quien tuvo una relación de 1 año y 7 meses, menciona que ella “era muy coqueta con sus amigos”, al inicio salía a fiestas con él, pero había ocasiones en que iba sola y al día siguiente empezaban a discutir porque no llegaba a su casa a una hora prudente para dormir o se quedaba a dormir en casa de sus amigas o se enteraba que un chico las había llevado a la fiesta, cuando le pedía una explicación para sentirse tranquilo le terminaba y posterior a eso tenía que estar suplicándole para regresar o tenía que gastar mucho dinero para comprarle algo y lo perdona a pesar que el problema no lo ocasionó él. Los últimos meses peleaban y él lloraba para que no lo dejara y en ocasiones le decía que iba a desaparecer o que se iba a morir si lo dejaba. Durante esta relación tuvo episodios de infidelidad e insultos, lo que le generó sentimientos de desvalorización.

A los 24 años conoció a Andrea, su actual pareja con quien lleva una relación de 3 años y 4 meses. Ha vivido junto a ella episodios de infidelidad, lo cual le ha generado llanto constante, desconfianza, aislamiento y ha visto afectado su autoestima como hombre, porque su pareja piensa que él en algún momento también le pagará con la misma moneda y le “hace problemas” cada vez que tiene una reunión, o cuando sale a ver a su familia ella lo llama para preguntarle por donde estas o que le envíe la ubicación para asegurarse que está donde le había dicho.

Historia Personal

En la etapa prenatal, perinatal y postnatal: El paciente fue un hijo no planificado inicialmente no deseado por su madre. Sin embargo, con el paso de los meses, la madre asimiló la idea y apoyó al padre, realizando todos los controles y cuidados necesarios durante el embarazo. El nacimiento ocurrió a los nueve meses por parto natural sin contratiempos, y el bebé lloró al nacer, luego fue llevado a la incubadora para asistencia y limpieza. Desde el nacimiento, el bebé tuvo contacto cálido y natural con su madre y padre a través de la lactancia materna. En la etapa postnatal, el paciente no tuvo dificultades con la lactancia, comiendo todo lo que su madre le daba. A los nueve meses comenzó a gatear, y al año y medio ya podía sentarse solo y asociar palabras. Dejó de utilizar pañales a los dos años, y poco después comenzó a caminar y correr. Su madre lo observaba constantemente para evitar accidentes. Hasta los tres años y medio, aprendió a utilizar el bacín con la ayuda de su padre y progresivamente se acostumbró a ir al baño solo. No hubo complicaciones significativas durante este periodo.

Escolaridad: Durante su etapa en el nivel inicial que inició a los 3 años, presentó ciertas dificultades para aprender cosas nuevas, por ello el padre cuando llegaba del trabajo ayudaba al paciente en casa. No se relacionaba bien con sus compañeros, era algo tímido, refiere que la profesora era muy atenta y amorosa con él. En su etapa de primaria cuando tenía 6 años, comentó que su rendimiento académico era promedio. El curso que más le gustaba y destacaba era arte y educación física. Pero tenía dificultades con el curso de matemáticas, era el curso que menos le agradaba ya que su padre le ponía mucha presión cuando le revisaba algunas tareas por la presión de la madre. Manifestó que no tuvo problemas de conducta durante esta etapa y le costaba relacionarse con sus pares. Tenía dos mejores amigos “Carlos su primo y Benjamín” con ellos pasaba la mayor parte del tiempo en el salón, les gustaba jugar con ellos. Así mismo era obediente con los profesores y cumplía con las tareas asignadas. En el nivel

secundario refirió que tuvo un rendimiento bajo, pero nunca jalo algún curso, trataba de dar lo mejor de sí, destacaba en el curso de Matemáticas y Ciencia y Ambiente. Cumplía con sus actividades escolares y respetaba a sus profesores y padres por temor a su mamá, porque cuando llegaba a casa sucio o con alguna anotación lo castigaba y era muy estricta cuando corregía, Mantenía el vínculo con sus mejores amigos y su grupo social seguía siendo limitado. Participaba en eventos académicos solo para seguir a sus amigos, pero no le agradaba mucho.

Enfermedades: Dentro de su historial médico, en su infancia y adolescencia no tuvo ninguna enfermedad de consideración. En el 2016 cuando tenía 19 años fue diagnosticado con depresión por la muerte de su primo Carlos. Asistiendo a sus sesiones psicológicas y tomando sus medicamentos.

Historia Psicosexual: El paciente refirió que sus padres desde pequeño le explicaban ciertos temas; lo primero fue de su cuerpo que era como un “templo” y nadie podía tocar sin su consentimiento y si alguien lo hacía que no se quedará callado; ellos estaban para protegerlo. También comentó que le explicaron cómo es que un hombre y una mujer deciden traer un hijo al mundo y como es el proceso. Ellos fueron muy cuidadosos al explicarle, al principio él no comprendía, pero al pasar los años se daba cuenta. Así mismo su papá le explicó de qué se trataba la masturbación y que era lo que tenía que hacer cuando comience su vida sexual, desde utilizar preservativos hasta tener aseado sus partes íntimas. A los 14 años comenzó a tener atracción por el sexo opuesto. Le gustaba una compañera de su colegio, pero solo fue un gusto y no llegó a iniciar ninguna relación solo de amistad. A los 17 años manifestó que tuvo su primer enamorada llamada “Gaby” donde duró aproximadamente unos 6 meses, la cual refiere que inició su primera relación sexual y le brindó cierta confianza, pero tiempo después refiere que ella fue cambiando de actitud con él era más controladora y celosa, sin embargo la quería mucho y tenía esa idea de que se iba a quedar con ella, pero la chica lo engañó con su mejor amigo Benjamín que era de su edad comenta que fue muy inocente al creer todo lo que la

enamorada le decía, ante esa situación bajó de peso aproximadamente 4 kilos, no deseaba comer y el llanto era frecuente, no llegó a ir a psicólogo pero sintió que se había deprimido, ya que tuvo pensamientos relacionados a acabar con su vida, después de esa ruptura su vida social fue peor ya que su autoestima bajó por completo.

Vida Marital: El paciente manifestó que convive 3 años con su pareja, refiriendo que al comienzo de la relación ella era muy atenta, cariñosa y detallista. Luego cuando nació su hija hace 5 meses se tornó irrespetuosa, irritable y no le tenía la confianza de antes; la desconocía totalmente por el comportamiento que presentaba; lo celaba sin motivo alguno; en ocasiones golpeándolo y gritándole constantemente. Por lo cual causó mucho daño sobre todo en el aspecto emocional, donde decidió ir a casa de su madre. Por otro lado, mencionó que se encuentran distanciados debido a la inseguridad y hostigamiento por parte de ella y por los constantes maltratos.

Vida laboral: El paciente manifestó que ha trabajado en mantenimiento de maquinaria pesada, lo cual le va bien y ahorra para sacar adelante a su hija recién nacida. Pero en consecuencia de los problemas en torno a su familia específicamente con su pareja y luego de las responsabilidades laborales que está asumiendo no tiene las fuerzas necesarias para seguir adelante.

Vida Social: En cuanto a su niñez, el paciente mencionó que desde pequeño era muy tímido, le costaba relacionarse con los demás niños de su edad. En su adolescencia le gustaba pasar tiempo con sus dos únicos amigos que tenía. En el colegio siempre le costó relacionarse con los demás chicos de su edad. También salía al parque o ver películas con sus amigos. Así mismo el paciente refirió que se ha alejado de amigos y familiares.

Hábitos e intereses: El paciente mencionó que le gusta ver televisión de preferencia los partidos de fútbol o series de drama. Así como escuchar música donde refiere que su género

favorito son las baladas románticas. Le gusta escuchar podcast sobre la palabra de Dios y conectarse a redes sociales como Facebook, Tik tok, WhatsApp e Instagram y jugar pichangas con sus amigos

Historia Familiar

A los 24 años conoció a Andrea, su actual pareja con quien lleva una relación de 3 años, 4 meses y tiene una hija de 5 meses. Ha vivido junto a ella episodios de infidelidad, lo cual le ha generado llanto constante, desconfianza, aislamiento y ha visto afectado su autoestima como hombre, porque su pareja piensa que él en algún momento también le pagará con la misma moneda y le “hace problemas” cada vez que tiene una reunión, o cuando sale a ver a su familia ella lo llama para preguntarle por donde estas o que le envíe la ubicación para asegurarse que está donde le había dicho.

Diagnóstico funcional

Tabla 1

Desarrollo del Diagnóstico Funcional

Exceso	Debilitamiento	Déficit
A. Llorar cuando esta solo o discute con su pareja acompañado de pensamientos de desesperanza.	Disminución de la participación en eventos sociales significativos con su familia y amigos. (cumpleaños, baby shower, bodas, etc)	Desarrollo de habilidades de comunicación asertiva y toma de decisiones.
B. Insomnio persistente	Dificultad para completar el primer ciclo de la universidad, pese a contar con una beca laboral	Fortalecimiento de habilidades sociales.
C. Pensamientos recurrentes de desvalorización personal, de auto reproche y de desesperanza.		
D. Sentimientos de Tristeza y culpa por la falta de tiempo de calidad con su hija.		

Línea Base

Fisiológicas

- Insomnio recurrente que afecta sus actividades diarias.

Motoras

- Episodios frecuentes de llanto, especialmente cuando esta solo o tras discutir con su pareja.

Cognitivas

- Pensamientos de desvalorización personal, auto reproche y de desesperanza.
 “Pienso que todo lo que hago está mal y no sé qué hacer con mi vida”
 “Mi pareja no me comprende”
 “Me despedirán del trabajo si desapruébo el primer ciclo”

Emocionales

- Sentimientos persistentes de Tristeza
- culpa por no estar con su hija, discutir y pelear con su pareja constantemente

Análisis Funcional

Tabla 2

Desarrollo del Análisis Funcional

Estímulo discriminativo	Conducta	Estímulo reforzador y consecuentes
Interno - Recordar las discusiones que tenían sus padres. - Recordar como su padre viajó al extranjero - Pensar perder la beca - Miedo a perder su trabajo	Motor - Aislarse de su familia, amigos, compañeros de trabajo. - Evita comunicarse con su familia. - Evita actividades recreativas. - Evitar socializar con sus compañeros de trabajo Emocional - Tristeza - Culpa - Vergüenza - Irritabilidad - Angustia - Temor Fisiológico - Insomnio - Palpitaciones - Inapetencia - llanto Cognitivo - “no sé si podré estudiar cómo se debe” - “me despedirán del trabajo si desapruebo el primer ciclo” - “que será de mi mañana” - “Que será de mi hija si no tengo trabajo” - “Como voy a poder darle lo mejor a mi hija” - “Mi pareja no me comprende” - “Todo lo que hago me sale mal”	Refuerzo externo - Rechazo de su pareja. - Burlas de sus amigos. - Amenazas de su pareja para que no pueda ver a su hija. Refuerzo interno - Tranquilidad de quedarse en casa. - Alivio después de manejar escuchando música.

