

**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

**Vicerrectorado de
INVESTIGACION**

Facultad de Psicología

INTERVENCION COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UNA MUJER ADULTA CON DEPRESION

Trabajo Académico para optar el Titulo de Segunda Especialidad Profesional en
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

AUTORA

Calderón Obregón, Evelyn Yasmin.

ASESORA

Guerra Turín, Eva Luz.

JURADO

Valdez Sena, Lucia Emperatriz.

Shimabukuro Kyam, Jorge Luis.

Marchena Cárdenas, Carlos Efraín.

**Lima- Perú
2020**

Dedicatoria

A Dios por permitirme llegar hasta este momento, ya que sin el nada sería posible.

A mi madre por haberme formado con valores, por enseñarme que la mejor arma es la educación y motivarme siempre a crecer profesionalmente.

A mi esposo por ser mi compañero de vida y mi apoyo para el logro de este objetivo, con su comprensión, amor y paciencia.

A mis hermanos por ser mi motivación, porque siempre velare por ser su guía y darles un buen ejemplo.

Agradecimientos

A Dios por tantas bendiciones, por la oportunidad de formarme profesionalmente y colocar en el camino a profesionales de alto nivel que me formaron en esta especialidad.

A mi familia que motiva mi aprendizaje y es mi motivo para seguir creciendo profesionalmente.

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

A la Dra. Eva Luz Guerra Turin por su apoyo en el desarrollo de este estudio.

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice de Tablas	v
Índice de Graficos	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	10
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Antecedentes	21
1.2.1 Estudios Nacionales	21
1.2.2 Estudios Internacionales	23
1.2.3 Basamento Teórico	25
1.3 Objetivos	36
1.3.1 Objetivo General	36
1.3.2 Objetivo Especifico	36
1.4 Justificación	37
1.5 Impactos Esperados del Proyecto	38
II. Metodología	39
2.1 Tipo de Investigación	39
III. Resultados	52
IV. Conclusiones	70
V. Recomendaciones	71
VI. Referencias	72
VII. Anexos	75

Índice de tablas

Tabla 1 Datos Familiares de la Evaluada.	18
Tabla 2 Análisis funcional de la conducta depresiva	19
Tabla 3 Análisis de las creencias	20
Tabla 4 Conductas en exceso, debilitamiento y déficit relacionados con la depresión.	21
Tabla 5 Resultados del Cuestionario de Personalidad de Eysenck	41
Tabla 6 Resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon	42
Tabla 7 Sesión N° 1	45
Tabla 8 Sesión N° 2	45
Tabla 9 Sesión N°3	46
Tabla 10 Sesión N° 4	47
Tabla 11 Sesión N° 5	47
Tabla 12 Sesión N° 6	48
Tabla 13 Sesión N° 7	48
Tabla 14 Sesión N° 8	49
Tabla 15 Sesión N° 9	49
Tabla 16 Sesión N° 10	50
Tabla 17 Sesión N° 11	50
Tabla 18 Sesión N° 12 (Fase de Seguimiento al mes)	51
Tabla 19 Registro de frecuencia de pensamientos del paciente, línea base	53
Tabla 20 Registro semanal de frecuencia e intensidad (1 – 10) de emociones del paciente, línea	54

Tabla 21 Registro semanal de frecuencia y duración de conductas problema, línea base	56
Tabla 22 Registro de frecuencia de pensamientos de la paciente pre y post test (6 semana)	58
Tabla 23 Registro de frecuencia e intensidad de emociones del paciente pre y post test (sexta semana).	60
Tabla 24 Registro de frecuencia y duración de conductas problema, Pre test y Post test (Sexta Semana).	62
Tabla 25 Registro de frecuencia de pensamientos de la paciente pre test, post test1 y Post test 2 (1 semana, 6ta semana y 12 va sesión).	64
Tabla 26 Registro de frecuencia e intensidad de emociones del paciente pre, post test1 y Post test 2 (Primera, sexta y Doceava sesión).	66
Tabla 27 Registro de frecuencia y duración de conductas problema, Pre test y Post test (12 Sesión).	68