Análisis Cognitivo

Tabla 3

Desarrollo del Análisis Cognitivo

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y conducta (C)
Externos		
Cuando su pareja le dice: “cómo me gustaría que me “no quiero saber de ti”, deje en paz y no me esté “mejor vete de la casa”, amenazando” “vete con la otra y no volverás a ver a tu hija”		Se irrita con familia, amigos, compañeros de trabajo. - Irritabilidad - Tristeza
Cuando sus amigos se burlan de él y su pareja le recuerda su infidelidad	“tengo miedo de que me pase algo, vivo angustiado todos los días por todas las cosas que me dice, todo lo que hago en casa está mal y no sé qué hacer”	Cuando estoy solo y manejo mi auto escuchando música. - Angustia - Culpabilidad
Interno		
Pensar que perderá la Beca de estudios.	“me despidieron del trabajo si desapruébo el primer ciclo”, “que será de mi mañana”, “que será de mi hija si no tengo trabajo”	Estos pensamientos me ocasionan insomnio y hay días en que me cuesta conciliar el sueño. - tristeza - Angustia - Culpabilidad

Diagnóstico Tradicional: DSM V-R**Tabla 4***Desarrollo del Diagnóstico Tradicional: DSM V-R*

Criterios DSM V	Presentes en el Paciente
A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) perdida de interés o de placer. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p.ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). Pensamientos de muerte recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.	El evaluado presenta: Estado de ánimo deprimido. Disminución del interés por el trabajo y actividades recreativas. Ha perdido 7 Kg en las últimas 1 mes. Presenta insomnio en ocasiones y la mayor parte del tiempo le cuesta conciliar el sueño. Tiene palpitaciones fuertes en el pecho porque no sabe actuar día a día. Presenta cansancio y pérdida de energía. Presenta culpabilidad de todo lo que está pasando con su pareja. Tiene dificultades para concentrarse y que su mente se le pone en blanco.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Presenta
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.	
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	Presenta
E. Nunca ha habido episodio maniaco o hipomaniaco	Presenta

2.5.4 Evaluación Psicométrica

Informe del inventario de depresion de beck (BDI)

a) Datos de filiación

Nombres y Apellidos	: ALM
Edad	: 29 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Callao, 02 de febrero de 1996
Estado Civil	: Conviviente
Grado de Instrucción	: Técnico Superior
Ocupación	: Técnico de maquinaria pesada
Lugar de entrevista	: Consultorio particular
Examinador/a	: Lic. Jorge Mauricio Altamirano
Fecha de evaluacion	: 11 de agosto del 2023

b) Motivo de Consulta

Evaluación clínica de la personalidad y síntomas de depresión en adulto.

c) Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista Psicológica
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)

d) Análisis e interpretación de resultados

Puntuación Total: 27 (Depresión Moderada)

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

e) Conclusiones

- El examinado presenta una depresión moderada según los resultados del Inventario de Depresión de Beck.
- Se recomienda la implementación de un plan de tratamiento de terapia cognitivo-conductual.
- Es crucial realizar un seguimiento continuo para evaluar la evolución de los síntomas y ajustar el tratamiento según sea necesario.

Informe del Inventario clínico multiaxial de Millon - II

1. Datos de filiación

Nombres y Apellidos	: ALM
Edad	: 29 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Callao, 02 de febrero de 1996
Estado Civil	: Conviviente

Grado de Instrucción	: Técnico Superior
Ocupación	: Técnico de maquinaria pesada
Lugar de entrevista	: Consultorio particular
Examinador/a	: Lic. Jorge Mauricio Altamirano
Fecha de evaluación	: 10 de agosto del 2023

2. Motivo de Consulta

Evaluación clínica de la personalidad y síntomas de depresión en adulto.

3. Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista Psicológica
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II)

4. Análisis e interpretación de resultados

Tabla 5

Análisis e interpretación de resultados del MCMI-II

	Patrones clínicos de personalidad	Puntuación bruta	Puntuación final
1	Esquizoide	45	60
2A	Evitativo	56	75
2B	Depresivo	80	85
3	Dependiente	34	50
4	Histriónico	28	45
5	Narcisista	48	65
6A	Antisocial	20	30
6B	Agresivo- Sádico	14	68
7	Compulsivo	52	70

8A	Negativista (pasivo-agresivo)	40	55
8B	Autodestructivo	7	61
	Patología Severa de la personalidad	Puntuación bruta	Puntuación final
S	Esquizotípica	9	64
C	Limite	7	47
P	Paranoide	11	68
	Síndromes Clínicos	Puntuación bruta	Puntuación final
A	Trastorno de Ansiedad	54	60
H	Trastorno de Somatomorfo	32	50
N	Trastorno Bipolar	30	45
D	Trastorno Distímico	70	75
B	Dependencia del Alcohol	4	63
T	Dependencia de sustancias	4	63
R	Trastorno estrés postraumático	28	50
	Síndromes Clínicos graves	Puntuación bruta	Puntuación final
SS	Desorden del pensamiento	10	64
CC	Depresión mayor	10	80
PP	Desorden dilucional	6	75

	Escalas Modificadores	Puntuación bruta	Puntuación final
X	Sinceridad	100	100
Y	Deseabilidad Social	9	45
Z	Devaluación	12	55
V	Validez	0	0

En los **Patrones Clínicos de Personalidad**, la depresión moderada es el rasgo más destacado incluyendo tristeza persistente, anhedonia (incapacidad para experimentar placer), y posibles sentimientos de inutilidad. Así mismo tiene la tendencia a evitar situaciones de interacción social por miedo a la crítica y rechazo y podría sentirse extremadamente incómodo en entornos sociales y preferir aislarse para evitar el estrés de la interacción.

En cuanto a la **Patologías severas**, no presenta indicadores elevados.

En relación a la **Síndromes Clínicos**, el examinado presenta un trastorno distímico en un nivel moderado, el mismo que lo describe como una persona con tristeza persistente y energía baja.

En cuanto a la **Síndromes Clínicos graves**, el examinado presenta una depresión mayor, incluyendo sentimientos de inutilidad y posible ideación suicida.

5. Conclusiones

- Examinado dentro de los patrones clínicos de personalidad presenta una depresión moderada.
- En relación a los síndromes clínicos presenta un trastorno distímico en nivel moderado
- En cuanto a los Síndromes clínico graves presenta una depresión mayor.

Informe de la escala de ansiedad estado – rasgo (STAI)

1. Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	ALM
Edad	:	29 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Callao, 02 de febrero de 1996
Estado Civil	:	Conviviente
Grado de Instrucción	:	Técnico Superior
Ocupación	:	Técnico de maquinaria pesada
Lugar de entrevista	:	Consultorio particular
Examinador/a	:	Lic. Jorge Mauricio Altamirano
Fecha de evaluación	:	12 de Agosto del 2023

2. Motivo de Consulta

Evaluación clínica de la personalidad y síntomas de ansiedad en adulto.

3. Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista Psicológica
- Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

4. Análisis e interpretación de resultados

Ansiedad Estado (Y-1)

- Puntuación Total: 35 (Nivel Leve)

Ansiedad Rasgo (Y-2)

- Puntuación Total: 40 (Nivel Leve)

En la evaluación de la ansiedad estado y rasgo, los resultados obtenidos indican niveles leves de ansiedad tanto en la ansiedad estado como en la ansiedad rasgo. Estos resultados

sugieren que el examinado experimenta niveles moderados de ansiedad situacional y disposicional, lo cual es común y manejable con intervenciones apropiadas.

5. Conclusiones

- El examinado presenta niveles leves de ansiedad estado.
- El examinado presenta niveles leves de ansiedad rasgo.
- Se recomienda continuar con el monitoreo y seguimiento del estado emocional del examinado para proporcionar el apoyo necesario en caso de que los niveles de ansiedad aumenten.

2.5.5 Informe psicológico integrador

1. Datos de filiación

Nombres y Apellidos	: ALM
Edad	: 29 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Callao, 2 de setiembre del 1996
Estado civil	: Conviviente
Grado de Instrucción	: Técnico Superior
Ocupación	: Técnico de Maquinaria Pesada
Creencia religiosa	: Católico
Lugar de entrevista	: Consultorio particular
Psicóloga	: Jorge Mauricio Altamirano
Fecha de evaluación	: Agosto del 2023

2. Observación Psicológica

El evaluado es de tez trigueña, estatura promedio y contextura delgada, viste acorde a su edad, sexo y estación. Durante la entrevista tuvo contacto visual mostrando facies de tristeza y preocupación. En cuanto a la evaluación de sus funciones psicológicas, el paciente se encuentra lucido, con adecuada percepción auditiva, visual y táctil, así mismo se observa

orientado en tiempo, espacio y persona. Con respecto a su memoria remota se encuentra conservada. El examinado durante el proceso de la evaluación, se muestra atento y pensativo durante sus respuestas demorando en comprender las consignas de la evaluación.

3. Motivo de Consulta

Paciente asiste a consulta por psicología acompañado de su hermano, refiere que, últimamente “no se ha sentido bien tanto físico como mental”, refiere que, “los problemas que tiene con su pareja son cada vez más frecuentes”, tanto así que ha tenido que irse de la casa para no cometer “una locura”, ya que su pareja siempre le para sacando en cara el haberse metido con otra persona hace 4 años cuando ellos estaban en la etapa de enamoramiento, manifiesta que todo fue empeorando cuando nació su hija que tiene 5 meses, ya que su pareja lo hostigaba con las llamadas o los mensajes cuando él estaba en el trabajo o reunión, también cuando salía a jugar pelota con sus amigos o visitaba a su familia en la casa de su madre, indicando que, por todos esos motivos tuvo que irse de la casa y hasta pensaba en no volver. Mis compañeros de trabajo y mis amigos se burlan, tengo miedo de que ella pueda aparecer y haga un escándalo. Vivo angustiado todos los días por todas las cosas que me dice, así mismo pienso que todo lo que hago en casa está mal y no sé qué hacer con mi vida”, es por eso que vengo a pedir ayuda.

4. Historia Psicológica

Paciente refiere: “hace 5 meses que las discusiones con mi pareja no me dejan dormir bien, me siento triste (9/10), tengo dificultades para concentrarme, y menciona que su mente se le pone en blanco y que tiene ideas de querer desaparecer, está muy preocupado (8/10) y tiene mucho temor (8/10) de quedarse solo en un futuro cercano, También hace 2 meses aproximadamente la empresa donde trabaja le dio una beca de estudios para poder capacitarse, a partir de ese entonces piensa mucho en que perderá la beca, “no sé si podré estudiar cómo se debe”, “me despedirán del trabajo si desapruébo el primer ciclo”, “que será de mi mañana”,

“que será de mi hija si no tengo trabajo”, “como voy a poder darle lo mejor a mi hija”, “Mi pareja no me comprende”, “Todo lo que hago me sale mal”, “estos pensamientos me ocasionan insomnio y hay días en que me cuesta conciliar el sueño por más de 1 hora, hay veces que luego del trabajo me echo en la cama a las 8:30 de la noche y me despierto a las 6:30 de la mañana y al despertar nuevamente tengo los pensamientos que me alejan de mi familia, tengo palpitaciones fuertes en el pecho porque no sé cómo actuar en mi día a día, cada vez que luego a casa después del trabajo o estudio, todos estos pensamientos y alteraciones generan que no tenga hambre y deje de comer, tanto así que, ni ganas tengo de ir al baño, he bajado de peso como 7 kg en un 1 mes, ya que no me da hambre”. “Siento que he perdido el interés o placer en hacer las actividades de la casa o del trabajo, cuando estoy solo manejando mi auto y escuchando música me tranquilizo, pero luego suelo llorar y pensar “que sería de mi si ya no estuviera en este mundo”, estos problemas con mi pareja me están consumiendo física y mentalmente haciéndome recordar a las discusiones que tenían mis padres cuando era niño, ya que cuando mi pareja y yo discutimos ella me dice “no quiero saber de ti”, “mejor vete de la casa”, “vete con la otra y no volverás a ver a tu hija”, por lo que suelo aislarme, pero siento culpa (10/10) por mucho tiempo, pero es la única manera de poder estar tranquilo en casa para evitar problemas, esto me hace pensar “ como me gustaría que me deje en paz y no me esté amenazando”, “ así mismo me irrito con todos, mi familia, amigos, compañeros de trabajo y personas de mi entorno social.