Lista de Gráficos

Grafico 1. Puntaje del inventario de depresión de Beck (pre y post test).	52
Grafico 2. Línea Base de Pensamientos Negativos	54
Grafico 3. Línea Base de Frecuencia de Emociones.	55
Grafico 4. Línea Base de Intensidad de Emociones.	55
Grafico 5. Línea Base de Frecuencia de Conductas Problema	57
Grafico 6. Línea Base de duración de Conductas Problema	57
Grafico 7. Línea de Tratamiento Pensamientos Negativos pretest (Primera semana) y Post test (Sexta semana).	59
Grafico 8. Línea de Tratamiento de la Frecuencia de las Emociones Pre test (Primera semana) y Post test (Sexta semana).	61
Grafico 9. Línea de Tratamiento de la Intensidad de las Emociones Pre test (Primera semana) y Post test (Sexta semana).	61
Grafico 10. Línea de Tratamiento de la Frecuencia de las conductas Pre test (Primera semana) y Post test (Sexta semana).	63
Grafico 11. Línea de Tratamiento de la Duración de las Conductas Pre test (Primera semana) y Post test (Sexta semana)	63
Grafico 12. Línea de Seguimiento de los pensamientos negativos. (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera, sexta y doceava sesión.	65
Grafico 13. Línea de Seguimiento de los pensamientos negativos. (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera, sexta y doceava sesión.	67
Grafico 14. Línea de Seguimiento de Intensidad de Emociones. (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera, sexta y doceava sesión	67
Grafico 15. Línea de Seguimiento de Frecuencia de Conductas. (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera, sexta y doceava sesión.	69
Grafico 16. Línea de Seguimiento de duración de Conductas. (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera, sexta y doceava sesión.	69

INTERVENCION COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UNA MUJER ADULTA CON DEPRESION

Evelyn Yasmin Calderón Obregón

Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

Se presenta la intervención en el caso de una mujer adulta con Depresión, a través de la terapia cognitivo conductual; el objetivo es disminuir la sintomatología depresiva mediante un programa de intervención. La evaluación se realiza a través del Inventario de Depresión de Beck,

Cuestionario de Personalidad de Eysenck, y el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon; entrevista y observación psicológica. Para la intervención cognitivo conductual se utilizaron técnicas como psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación, auto instrucciones, autorregistros, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva.

Los resultados encontrados en la evaluación post test muestran la disminución de los síntomas depresivos, comprobando de esta manera la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión.

Palabras clave: Depresión, intervención, terapia cognitivo-conductual.

COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION FOR AN ADULT WOMAN WITH DEPRESSION

Evelyn Yasmin Calderón Obregón

Universidad Nacional Federico Villarreal

Abstract

The intervention is presented in the case of an adult woman with depression, through cognitive behavioral therapy; The objective is to reduce depressive symptoms through an intervention program. The evaluation is done through the Beck Depression Inventory, Eysenck Personality Questionnaire, and the Millon Multiaxial Clinical Personality Inventory; interview and psychological observation. Techniques such as psychoeducation, training in relaxation techniques, self-instruction, self-registration, problem solving training and cognitive restructuring were used for cognitive behavioral intervention.

The results found in the post test evaluation show the decrease in depressive symptoms, thus checking the efficacy of cognitive behavioral therapy in the treatment of depression.

Keywords: Depression, intervention, cognitive behavioral therapy.

I. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, actualmente la padecen más de 300 millones de personas. Señala además que la depresión es un problema de salud preocupante, especialmente cuando su intensidad es de moderada a grave, causa sufrimiento, altera las actividades laborales, sociales, escolares y familiares, en el peor de los casos induce al suicidio. Según la OMS anualmente se suicidan cerca de 800 000 personas, nos indica que es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Un artículo publicado por el Diario el Comercio (2018) brinda cifras del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) Honorio Delgado-HideyoNoguchi en relación a la depresión, donde se estima que al menos dos millones de peruanos sufren esta enfermedad. Según dichas estadísticas en el Perú, 334 personas se quitaron la vida en el año 2016, de las cuales 267 de esas muertes fueron provocadas por la depresión.