5. Lista de conductas (Línea base)

Fisiológicas

- Insomnio

Motoras

- Llorar cuando esta solo o discute con su pareja

Cognitivas

- Pensamientos de desvalorización personal, auto reproche y de desesperanza.
 “Pienso que todo lo que hago está mal y no sé qué hacer con mi vida”
 “Mi pareja no me comprende”
 “Me despedirán del trabajo si desapruébo el primer ciclo”

Emocionales

- Tristeza
- culpa por no estar con su hija, discutir y pelear con su pareja constantemente

6. Diagnóstico Tradicional: DSM-V / CIE-11)

F31.2 Depresión Moderada

7. Diagnóstico funcional**Tabla 6***Diagnostico Funcional del Informe psicológico integrador*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Llorar cuando esta solo o discute con su pareja acompañado de pensamientos de desesperanza.	Asistir a reuniones sociales donde tenga que encontrarse con su familia y amigos. (cumpleaños, baby shower, bodas, etc)	Capacidad para mejorar la comunicación Asertiva y Toma de decisiones.
Insomnio	Concluir el primer ciclo de la universidad, ya que se encuentra becado por el trabajo que tiene.	Habilidades Sociales
Pensamientos de desvalorización personal, de auto reproche y de desesperanza.		
Tristeza y culpa por no estar con su hija.		

8. Evaluación Psicométrica

Informe del inventario de depresión de Beck (BDI)

A. Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	ALM
Edad	:	29 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Callao, 02 de febrero de 1996
Estado Civil	:	Conviviente
Grado de Instrucción	:	Técnico Superior
Ocupación	:	Técnico de maquinaria pesada
Lugar de entrevista	:	Consultorio particular
Examinador/a	:	Lic. Jorge Mauricio Altamirano
Fecha de evaluación	:	13 de Agosto del 2023

B. Motivo de Consulta

Evaluación clínica de la personalidad y síntomas de depresión en adulto.

C. Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista Psicológica
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)

D. Análisis e interpretación de resultados

Puntuación Total: 27 (Depresión Moderada)

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

E. Conclusiones

- El examinado presenta una depresión moderada según los resultados del Inventario de Depresión de Beck.
- Se recomienda la implementación de un plan de tratamiento de terapia cognitivo-conductual.
- Es crucial realizar un seguimiento continuo para evaluar la evolución de los síntomas y ajustar el tratamiento según sea necesario.

Informe de la escala de ansiedad estado – rasgo (STAI)

A. Datos de filiación

Nombres y Apellidos	: ALM
Edad	: 29 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Callao, 02 de febrero de 1996
Estado Civil	: Conviviente
Grado de Instrucción	: Técnico Superior
Ocupación	: Técnico de maquinaria pesada
Lugar de entrevista	: Consultorio particular
Examinador/a	: Lic. Jorge Mauricio Altamirano
Fecha de evaluación	: 14 de Agosto del 2023

B. Motivo de Consulta

Evaluación clínica de la personalidad y síntomas de ansiedad en adulto.

C. Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista Psicológica
- Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

D. Análisis e interpretación de resultados

Ansiedad Estado (Y-1)

- Puntuación Total: 35 (Nivel Leve)

Ansiedad Rasgo (Y-2)

- Puntuación Total: 40 (Nivel Leve)

En la evaluación de la ansiedad estado y rasgo, los resultados obtenidos indican niveles leves de ansiedad tanto en la ansiedad estado como en la ansiedad rasgo. Estos resultados sugieren que el examinado experimenta niveles moderados de ansiedad situacional y disposicional, lo cual es común y manejable con intervenciones apropiadas.

E. Conclusiones

- El examinado presenta niveles leves de ansiedad estado.
- El examinado presenta niveles leves de ansiedad rasgo.
- Se recomienda continuar con el monitoreo y seguimiento del estado emocional del examinado para proporcionar el apoyo necesario en caso de que los niveles de ansiedad aumenten.

Informe del Inventario clínico multiaxial de Millon – II

A. Datos de filiación

Nombres y Apellidos	: ALM
Edad	: 29 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Callao, 02 de febrero de 1996
Estado Civil	: Conviviente
Grado de Instrucción	: Técnico Superior
Ocupación	: Técnico de maquinaria pesada
Lugar de entrevista	: Consultorio particular
Examinador/a	: Lic. Jorge Mauricio Altamirano
Fecha de evaluación	: 10 de Agosto del 2023

B. Motivo de Consulta

Evaluación clínica de la personalidad y síntomas de depresión en adulto.

C. Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista Psicológica
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II)

D. Análisis e interpretación de resultados

Tabla 7

Análisis e interpretación de resultados del MCMI-II del informe psicológico integrador

	Patrones clínicos de personalidad	Puntuación bruta	Puntuación final
1	Esquizoide	45	60
2A	Evitativo	56	75
2B	Depresivo	80	85
3	Dependiente	34	50
4	Histriónico	28	45
5	Narcisista	48	65
6A	Antisocial	20	30
6B	Agresivo-Sádico	14	68
7	Compulsivo	52	70
8A	Negativista (pasivo-agresivo)	40	55
8B	Autodestructivo	7	61

	Patología Severa de la personalidad	Puntuación bruta	Puntuación final
S	Esquizotípica	9	64
C	Limite	7	47
P	Paranoide	11	68

	Síndromes Clínicos	Puntuación bruta	Puntuación final
A	Trastorno de Ansiedad	54	60
H	Trastorno de Somatomorfo	32	50
N	Trastorno Bipolar	30	45
D	Trastorno Distímico	70	75
B	Dependencia del Alcohol	4	63
T	Dependencia de sustancias	4	63
R	Trastorno estrés postraumático	28	50

	Síndromes Clínicos graves	Puntuación bruta	Puntuación final
SS	Desorden del pensamiento	10	64
CC	Depresión mayor	10	80
PP	Desorden dilucional	6	75

	Escalas Modificadores	Puntuación bruta	Puntuación final
X	Sinceridad	100	100
Y	Deseabilidad Social	9	45
Z	Devaluación	12	55
V	Validez	0	0

En los **Patrones Clínicos de Personalidad**, la depresión moderada es el rasgo más destacado incluyendo tristeza persistente, anhedonia (incapacidad para experimentar placer), y posibles sentimientos de inutilidad. Así mismo tiene la tendencia a evitar situaciones de interacción social por miedo a la crítica y rechazo y podría sentirse extremadamente incómodo en entornos sociales y preferir aislarse para evitar el estrés de la interacción.

En cuanto a la **Patologías severas**, no presenta indicadores elevados.

En relación a la **Síndromes Clínicos**, el examinado presenta un trastorno distímico en un nivel moderado, el mismo que lo describe como una persona con tristeza persistente y energía baja.

En cuanto a la **Síndromes Clínicos graves**, el examinado presenta una depresión mayor, incluyendo sentimientos de inutilidad y posible ideación suicida.

E. Conclusiones

- Examinado dentro de los patrones clínicos de personalidad presenta una depresión moderada.
- En relación a los síndromes clínicos presenta un trastorno distímico en nivel moderado
- En cuanto a los Síndromes clínico graves presenta una depresión mayor.

9. Informe Psicológico Integrado

• Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	ALM
Edad	:	29 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Callao, 2 de setiembre del 1996
Estado civil	:	Conviviente
Grado de Instrucción	:	Técnico Superior
Ocupación	:	Técnico de Maquinaria Pesada
Creencia religiosa	:	Católico
Lugar de entrevista	:	Consultorio particular
Psicóloga	:	Jorge Mauricio Altamirano
Fecha de evaluacion	:	Agosto del 2023

- **Motivo de consulta**

Paciente asiste a consulta por psicología acompañado de su hermano, refiere que, últimamente “no se ha sentido bien tanto físico como mental”, refiere que, “los problemas que tiene con su pareja son cada vez más frecuentes”, tanto así que ha tenido que irse de la casa para no cometer “una locura”, ya que su pareja siempre le para sacando en cara el haberse metido con otra persona hace 4 años cuando ellos estaban en la etapa de enamoramiento, manifiesta que todo fue empeorando cuando nació su hija que tiene 5 meses, ya que su pareja lo hostigaba con las llamadas o los mensajes cuando él estaba en el trabajo o reunión, también cuando salía a jugar pelota con sus amigos o visitaba a su familia en la casa de su madre, indicando que, por todos esos motivos tuvo que irse de la casa y hasta pensaba en no volver. “Mis compañeros de trabajo y mis amigos se burlan, tengo miedo de que ella pueda aparecer y haga un escándalo. Vivo angustiado todos los días por todas las cosas que me dice, así mismo pienso que todo lo que hago en casa está mal y no sé qué hacer con mi vida”, es por eso que vengo a pedir ayuda.

- **Técnicas e instrumentos utilizados**

- Observación y entrevista Psicológica
- Inventario de depresión de Beck (BDI)
- Escala de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)
- Inventario clínico Multiaxial de Millon – II

- **Interpretación de Resultados**

- En el área cognitiva, el evaluado evidencia pensamientos de desvalorización personal, de auto reproche y de desesperanza tales como “no sé si podré estudiar cómo se debe”, “me despedirán del trabajo si desapruébo el primer ciclo”, “que será de mi mañana”, “que será de mi hija si no tengo trabajo”, “como voy a poder darle lo mejor a mi hija”, “Mi pareja no me comprende”, “Todo lo que hago me sale mal”.

- En el área de personalidad, el evaluado muestra rasgos de personalidad dependiente y sumisa, ya que en diversas situaciones seguía las indicaciones de su pareja, sin poder manifestar sus propias decisiones, lo que reforzaba su baja autoestima debido a que toleraba los constantes maltratos, pues no sabía cómo comunicar o rechazar todo acto que afectara su integridad personal. Actualmente, muestra rasgos de evitación sintiéndose inseguro, prefiere aislarse de los demás, incluso de algunos miembros de su familia y amigos, por temor a ser criticado o rechazado, se muestra algo indiferente ante los halagos y no tiene interés en realizar actividades que anteriormente le generaban placer. Finalmente, suele mostrar una actitud auto derrotista frente a su entorno.
- En el área de afectividad, el evaluado presenta un nivel moderado de depresión. Esto se respalda junto con el criterio clínico, ya que menciona sentirse triste recurrentemente con llanto frecuente, presentando una disminución en su autoestima debido a los recuerdos y eventos negativos en su vida personal; manifiesta sentirse desanimado respecto a su futuro debido a los pensamientos negativos en torno a los problemas con su pareja, que ponen en juego su rol de padre y adopta una postura de autocriticarse en repetidas ocasiones. No disfruta realizar actividades como salir a reuniones familiares, estudiar o trabajar, y en su mayoría ha dejado de tomarle importancia. Todo lo mencionado ha alterado su funcionalidad en el ámbito social, personal, familiar y laboral.
- En cuanto a su dinámica familiar, se evidencian problemas conyugales y violencia familiar ante los problemas frecuentes con su pareja, exacerbados por el nacimiento de su hija de cinco meses, han llevado al paciente a considerar irse de casa para evitar cometer "una locura." Su pareja continuamente le recuerda una infidelidad ocurrida hace cuatro años, generando un ambiente de recriminaciones y desconfianza. Este ambiente ha llevado al paciente a sentirse angustiado, triste, y con ideas de querer

desaparecer. Las discusiones constantes y las amenazas de su pareja, como "vete de la casa" y "no volverás a ver a tu hija," han generado en el paciente sentimientos de culpa, irritación, y aislamiento.

- En el área académica-laboral, el paciente muestra una notable afectación debido a sus problemas personales, lo que impacta su rendimiento y bienestar. Las constantes discusiones con su pareja, el hostigamiento con llamadas y mensajes durante el trabajo, y el miedo a un posible escándalo afectan su concentración y productividad. El estrés generado por estas situaciones lo distraen y disminuyen su capacidad de enfoque en sus tareas laborales y académicas. Además, su insomnio, la pérdida de apetito, y la fatiga mental y física agravan su desempeño. La presión de mantener una beca de estudios, sumada al temor de perder su trabajo y la preocupación por el futuro de su hija, contribuyen a un estado de angustia constante, reflejándose en su baja autoestima y autoeficacia.

• Conclusiones

- En el área cognitiva, El paciente muestra un patrón de pensamientos negativos y de desvalorización personal, incluyendo preocupaciones intensas sobre su capacidad para mantener su beca y empleo, su futuro y el bienestar de su hija, lo que contribuye a su sentimiento de desesperanza y auto reproche.
- En el área de personalidad, Los rasgos de personalidad del paciente evidencian una tendencia hacia la dependencia y sumisión, dificultándole expresar sus propias decisiones y defenderse ante el maltrato, lo que ha llevado a una baja autoestima y conductas evitativas, prefiriendo aislarse y evitando actividades que antes disfrutaba.
- En el área de afectividad, El paciente presenta un nivel moderado de depresión, caracterizado por tristeza recurrente, llanto frecuente, y baja autoestima, exacerbado

por recuerdos negativos y problemas actuales con su pareja. Este estado depresivo ha impactado significativamente su funcionalidad en múltiples áreas de su vida.

- En cuanto a su dinámica familiar, La dinámica familiar del paciente está marcada por conflictos conyugales y violencia emocional. Las recriminaciones y amenazas constantes de su pareja, relacionadas con una infidelidad pasada, han generado en él angustia, tristeza, ideas de desaparición, sentimientos de culpa, irritación y aislamiento.
- En el área académica-laboral, Los problemas personales del paciente han afectado gravemente su rendimiento académico y laboral. Las constantes discusiones y hostigamientos de su pareja, junto con el estrés y la ansiedad resultantes, han disminuido su concentración y productividad, mientras que el insomnio, la pérdida de apetito y la fatiga mental y física agravan aún más su desempeño.

- **Recomendaciones**

- Implementar un plan de tratamiento de terapia cognitivo-conductual para identificar y reestructurar pensamientos de desvalorización y de desesperanza.
- Aprender técnicas de manejo del estrés y ejercicios de reestructuración cognitiva.
- Involucrar a los miembros de la familia a través de la Terapia Familiar para abordar problemas conyugales y de violencia familiar.
- Participar en actividades recreativas y sociales iniciando con actividades pequeñas y gradualmente aumentar la participación.
- Gestionar la depresión y ansiedad a través de las Técnicas de Relajación y Mindfulness.

15/08/2023

Jorge B. Mauricio Altamirano

Psicólogo

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Tabla 8

Desarrollo del Plan de intervención y calendarización

EVALUACIÓN					
Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participante	Técnicas de tratamiento
1	03/08/23	55 minutos	Semanal	Usuario	Entrevista Psicológica
2	10/08/23	60 minutos	Semanal	Usuario	Evaluación psicológica
3	17/08/23	60 minutos	Semanal	Usuario	Evaluación psicológica
4	31/08/23	60 minutos	Semanal	Usuario	Entrega de Informe Psicológico, resultados, Psicoeducación sobre TCC y depresión
INTERVENCIÓN					
5	07/11/23	60 minutos	Semanal	Usuario	Psicoeducación y técnicas de relajación
6	14/11/23	50 minutos	Semanal	Usuario	Auto instrucciones y uso de actividades placenteras
7	28/11/23	50 minutos	Usuario	Usuario	Psicoeducación, técnicas de relajación y uso de actividades placenteras.
8	05/12/23	50 minutos	Usuario	Usuario	Reestructuración Cognitiva.
9	12/12/23	50 minutos	Usuario	Usuario	Reestructuración Cognitiva y técnicas de autocontrol

10	19/12/2 3	45 minutos	Usuario	Usuario	Reestructuración Cognitiva y técnicas de autocontrol
11	26/12/2 3	50 minutos	Usuario	Usuario	Psicoeducación, técnicas de relajación
12	02/01/2 3	50 minutos	Usuario	Usuario	Entrenamiento de resolución de problemas, entrenamiento en asertividad y termómetro del estado de animo
13	09/01/2 3	50 minutos	Usuario	Usuario	Entrenamiento en resolución de problemas y entrenamiento en asertividad.
14	16/01/2 3	45 minutos	Usuario	Usuario	Psicoeducación
15	23/01/2 3	50 minutos	Usuario	Usuario	Entrenamiento en resolución de problemas y auto instrucciones
SIGUIIMIENTO					
16	03/04/2 3	35 minutos	Mensual	Usuario	Refuerzo Positivo y Red de Apoyo
17	08/05/2 3	35 minutos	Mensual	Usuario	Seguimiento a Largo plazo

2.6.2. Programa de intervención

Etapa de Evaluación

Tabla 9

Desarrollo de la sesión 1

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
1	Establecer rapport y recoger información inicial.	Entrevista Psicológica	Presentación y explicación del proceso terapéutico. Realización de preguntas abiertas para recoger información relevante sobre el estado emocional, antecedentes familiares y personales. modificar sus pensamientos automáticos.	Ninguna asignación para esta sesión inicial.

Tabla 10*Desarrollo de la sesión 2*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
2	Evaluar el estado emocional y psicológico del usuario.	Evaluación Psicológica	Se aplico los cuestionarios y pruebas psicológicas para evaluar síntomas de depresión y Ansiedad si lo hubiera Análisis de resultados preliminares.	Ninguna asignación para esta sesión inicial.

Tabla 11*Desarrollo de la sesión 3*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
3	Continuar con la evaluación detallada.	Evaluación Psicológica	Continuación y finalización de pruebas psicológicas.	Ninguna asignación para esta sesión inicial.

Tabla 12*Desarrollo de la sesión 4*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
4	Devolver los resultados de la evaluación y psico educar sobre la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la depresión.	Entrega de Informe Psicológico, Resultados, Psicoeducación sobre TCC y Depresión	Se explico detalladamente de los resultados de la evaluación psicológica. Introducción a la TCC y cómo se abordará la depresión en las siguientes sesiones.	Leer material psicoeducativo proporcionado sobre TCC y depresión.

Etapa de Intervención

Tabla 13

Desarrollo de la sesión 5

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
5	Eliminar la conducta de Insomnio a través de la psicoeducación, técnicas de relajación, auto instrucciones y uso de actividades placenteras	Psicoeducación y técnicas de relajación.	Psicoeducación: Se proporciono información sobre el insomnio, sus causas, y los efectos negativos que tiene en la salud física y mental. Se discutieron hábitos que pueden afectar el sueño, como el consumo de cafeína y el uso de dispositivos electrónicos antes de dormir. Técnicas de relajación: Se enseñó al paciente la técnica de relajación muscular progresiva, guiándole a través de un ejercicio donde contrae y relaja diferentes grupos musculares para reducir la tensión física.	Practicar la relajación muscular progresiva cada noche antes de acostarse.

Tabla 14

Desarrollo de la sesión 6

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
6	Eliminar la conducta de Insomnio a través de la psicoeducación, técnicas de relajación, auto instrucciones y uso de actividades placenteras	Auto instrucciones y uso de actividades placenteras	Auto Instrucciones: Se trabajó en desarrollar auto instrucciones positivas y calmantes que el paciente puede repetirse antes de dormir para preparar la mente para el descanso. Actividades Placenteras: Se explicaron las prácticas de higiene del sueño, como establecer un horario regular para dormir, crear un ambiente propicio para el sueño (silencio, oscuridad, temperatura adecuada), y evitar estimulantes antes de acostarse.	Mantener un diario del sueño para registrar la calidad y cantidad de sueño, así como los hábitos previos a dormir. Repetir auto instrucciones positivas cada noche antes de acostarse. Implementar las prácticas de higiene del sueño diariamente.

Tabla 15*Desarrollo de la sesión 7*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
7	Disminuir la conducta de llorar cuando esta solo o discute con su pareja acompañado a través de la psicoeducación, técnicas de relajación y uso de actividades placenteras.	Psicoeducación, técnicas de relajación y uso de actividades placenteras	Psicoeducación: Se discutió cómo el estrés y las emociones intensas pueden llevar al llanto, y se proporcionarán estrategias para manejar mejor el estrés.	Practicar la respiración diafragmática en momentos de estrés y antes de acostarse.
			Técnicas de relajación: Se enseñó y practicó la técnica de respiración diafragmática para ayudar al paciente a calmarse en momentos de estrés.	Mantener un registro de situaciones que provocan llanto y las emociones asociadas.
			Actividades Placenteras: Se identificó y planificó actividades que generen placer y relajación, con el objetivo de mejorar el estado de ánimo general del paciente.	Realizar actividades placenteras regularmente, al menos una vez al día.

Tabla 16*Desarrollo de la sesión 8*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
8	Modificar los pensamientos de desvalorización, autorreproche y desesperanza mediante la reestructuración cognitiva y técnicas de autocontrol.	Reestructuración cognitiva.	Reestructuración Cognitiva: Se guió al paciente en la identificación y registro de pensamientos automáticos negativos que ocurren en situaciones específicas. Esto incluyó el uso de un diario de pensamientos para anotar pensamientos negativos que surgen en el día a día.	Mantener un diario de pensamientos durante la semana, registrando situaciones y pensamientos negativos.
			Se enseñó al paciente a cuestionar y desafiar estos pensamientos automáticos. Se utilizó preguntas clave para evaluar la veracidad y lógica de los pensamientos negativos, y se trabajó en desarrollar pensamientos alternativos más realistas y positivos.	Practicar la reestructuración cognitiva con tres pensamientos negativos registrados, utilizando preguntas como “¿Qué evidencia tengo para este pensamiento?” y “¿Cuál es una forma más equilibrada de ver esta situación?”

Tabla 17*Desarrollo de la sesión 9*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
9	Modificar los pensamientos de desvalorización, autorreproche y desesperanza mediante la reestructuración cognitiva y técnicas de autocontrol	Reestructuración cognitiva y técnicas de autocontrol.	Técnicas de Autocontrol: Se enseñó técnicas para manejar y regular las emociones negativas que acompañan a los pensamientos de desvalorización y desesperanza. Esto incluyó el uso de técnicas como la respiración profunda, la distracción, y el establecimiento de objetivos a corto plazo para fomentar un sentido de control y logro. Reestructuración Cognitiva: Se continuo con la reestructuración cognitiva, enfocándose en patrones de pensamiento más complejos y persistentes. Se trabajó en identificar distorsiones cognitivas, como el pensamiento catastrófico y la generalización excesiva.	Implementar técnicas de autocontrol cuando se enfrente a emociones negativas, como practicar la respiración profunda en momentos de estrés. Realizar ejercicios de reestructuración cognitiva, centrados en identificar y cambiar distorsiones cognitivas específicas registradas en el diario de pensamientos.

Tabla 18*Desarrollo de la sesión 10*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
10	Modificar los pensamientos de desvalorización, autorreproche y desesperanza mediante la reestructuración cognitiva y técnicas de autocontrol	Reestructuración cognitiva y técnicas de autocontrol.	Técnicas de Autocontrol: Se revisó el progreso del paciente en la identificación y modificación de pensamientos negativos y la aplicación de técnicas de autocontrol. Se evaluó los cambios en la percepción del paciente y se ajustarán las estrategias según sea necesario. Reestructuración Cognitiva: Se desarrolló un plan de acción a largo plazo para continuar aplicando la reestructuración cognitiva y las técnicas de autocontrol en la vida diaria del paciente. Esto incluyó la creación de un plan de seguimiento y estrategias para mantener los avances logrados.	Realizar una autoevaluación del progreso en la reestructuración cognitiva y las técnicas de autocontrol, identificando áreas de mejora y éxitos.