La depresión según nuestros manuales de diagnósticos DSMV y CIE 10 se caracteriza por el ánimo depresivo, pérdida o desinterés en sus actividades diarias, aumento de la fatiga, que afectan el desarrollo de las actividades laborales, académicas, sus relaciones interpersonales, y su vida diaria, teniendo la sintomatología una duración de por lo menos dos semanas.

Un artículo de la OMS (2018) sobre salud en la mujer, afirma que la depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%) siendo esta enfermedad una de las causas más importantes dentro de la carga de morbilidad femenina.

En el presente trabajo se expone la intervención cognitivo conductual a una paciente adulta con un diagnóstico de depresión moderada según los criterios del CIE 10. El objetivo es disminuir los síntomas depresivos a través de la terapia cognitivo conductual.

1.1 Descripción del Problema

Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos : E. A.
- Edad : 29 años
- Lugar y fecha de nac. : 06 de Diciembre de 1989.
- Grado de instrucción : Universitaria Completa.
- Derivado por : Neurología.
- Dirección : Rímac.
- Fecha de entrevista : Noviembre 2018.
- Lugar de entrevista : Lima
- Terapeuta : Psic. Evelyn Yasmin Calderón Obregón

• Motivo de Consulta

Mujer de 29 años de edad con educación superior, acude a consulta a solicitud de su esposo, quien la ha observado irritable y melancólica, refiere: “Hace 6 meses que no tengo ganas de nada”. Lloro al narrar: “Me enteré que mi esposo salió con una chica a mis espaldas y desde ahí no puedo vivir tranquila, nosotros somos una pareja sólida, no me imagino sin él”, comenta: “Me llegó un mensaje donde me decían que mi esposo me engañaba con una chica, él dice que no pasó nada, pero yo tengo mis dudas al respecto, creo que me va dejar y que me va a engañar, siento que estos años de felicidad fueron mentira”.

En cuanto a sus relaciones sociales comenta: “No tengo más que algunos amigos, de los cuales me aleje por estar con mi marido, él es mi mundo, ahora no tengo ganas de viajar, ni ver a nadie, ni siquiera de trabajar”. Refiere sentir desgano al ir a su trabajo, por lo que argumenta excusas para no asistir y evadir situaciones sociales.

La usuaria refiere tener desgano, llanto fácil, disminución de apetito, dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, tristeza y pensamientos negativos constantes sobre su situación conyugal, a su vez, presenta pensamientos irracionales, ideas de culpa, aislamiento social, ansiedad, cólera, vergüenza y malestar corporal.

- **Problema Actual**

- **Presentación del Problema Actual**

Paciente acude a consulta porque hace 6 meses presenta pensamientos negativos y cambios de humor que afectan su repertorio conductual y estabilidad emocional; siente tristeza (8/10), experimenta ansiedad (7/10) vergüenza (6/10), cólera (9/10). Cuando llega a casa y se encuentra con su esposo, presenta taquicardia, dolor de cabeza, hiperventilación, sudoración, refiere sentirse irritable y molesta; con desgano al realizar sus actividades diarias “después del trabajo se hecha a la cama”, tiene dificultad para conciliar el sueño, sensación de cansancio, falta de apetito y sentimiento de culpa (8/10) porque piensa que descuido a su esposo y este le fue infiel. Ha perdido el interés en salir con amigos, o su esposo, ante la insistencia de ellos reacciona de manera violenta e inventa excusas para no asistir.

Tiene pensamientos negativos como: “Mi esposo no me quiere, está conmigo por compromiso”, “Que va a ser de mi vida, si el me deja por otra” “Mi matrimonio es una mentira y

es mi culpa por trabajar tanto” experimenta tristeza (9/10) y ansiedad (7/10) y culpa (9/10), llora, grita y busca alivio en su cuarto, en el cual ya no duerme con su esposo.

Por otro lado, manifiesta pensamientos cómo: “Es un desgraciado, yo no merecía que me engañara”, “Quisiera desaparecer, y no ver a nadie”, “Me quedare sola ya nadie me va querer”. Experimenta tristeza (9/10), ansiedad (7/10) y cólera (7/10) llora e intenta distraerse con la televisión o dormir para no pensar en su problema.