Tabla 19*Desarrollo de la sesión 11*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
11	Disminuir la tristeza y culpa a través de la psicoeducación, técnicas de relajación, entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento en asertividad y termómetro del estado de ánimo	Psicoeducación y técnicas de relajación	Psicoeducación: Se proporcionó al paciente información sobre la relación entre la tristeza, la culpa y el impacto de estos estados emocionales en la salud mental. Se explicó cómo las emociones negativas afectan el bienestar general y se presentarán estrategias para abordarlas. Técnicas de Relajación: Se enseñó técnicas de relajación como la respiración profunda, la relajación muscular progresiva y la visualización guiada. Estas técnicas ayudarán al paciente a reducir el estrés y la tensión emocional, promoviendo una sensación de calma y control.	Leer un material educativo que se le brindara en sesión sobre la relación entre emociones y salud mental y reflexionar sobre el impacto personal de la tristeza y la culpa. Practicar las técnicas de relajación aprendidas en casa al menos dos veces al día. Mantener un registro de las sesiones de relajación y cualquier cambio en los niveles de tristeza y culpa.

Tabla 20*Desarrollo de la sesión 12*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
12	Disminuir la tristeza y culpa a través de la psicoeducación, técnicas de relajación, entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento en asertividad y termómetro del estado de ánimo	Entrenamiento en Resolución de Problemas, Asertividad y Uso del Termómetro del Estado de Ánimo	Entrenamiento en Resolución de Problemas: Se enseñó habilidades para identificar problemas específicos que contribuyen a la tristeza y la culpa, y se guiará al paciente a través de un proceso estructurado para generar y evaluar posibles soluciones. Entrenamiento en Asertividad: Se trabajó en desarrollar habilidades de comunicación asertiva para que el paciente pueda expresar sus necesidades y sentimientos de manera efectiva sin sentirse culpable. Esto incluyó la práctica de frases asertivas y la simulación de situaciones en las que el paciente pueda aplicar estas habilidades.	Identificar un problema específico relacionado con la tristeza o la culpa y aplicar el proceso de resolución de problemas aprendido para desarrollar al menos una solución viable. Registrar el proceso y los resultados. Practicar habilidades de comunicación asertiva en situaciones reales o simuladas y

Termómetro del Estado de Ánimo: Se introdujo una herramienta de autoevaluación, el termómetro del estado de ánimo, para que el paciente pueda monitorear y registrar sus niveles de tristeza y culpa a lo largo del tiempo. Se enseñó cómo utilizar esta herramienta para identificar patrones y desencadenantes emocionales.

registrar las experiencias y resultados. Revisar y ajustar las técnicas según sea necesario.

Utilizar el termómetro del estado de ánimo diariamente para registrar los niveles de tristeza y culpa. Revisar estos registros en la siguiente sesión para identificar patrones y ajustar las estrategias de afrontamiento.

Tabla 21

Desarrollo de la sesión 13

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
13	Aumentar la frecuencia de asistir a reuniones sociales donde tenga que encontrarse con su familia y amigos. (cumpleaños, baby shower, bodas, etc), mediante entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento en asertividad.	Entrenamiento en resolución de problemas y entrenamiento en asertividad.	Entrenamiento en Resolución de Problemas: Se guió al paciente a través de un proceso para identificar y superar barreras específicas que dificultan su participación en reuniones sociales. El proceso incluyó la identificación de problemas (como el miedo al rechazo o la ansiedad social), generación de soluciones posibles, y planificación de pasos prácticos para abordar cada barrera. Se desarrolló un plan de acción con pasos concretos para asistir a eventos sociales. Entrenamiento en Asertividad: Se enseñó técnicas de comunicación asertiva para ayudar al paciente a expresar sus intenciones y deseos de manera clara y respetuosa. Se practicó cómo comunicar su deseo de asistir a eventos sociales y cómo manejar posibles rechazos o comentarios negativos. Se realizó simulaciones de situaciones sociales para practicar las habilidades aprendidas.	Identificar al menos tres barreras específicas para asistir a eventos sociales y aplicar el proceso de resolución de problemas para cada una. Desarrollar un plan de acción detallado que incluya pasos concretos y cronograma para asistir a al menos una reunión social en las próximas semanas. Practicar técnicas de comunicación asertiva en sesiones donde se simulen invitaciones a eventos sociales y respuestas asertivas. Registrar las experiencias y ajustes necesarios. Además, planificar asistir a un evento social específico y aplicar las habilidades de asertividad.

Tabla 22*Desarrollo de la sesión 14*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
14	Instalar las conductas de comunicación asertiva y toma de decisiones en su familia y su trabajo a través de la psicoeducación, entrenamiento en resolución de problemas y auto instrucciones.	Psicoeducación	Psicoeducación: Se proporciono información sobre qué es la comunicación asertiva, su importancia en las relaciones familiares y laborales, y cómo puede mejorar la eficacia en la toma de decisiones. Se explico la diferencia entre comunicación asertiva, pasiva y agresiva, y se discutirán ejemplos de cada tipo.	Leer material proporcionado en sesión sobre comunicación asertiva y reflexionar sobre cómo la comunicación actual del paciente puede ser mejorada. Preparar una lista de situaciones recientes en las que la comunicación podría haber sido más asertiva.

Tabla 23*Desarrollo de la sesión 15*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
15	Instalar las conductas de comunicación asertiva y toma de decisiones en su familia y su trabajo a través de la psicoeducación, entrenamiento en resolución de problemas y auto instrucciones.	Entrenamiento en resolución de problemas y auto instrucciones.	Entrenamiento en resolución de problemas: Se guio al paciente en la identificación y análisis de problemas relacionados con la comunicación y la toma de decisiones en su familia y trabajo. Se enseñó un enfoque estructurado para abordar estos problemas, que incluye la identificación de opciones, evaluación de pros y contras, y la toma de decisiones basadas en soluciones efectivas. Auto instrucciones: Se enseñó al paciente a mejorar su proceso de toma de decisiones y comunicación. Esto incluyo la creación de guías internas para recordar las técnicas de comunicación asertiva y estrategias de resolución de problemas durante situaciones reales. Se trabajará en desarrollar frases auto afirmativas y pasos específicos que el paciente pueda usar en situaciones desafiantes.	Aplicar el enfoque de resolución de problemas a una situación específica en el trabajo o en la familia que involucre la toma de decisiones o la comunicación. Crear una lista de auto instrucciones para situaciones comunes de comunicación y toma de decisiones. Practicar el uso de estas instrucciones en situaciones reales y registrar cómo afectan la comunicación y las decisiones.

Etapa de Seguimiento

Tabla 24

Desarrollo de la sesión 16

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
16	Verificar el progreso en la implementación de las conductas con refuerzo positivo y su red de apoyo.	Refuerzo positivo y red de apoyo	Refuerzo Positivo: Se reconoció y reforzó los logros y esfuerzos del paciente en la aplicación de las habilidades aprendidas. Se destacó los comportamientos positivos y los avances realizados. Se utilizó elogios específicos y motivación para fortalecer el compromiso del paciente con las técnicas aprendidas. Se proporciono recompensas simbólicas si es apropiado. Red de Apoyo: Se revisó y fortaleció la red de apoyo del paciente. Se discutió cómo ha estado utilizando sus redes de apoyo (familia, amigos, colegas) y se identificó oportunidades para integrar más apoyo social en su vida.	Completar un diario de logros en el que el paciente registre situaciones recientes donde ha aplicado las técnicas aprendidas en sesiones para su revisión.

Tabla 25

Desarrollo de la sesión 17

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
17	Verificar el progreso en la implementación de las conductas teniendo un seguimiento a largo plazo.	Seguimiento a largo plazo	Definir metas a largo plazo para el desarrollo personal continuo y el uso de las habilidades en la vida diaria. Establecer un calendario de seguimientos futuros, de manera mensual los 3 primeros meses y luego trimestralmente.	Completar un diario de logros en el que el paciente registre situaciones recientes donde ha aplicado las técnicas aprendidas en sesiones para su revisión.

2.6.3 Procedimiento

El paciente, un hombre de 29 años, llegó a consulta debido a síntomas de depresión moderada que incluían mal humor, llanto fácil, disminución del apetito, dificultad para dormir, irritabilidad, tristeza, pensamientos negativos persistentes sobre su situación de pareja, pensamientos irracionales, culpabilidad, aislamiento social, ansiedad, ira y malestar físico. Se llevaron a cabo evaluaciones con la Observación y entrevista Psicológica, Inventario de depresión de Beck (BDI), Escala de ansiedad Estado – Rasgo (STAI) e Inventario clínico Multiaxial de Millon – II diagnosticándose depresión moderada según los criterios del DSM-V. Se diseñó un programa de intervención cognitivo-conductual (TCC) para reducir los síntomas depresivos, que incluyó reestructuración cognitiva, planificación de actividades agradables, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y técnicas de relajación, implementado durante 17 semanas con sesiones semanales. Al finalizar la intervención, las evaluaciones de seguimiento mostraron una disminución significativa en los síntomas depresivos, mejora en la gestión del estrés y reducción en pensamientos e ideas irracionales. El paciente experimentó una mejora notable en su estado de ánimo, un aumento en la actividad diaria y mejor gestión de su situación de pareja y social. Se estableció un plan de seguimiento mensual durante los primeros tres meses y luego trimestralmente, donde el paciente mantuvo las mejoras alcanzadas sin recaídas significativas, continuando el uso de las habilidades aprendidas durante la terapia para manejar el estrés y los pensamientos negativos. En resumen, la intervención cognitivo-conductual aplicada tuvo un impacto positivo significativo en la vida del paciente, reduciendo los síntomas de depresión y mejorando su bienestar general.

2.7 Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas del Colegio de Psicólogos del Perú se centran en aspectos clave como la confidencialidad, el anonimato de los datos utilizados para fines académicos y la garantía de la integridad física y psicológica del paciente. Los psicólogos deben mantener en

estricta confidencialidad toda la información proporcionada por el paciente durante el proceso terapéutico, incluyendo detalles personales y cualquier otro dato obtenido durante las sesiones. Esta información solo puede ser divulgada con el consentimiento explícito del paciente o en situaciones de riesgo inminente para la vida del paciente o de terceros, conforme al código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú y las leyes peruanas. Además, cuando se utilicen datos de pacientes para investigaciones académicas, publicaciones o presentaciones, se debe garantizar que dichos datos sean completamente anónimos, eliminando cualquier información que pueda identificar al paciente, como nombres, direcciones y fechas específicas. Los pacientes deben ser informados y dar su consentimiento para el uso de sus datos con fines académicos, asegurando su comprensión de que su anonimato será protegido, mediante un contrato terapéutico. Los psicólogos tienen la obligación de velar por la integridad física y psicológica de sus pacientes, asegurando un ambiente seguro y respetuoso durante todo el proceso terapéutico, tomando todas las medidas necesarias para evitar cualquier daño físico o psicológico y brindando un tratamiento basado en principios científicos y éticos. En caso de identificar situaciones que pongan en riesgo la integridad del paciente, el psicólogo debe actuar de manera inmediata y adecuada para proteger al paciente, incluyendo la posible derivación a otros profesionales o servicios de emergencia si fuera necesario. Estas consideraciones éticas forman parte de los principios fundamentales que guían la práctica profesional de los psicólogos en el Perú, asegurando un trato respetuoso y seguro para todos los pacientes.

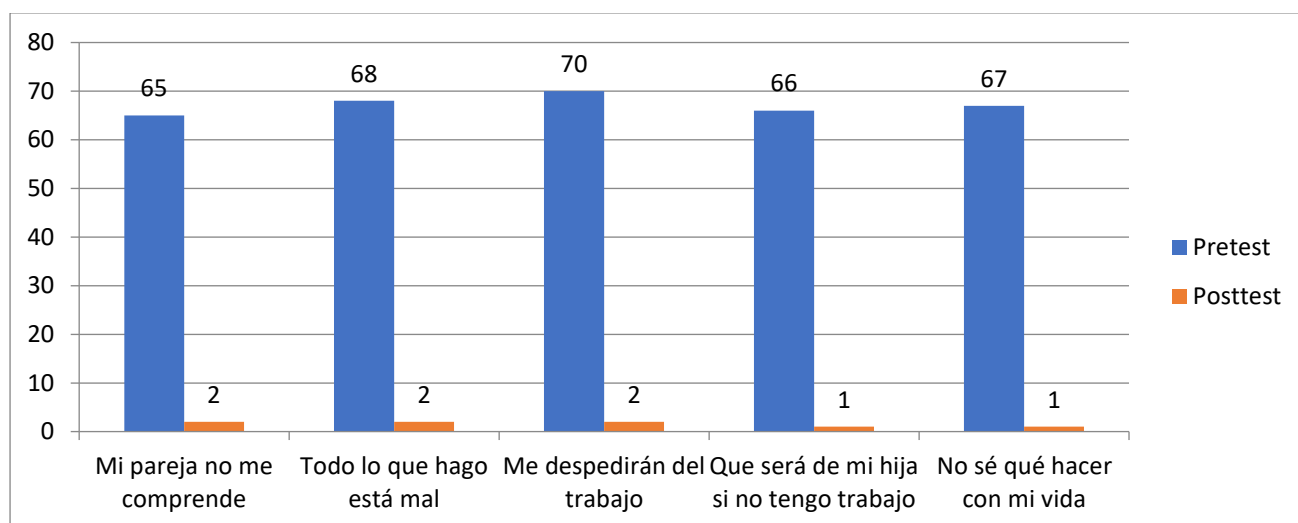
III. RESULTADOS

1.1 Análisis de los resultados

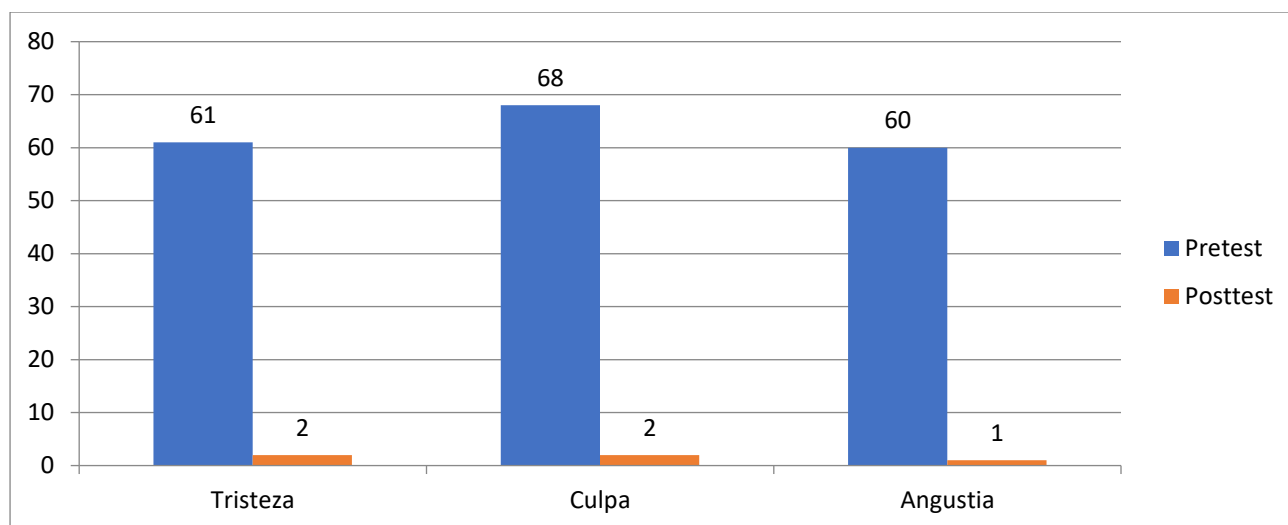
Se presenta los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas, también las conductas problemas y la síntesis de análisis cognitivo.

Figura 1

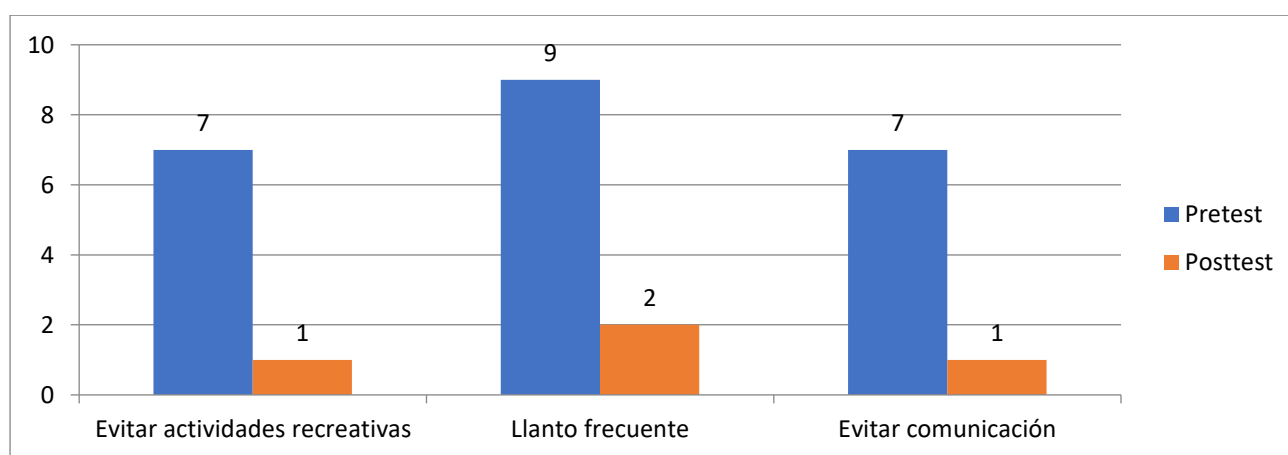
Frecuencia de pensamientos semanales



Nota. En el grafico se puede apreciar que existe 5 pensamientos constantes en el paciente, los cuales suelen presentarse durante su día a día en el pre-test: “Mi pareja no me comprende” (65); “Todo lo que hago esta mal” (68); “Me despedirán del trabajo” (70); “Que será de mi hija sino tengo trabajo” (66); “No se que hacer con mi vida” (67). Luego de la intervención del post test se observó una disminución marcada de los pensamientos que se abordaron semana a semana evidenciando: “Mi pareja no me comprende” (2); “Todo lo que hago está mal” (2); “Me despedirán del trabajo” (2); “Que será de mi hija sino tengo trabajo” (1); “No sé qué hacer con mi vida” (1).

Figura 2*Intensidad de emociones semanal*

Nota. Se visualiza que la intensidad semanal de tristeza alcanza los 61, así mismo la culpa presenta una intensidad de 68 y la angustia alcanzo los 60. Luego de la intervención con respecto al registro de emociones, se evidencia que la emoción de tristeza tiene 2 puntos, culpa presentaba 2 y angustia 1 durante las semanas luego de la intervención.

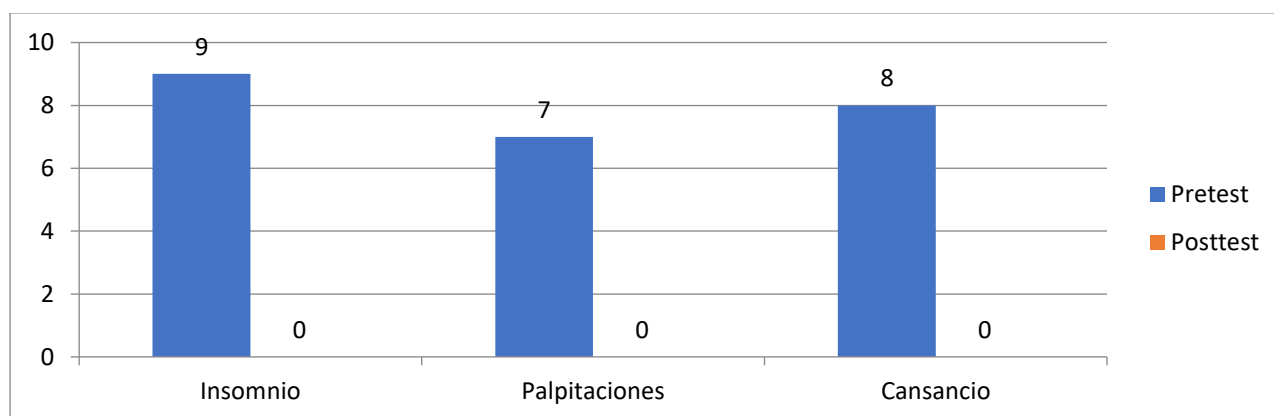
Figura 3*Frecuencia de conductas semanal*

Nota. En relación a las conductas. Se evidencia que las frecuencias de las conductas registradas de manera semanal como: evitar actividades recreativas alcanza 7, también el llanto

frecuente llega a un 9 y evitar la comunicación logra un 7. Luego de la intervención con la frecuencia de conductas semanales, se evidencia que evitar actividades recreativas disminuyó a un 1, también el llanto frecuente descendió a un 2 y evitar la comunicación disminuyó en 1 durante las semanas luego de la intervención.

Figura 4

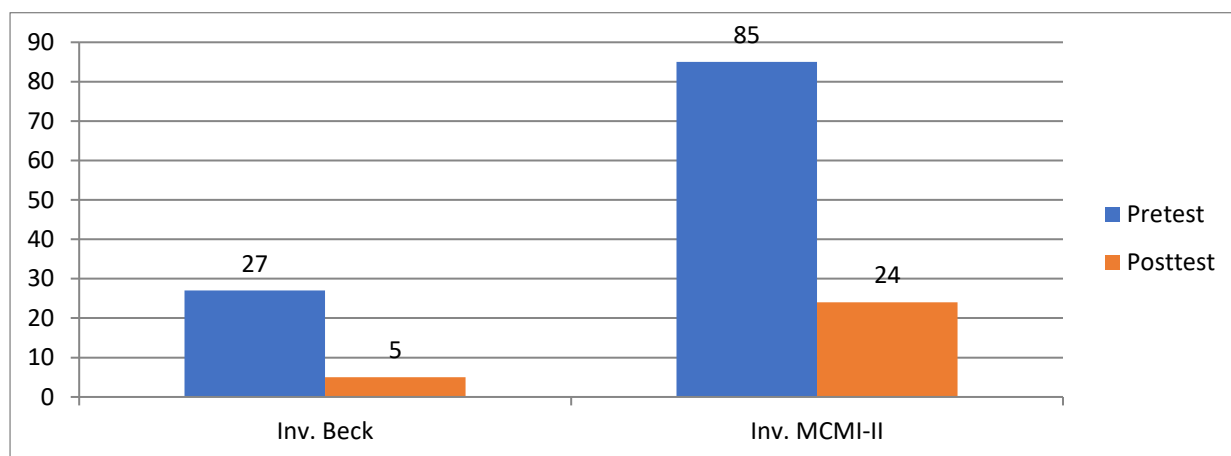
Intensidad de síntomas fisiológicos



Nota. Con respecto al Insomnio que presentaba una intensidad de 9, Palpitaciones una intensidad de 7 y cansancio una intensidad de 8 antes de la intervención y luego de la terapia desaparecieron los síntomas fisiológicos.

Figura 5

Resultados de evaluación psicometrica



Nota. Se evidencia una reducción de las puntuaciones de ambas pruebas, el paciente al inicio obtuvo un puntaje de 27 en el inventario de Depresión de Beck, lo cual lo ubicaba en una categoría de Depresión Moderada, sin embargo, después de la intervención psicológica, obtuvo una puntuación de 5, la cual lo ubica en una categoría de no presentar una depresión, además obtuvo una puntuación de 85 en el Inventarió Multiaxial de Millón, lo cual lo ubicaba en una categoría de depresión moderada, en el post test obtuvo una puntuación de 24, que también lo ubica en un categoría de no presentar rasgos de depresión severos.

1.2 Discusión de resultados

El objetivo general de la intervención que se presenta en el estudio fue disminuir la sintomatología de la depresión en un paciente masculino adulto de 29 años mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual (TCC). Los resultados obtenidos, que incluyeron una reducción significativa de la sintomatología de las conductas depresivas y mejoras en las habilidades de afrontamiento del paciente, indican que se cumplió con el objetivo general. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos como el de López (2021), quien aplicó un programa de TCC a un empresario de 48 años con resultados similares, y el de Martínez (2020), quien también logró reducir los síntomas depresivos en un adolescente de 18 años. La teoría de Beck (1967), que subraya la depresión como resultado de patrones de pensamiento distorsionados, fue corroborada en la práctica, ya que la TCC permitió al paciente identificar y desafiar sus pensamientos negativos, lo que llevó a una mejora significativa en su estado emocional y funcionalidad diaria. En conclusión, el programa de intervención cognitivo-conductual fue efectivo en modificar los patrones de pensamiento disfuncionales del paciente, mejorando su calidad de vida y su capacidad para enfrentar dificultades, lo que tuvo un impacto positivo en diversas áreas de su vida, incluyendo su desempeño laboral y relaciones interpersonales.

El primer objetivo específico fue eliminar la conducta de insomnio del paciente mediante la aplicación de técnicas de psicoeducación, relajación, y la promoción de actividades placenteras. Los resultados mostraron que el paciente experimentó una notable mejora en la calidad de su sueño, lo que se tradujo en una mayor energía y un mejor estado de ánimo general. Este objetivo se cumplió satisfactoriamente, al igual que lo menciona López (2021), en su intervención con un empresario de 48 años que sufría de depresión moderada, encontró resultados similares, donde el manejo del estrés y las técnicas de relajación ayudaron a mejorar significativamente la calidad del sueño. Esta evidencia apoya la eficacia de la TCC en el tratamiento del insomnio en casos de depresión.

El segundo objetivo fue disminuir la conducta de llorar cuando el paciente estaba solo o discutía con su pareja, interviniendo con técnicas de relajación y psicoeducación, lo que le permitió al paciente gestionar mejor sus emociones y reducir significativamente los episodios de llanto y tristeza intensa, cumpliendo satisfactoriamente con lo propuesto terapia, lo cual se asemeja con la teoría de Lewinsohn (1975), que sostiene que el manejo adecuado de las respuestas emocionales es esencial para la reducción de los síntomas depresivos. Fernández (2022), en su intervención con un hombre de 50 años en España que enfrentaba depresión severa debido a problemas financieros, también logró una reducción significativa en las reacciones emocionales negativas a través de técnicas de relajación, evidenciando mejoras similares al caso presente.

El tercer objetivo fue modificar los pensamientos de desvalorización, autorreproche y desesperanza mediante la reestructuración cognitiva, y los resultados indicaron una notable disminución en estos pensamientos disfuncionales, lo que a su vez llevó a una mejora en la autoestima, ya que el paciente comenzó a reconocerse como una persona valiosa, incrementó su confianza en la toma de decisiones, redujo la autocrítica y mejoró tanto en las relaciones interpersonales como en su perspectiva futura, lo cual concuerda con la teoría de Beck (1967),

quien afirma en su teoría cognitiva de la depresión que la reestructuración de pensamientos negativos es esencial para un tratamiento eficaz de la depresión, lo que se corroboró en este caso clínico, teniendo una similitud con el estudio de Brown (2021), en su intervención con un músico de 28 años que presentaba inseguridad laboral, también evidenció mejoras comparables al utilizar la reestructuración cognitiva, demostrando así la efectividad de esta técnica en diversos contextos.

El cuarto objetivo fue disminuir la tristeza y culpa del paciente. A través de la aplicación de la psicoeducación, técnicas de relajación y el uso del termómetro del estado de ánimo, se logró una reducción significativa en estos síntomas, incluyendo una constante sensación de inutilidad, desesperanza y profunda tristeza, lo que permitió al paciente disfrutar más de actividades diarias como pasar tiempo con su familia, participar en eventos sociales y cumplir con sus responsabilidades laborales, mejorando así su bienestar emocional, cumpliendo de manera efectiva el objetivo, lo cual se alinea con los resultados encontrados por Smith (2021) en su intervención con un veterano de guerra que sufría de depresión severa, donde se observó una reducción notable en los sentimientos de culpa y tristeza mediante el uso de intervenciones cognitivo-conductuales, lo que refuerza la eficacia de la TCC en el manejo de la depresión.

El quinto objetivo fue aumentar la frecuencia de participación en reuniones sociales del paciente, y gracias al entrenamiento en resolución de problemas y asertividad, el paciente comenzó a involucrarse más en actividades sociales como reuniones familiares, celebraciones de cumpleaños y eventos comunitarios, lo cual fortaleció significativamente sus relaciones tanto familiares como de amistad, logrando así cumplir este objetivo de manera satisfactoria, evidenciando una mejora notable en su capacidad para interactuar socialmente, por lo que de manera similar, Johnson (2020), en su trabajo con un estudiante universitario que presentaba depresión leve a moderada, observó resultados comparables al incrementar la participación

social del paciente mediante la TCC, lo que confirma la efectividad de estas técnicas en la mejora de las interacciones sociales y en el fortalecimiento de los vínculos interpersonales.

El sexto y último objetivo fue instalar conductas de comunicación asertiva y toma de decisiones en el entorno familiar y laboral del paciente, y la intervención demostró ser exitosa, ya que el paciente mostró una notable mejora en la calidad de sus interacciones tanto en casa como en el trabajo, reflejada en una comunicación más clara y efectiva, una toma de decisiones más segura, la reducción de la evitación de conflictos y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales. Estas mejoras resultaron en un mejor rendimiento laboral y en relaciones más saludables, lo que también se ha observado en otros estudios de manera similar como el de, Tanaka (2019), al intervenir en un ejecutivo de 40 años en Japón, logró mejorar la comunicación y toma de decisiones mediante la TCC, lo que apoya los resultados obtenidos en este estudio y subraya la efectividad de estas técnicas en diversos contextos.

En conclusión, la intervención cognitivo-conductual fue altamente efectiva en alcanzar todos los objetivos específicos planteados, lo que llevó a una mejora significativa en la calidad de vida del paciente. Los cambios logrados en la sintomatología de insomnio, reactividad emocional, pensamientos disfuncionales, y habilidades sociales y comunicativas no solo mejoraron su bienestar emocional, sino que también tuvieron un impacto positivo en su desempeño laboral, ya que el paciente comenzó a aplicar las habilidades de toma de decisiones y comunicación asertiva adquiridas durante la intervención, lo que le permitió abordar problemas laborales con mayor seguridad, reducir el estrés relacionado con el trabajo y mejorar su eficiencia en la ejecución de tareas. Además, estas mejoras se reflejaron en relaciones interpersonales más saludables, incluyendo una mejor relación con su pareja, un fortalecimiento de los lazos familiares, relaciones más colaborativas en el trabajo, y la reactivación de amistades, lo que contribuyó a un mayor apoyo social y bienestar general. Estos

resultados demuestran la eficacia de la TCC en el tratamiento de la depresión y su capacidad para modificar positivamente múltiples esferas de la vida del paciente.

1.3 Seguimiento

El seguimiento del paciente, un hombre de 29 años diagnosticado con depresión moderada según el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y otros instrumentos diagnósticos, fue esencial para mantener los avances logrados durante la intervención cognitivo-conductual. Al finalizar el tratamiento, que incluyó técnicas como la reestructuración cognitiva, la planificación de actividades placenteras, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y las técnicas de relajación, se observó una disminución significativa en los síntomas depresivos junto con una mejora en la gestión del estrés y los pensamientos irracionales. Antes del tratamiento, el paciente solía evitar reuniones sociales, aislarse de su familia y amigos, y reaccionar con llanto ante situaciones conflictivas con su pareja; sin embargo, gracias a la intervención, estas conductas disminuyeron notablemente, lo que generó un cambio significativo en su comportamiento y bienestar emocional.

El seguimiento fue planificado de manera mensual durante los primeros tres meses, seguido de un calendario trimestral. Durante este periodo, el paciente continuó aplicando las habilidades aprendidas mientras mantuvo las mejoras alcanzadas, sin recaídas. Entre las habilidades adquiridas se destacaron la reestructuración cognitiva, que le permitió desafiar y reemplazar pensamientos negativos; las habilidades de afrontamiento, que le ayudaron a manejar el estrés y la ansiedad de manera más efectiva; la comunicación asertiva, que mejoró su capacidad para expresar sus necesidades de forma clara y respetuosa; y la resolución de problemas, que le permitió abordar desafíos de manera más sistemática. Como resultado de estas habilidades, el paciente experimentó una reducción de los síntomas depresivos, una mejor calidad del sueño, una mayor participación social y una mejor gestión del estrés en situaciones laborales y de pareja, además de relaciones interpersonales más saludables. Asimismo, se

observó una mayor capacidad para manejar situaciones estresantes, como críticas en el trabajo o discusiones con su pareja, sin recurrir a reacciones emocionales extremas. En relación con los pensamientos negativos hacia su pareja, el paciente dejó de interpretar las críticas como un ataque personal o una señal de fracaso, reestructurando estas creencias para verlas como oportunidades de mejorar la comunicación y la relación.

El plan de seguimiento también incluyó la revisión y el fortalecimiento de la red de apoyo del paciente, lo cual destacó la importancia de mantener una conexión activa con su entorno social para prevenir posibles recaídas y asegurar un apoyo continuo. Esta estrategia de seguimiento fue clave para consolidar los cambios positivos en la vida del paciente, tales como la mejora en sus relaciones interpersonales y la mayor confianza en su capacidad para resolver conflictos, además de continuar aplicando las técnicas aprendidas para manejar situaciones estresantes como las críticas en el trabajo y los conflictos con su pareja, logrando así mantener una perspectiva equilibrada y fortaleciendo tanto sus relaciones personales como laborales.

IV. CONCLUSIONES

- 4.1. Se logró disminuir significativamente la sintomatología depresiva en el paciente masculino de 29 años, a través de la intervención cognitivo-conductual, evidenciándose una mejora notable en su estado emocional, reducción de pensamientos irracionales y mayor capacidad para enfrentar situaciones estresantes, lo que resultó en una mejor calidad de vida.
- 4.2. La conducta de insomnio logró disminuirse mejorando considerablemente la calidad del sueño a través de las técnicas de relajación y la promoción de actividades placenteras, las cuales fueron efectivas para reducir los episodios de insomnio, aumentando su energía y bienestar general.
- 4.3. Se consiguió disminuir la conducta de llorar cuando estaba solo o discutía con su pareja mediante la aplicación de técnicas como la reestructuración cognitiva, las técnicas de relajación y la psicoeducación, lo que permitió desarrollar habilidades para manejar sus emociones, lo que resultó en una reducción significativa en la frecuencia e intensidad de los episodios de llanto y tristeza intensa.
- 4.4. Se logró modificar los pensamientos de desvalorización, autorreproche y desesperanza del paciente mediante la reestructuración cognitiva, lo mismo que contribuyó a una mejora en su autoestima y en su visión sobre el futuro, fortaleciendo su bienestar emocional.
- 4.5. La tristeza y culpa del paciente fueron reducidas eficazmente mediante la aplicación de técnicas como la reestructuración cognitiva, las técnicas de relajación, y el uso del termómetro del estado de ánimo, logrando que el paciente experimente un aumento en la capacidad para disfrutar de las actividades cotidianas y una disminución en los sentimientos de culpa, lo que mejoró su estado de ánimo general.
- 4.6. El paciente aumentó la frecuencia de su participación en reuniones sociales, fortaleciendo sus relaciones familiares y de amistad, siendo el entrenamiento en resolución de problemas

y asertividad, técnicas claves para lograr este cambio, permitiéndole reintegrarse socialmente y mejorar su red de apoyo.

4.7. Se lograron instalar conductas de comunicación asertiva y toma de decisiones en el entorno familiar y laboral del paciente, teniendo como resultado una mejora significativa en la calidad de sus interacciones y en su rendimiento laboral, contribuyendo a un entorno más saludable y positivo en su vida diaria.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1. Acudir a sesiones periódicas de seguimiento individual con la finalidad de mantener y reforzar los avances logrados en la reducción de los síntomas depresivos y mantener la mejora en el manejo de pensamientos irracionales.
- 5.2. Incorporar a la práctica diaria técnicas de relajación y actividades placenteras, junto con una alimentación equilibrada y la realización regular de ejercicio físico, para asegurar la continuidad de un patrón de sueño saludable, evitando así la reaparición del insomnio. Estas prácticas combinadas contribuirán a mantener un equilibrio físico y emocional que favorezca el bienestar general del paciente.
- 5.3. Participar en terapia de pareja o familiar con el objetivo de consolidar las habilidades de comunicación y manejo emocional, lo que contribuirá a una mejor gestión de conflictos y evitará recaídas en conductas de llanto y tristeza.
- 5.4. Buscar actividades sociales como grupos de apoyo, clubes deportivos, o clases comunitarias que promuevan la interacción social y fortalezcan las habilidades sociales y asertivas adquiridas durante la terapia, lo que ayudará a prevenir el aislamiento y a mantener un entorno de apoyo social.
- 5.5. Considerar la incorporación de un grupo control en futuros estudios para comparar los resultados obtenidos con una intervención estándar versus una intervención cognitivo-conductual específica para depresión en varones. Esto permitirá un análisis más robusto y ayudará a determinar la eficacia diferencial de la TCC en esta población.
- 5.6. Ampliar la muestra a diferentes contextos sociodemográficos para explorar cómo factores como la edad, el nivel educativo y el estado civil pueden influir en la respuesta a la terapia cognitivo-conductual. Esta variabilidad podría ofrecer información valiosa sobre la personalización de las intervenciones y su aplicabilidad en distintos grupos de pacientes.

VI. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. H., y Hersen, M. (1984). *Diseños experimentales de caso único: Estrategias para estudiar el cambio de comportamiento*. Pergamon Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper y Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bickman, L., y Rog, D. J. (2009). *El manual SAGE de métodos de investigación social aplicada*. SAGE Publications.
- Brown, J. M. (2021). Cognitive-behavioral therapy and performance anxiety in musicians. *Journal of Anxiety Disorders*, 35(2), 189-196.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-021-01234-1>
- Brown, L. (2021). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad escénica y depresión en músicos. *Journal of Cognitive Therapy*, 45(1), 89-102.
<https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13030-021-00133-5>
- Campbell, D. T., y Stanley, J. C. (1963). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en investigación*. Houghton Mifflin.
- Creswell, J. W. (2014). *Diseño de investigación: Enfoques cualitativo, cuantitativo y mixto*. SAGE Publications.
- Fernández, A. (2022). Terapia cognitivo-conductual para la depresión moderada a severa en personas desempleadas en España. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(2), 133-150. <https://link.springer.com/article/10.1007/s41811-022-00035-2>

- Fernández, A. L. (2022). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un paciente desempleado con depresión moderada a severa. *Revista Española de Psicología Clínica*, 23(3), 123-134. <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07168-3>.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works, 237-258.
- García, J. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en adultos mayores en Cusco. *Revista Peruana de Psicología*, 17(3), 45-58. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-019-7732-3>.
- García, P. J. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un adulto mayor con depresión post-jubilación en Cusco. *Revista Peruana de Psicología*, 28(1), 45-57. <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13030-019-00123-7>.
- Horner, R. H., y Baer, D. M. (1978). *Técnica de múltiples sondas: Una variación del diseño de línea base múltiple*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11(3), 189-196. <https://doi.org/10.1901/jaba.1978.11-189>.
- Johnson, P. R. (2020). Addressing academic and social pressure in university students using CBT. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 357-368. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12160-020-00658-7>.
- Johnson, T. (2020). Terapia cognitivo-conductual para la gestión de la presión académica y la ansiedad social en estudiantes universitarios. *British Journal of Clinical Psychology*, 19(3), 175-189. <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-020-00432-w>.

- Kazdin, A. E. (2011). *Diseños de investigación de caso único: Métodos para entornos clínicos y aplicados*. Oxford University Press.
- Kessler, R. C., y Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119-138.
- Kratochwill, T. R., y Levin, J. R. (2014). *Investigación de intervención de caso único: Avances metodológicos y estadísticos*. American Psychological Association.
- Lewinsohn, P. M., Youngren, M. A., y Grosscup, S. J. (1979). Reinforcement and depression. In R. A. Depue (Ed.), *The psychobiology of the depressive disorders: Implications for the effects of stress* (pp. 291-316). Academic Press.
- López, M. (2021). Terapia cognitivo-conductual en la gestión del estrés y depresión en empresarios durante la crisis económica. *Revista de Psicología de Arequipa*, 29(2), 75-89. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-021-00490-x>
- López, R. S. (2021). Intervención cognitivo-conductual en un empresario con depresión moderada por estrés laboral. *Revista Peruana de Psicoterapia*, 33(2), 215-227. <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13030-021-00145-1>
- Martínez, A. M. (2020). Intervención cognitivo-conductual en un adolescente con depresión moderada por acoso escolar. *Revista de Psicología Educativa*, 30(1), 87-99. <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-020-00612-y>.
- Martínez, R. (2020). Intervención cognitivo-conductual en adolescentes con depresión moderada en Piura. *Psicología y Sociedad*, 12(1), 123-137. <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13030-020-00145-8>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

- Pérez, S. (2020). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en estudiantes universitarios con depresión severa en Lima. *Revista de Psicología de Lima*, 35(4), 213-228.
<https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-020-00613-x>
- Sánchez, P. (2022). Manejo de la depresión leve a moderada en enfermeros durante la pandemia de COVID-19. *Revista Trujillana de Psicología*, 8(2), 55-69.
<https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-022-00710-5>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. Freeman.
- Smith, J. (2021). Terapia combinada cognitivo-conductual y de exposición prolongada para veteranos con TEPT y depresión. *American Journal of Cognitive Therapy*, 38(4), 215-230. <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13030-021-00146-0>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Stringer, E. T. (2013). *Investigación acción*. SAGE Publications.
- Tanaka, Y. (2019). Intervención cognitivo-conductual para el equilibrio trabajo-vida y la depresión en ejecutivos japoneses. *Asian Journal of Cognitive Therapy*, 11(1), 42-57.
<https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-019-00123-1>
- Tanaka, Y. (2019). Work-life balance and cognitive restructuring in a Japanese executive with depression. *Asian Journal of Psychiatry*, 14(2), 111-120.
<https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13030-019-00125-4>.

VII. ANEXOS

7.1 Anexo A: Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: **Estado Civil:** **Edad:**
Sexo: **Ocupación:** **Educación:** **Fecha:**

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

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.

2 Querría matarme.

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo.

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso.

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía que la que solía tener.

2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.

3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a Duermo un poco más que lo habitual.

1b Duermo un poco menos que lo habitual.

- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

Puntaje Total:

7.1 Anexo B: Inventario Clínico Multiaxial de Millón II (MCMI-II)

MILLON III. EDICION 2011 INSTITUCIONAL [Modo de compatibilidad] - Excel

Archivo Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda ¿Qué desea hacer?

Formato Dar forma
condicional como tabl
Estilos

5

Barra de fórmulas

A	B	C	D
1	Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana		
2	Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir,		
3	Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.		
4	Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.		
5	Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.		
6	La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.		
7	Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.		
8	La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.		
9	Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.		
10	Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.		
11	Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.		
12	Muestro mis emociones fácil y rápidamente.		
13	En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.		
14	Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.		
15	Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.		
16	Soy una persona muy agradable y sumisa.		
17	Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.		
18	Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.		
19	Parece que mis amigos me terminan tratándome mal.		

NOMBRE		Tiempo de enfermedad		ACM		Edad: 29 años	
TEST	INVALIDADO	PUNTAJE		VALIDO			
Exageró o Minimizó síntomas significativos							
Trastornos clínicos de personalidad		Bruto	BR				
1	Esquizoide	0	0	0			
2A	Evitativo	0	0	0			
2B	Depresivo	0	0	0			
3	Dependiente	0	0	0			
4	Histriónico	0	0	0			
5	Narcisista	0	0	0			
6A	Antisocial	0	0	0			
6B	Agresivo-sádico	0	0	0			
7	Compulsivo	0	0	0			
8A	Negativista (pasivo-agresivo)	0	0	0			
8B	Autodestructiva	0	0	0			
Patología severa de personalidad		Bruto	BR				
S	Esquizotípica	0	0	0			
C	Límite	0	0	0			
P	Paranoide	0	0	0			
Síndromes clínicos		Bruto	BR				
A	Trastornos de Ansiedad	0	0	0			
H	Trastorno Somatoformo	0	0	0			
N	Trastorno Bipolar	0	0	0			
D	Trastorno Distímico	0	0	0			
B	Dependencia del alcohol	0	0	0			
R	Trastorno estrés postraumático	0	0	0			
Síndromes clínicos graves		Bruto	BR				
SS	Desorden del pensamiento	0	0	0			
CC	Depresión mayor	0	0	0			
PP	Desorden delusional	0	0	0			
Escala Modificadores		Bruto	BR				
X	Sinceridad	0	0	0			
Y	Deseabilidad Social	0	0	0			
Z	Devaluación	0	0	0			
V	Validez	0	0	0			
				0	0	0	1
				PUNTAJE S PREVALENTES			

	Indicador elevado	>=85
	Indicador moderado	75-84
	Indicador sugestivo	60-74
	Indicador bajo	35-59
	Indicador nulo	0-34

7.3 Anexo C: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

ANSIEDAD-ESTADO			
<i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted ahora mismo</i>, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.			
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. 3.	Algo Mucho

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

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

7.4 Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Estimado/a participante, Sr./Sra. [Nombre del Paciente]

Usted ha sido invitado a participar en un estudio sobre el tratamiento de la depresión mediante la terapia cognitivo-conductual. El propósito de este estudio es evaluar la efectividad de la intervención psicológica en la mejora de los síntomas depresivos.

Su participación es completamente voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna repercusión. Toda la información recopilada será tratada de manera confidencial y será utilizada únicamente con fines de investigación.

Nombre del paciente: _____

Por favor, firme a continuación si acepta participar en este estudio:

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma del investigador: _____ Fecha: _____