A la hora de ir al trabajo, presenta desgano al levantarse y arreglarse, admite haber descuidado su apariencia personal ya que piensa “Soy fea, por gusto me maquillo” “Si se enteran se van a burlar de mí, seré una fracasada”. En ocasiones se reporta enferma y falta al trabajo. Siente tristeza (8/10), ansiedad (7/10) y cólera (6/10), llora, muestra desinterés al realizar su trabajo.

Cuando sus amigos la invitan a salir o preguntan por su esposo “Quisiera desaparecer y no ver a nadie” “A ellos que les importa, seguro saben algo, que vergüenza” inventa excusas para evitar reuniones sociales incluso evitar ver a sus mejores amigos y familiares.

Siente tristeza (9/10), ansiedad (7/10) y vergüenza (6/10), llora a escondidas y discute con su esposo.

Presenta pérdida de peso corporal, ya que a la hora del almuerzo en su trabajo prefiere comer sola y evitar preguntas de sus compañeros sobre su esposo, en ocasiones no almuerza por falta de apetito y desgano. Refiere: “No tengo hambre, me siento muy triste”.

Al ver a su pareja, escucharlo por teléfono, leer sus mensajes, ver videos o fotos con su esposo, siente tristeza (9/10), ansiedad (7/10) y cólera (7/10), termina llorando, peleando, lo bota

de la casa, pero luego se arrepiente y termina disculpándose. No puede conciliar el sueño fácilmente, se despierta por las noches, o se queda por horas pensando en lo sucedido, en esos momentos piensa: “ En cualquier momento se terminara y es mi culpa, ya no puedo más”; continua, con ideas como: “el ya no me quiere, en cualquier momento me va dejar”; siente tristeza (9/10) y culpa (8/10), llora, luego se queda dormida; por ello, en el día siente desgano, sueño y debilidad.

Cuando su esposo le pide disculpas y es cariñoso con ella piensa, “Es un hipócrita, el ya no me quiere”, “El solo me usa y se burla de mí”, siente cólera (8/10) ansiedad (7/10) taquicardia, dolor de cabeza, tensión física. Termina peleando con él, reclamándole e insultándole para luego arrepentirse y disculparse. Piensa: “No quiero perder mi familia, yo lo amo”.

- Desarrollo cronológico del problema

La niñez de la evaluada se dio en Lima, distrito del Rímac, tenía un soporte materno estable, según recuerda, su padre viajaba mucho y no vivía con ella, lo veía una vez al mes o a veces menos, por lo que lo extrañaba mucho y la ponía muy triste que la dejara, recuerda días sin comer, llorando por la partida de su papá. Sin embargo cuando él venía a visitarla la llenaba de regalos y juguetes.

A la edad de 9 años, mediante una tía, se entera que su papá tenía otra familia, lo cual la lleno de pena, pero prefirió pensar que era mentira, ya que al consultarlo con su madre, ella lo negó. A los 10 años se empezó a dar cuenta que su padre no estaba presente en su vida, ni en sus logros importantes, y que su madre sufría por su ausencia, por lo que empezó a sentir rechazo hacia esa figura, lo veía más como un tío lejano que como su padre.

A los 12 años confirma que su padre tenía otra familia, por lo que empezó a decirle a su madre que se separe, ya que él no las quería y solo les hacía daño. Cuando ella tenía 14 años sus padres se separan definitivamente, estando la paciente de acuerdo, ya que consideraba que nunca fueron una familia de verdad. Adicionalmente recuerda haber sido una adolescente muy tímida y desconfiada en sus interacciones sociales en especial con los varones de su edad.

No tuvo enamorado hasta su último año de secundaria a los 16 años, con él se mostraba muy temerosa, refiere haber iniciado su primera relación más por curiosidad que por amor. Estuvieron 5 años juntos, de los cuales al inicio ella era muy fría, poco a poco, se fue encariñando, llegando a enamorarse de esa persona. En el último año de relación a sus 21 años, él se volvió muy distante, salía mucho a fiestas sin ella, terminando porque la relación se volvió monótona y aburrida

Después de su primera relación salió con algunos chicos pero no llegó a tener nada formal por su timidez, hasta conocer a su esposo con quien inició una relación estable, casándose 3 años después a sus 26 años, él siempre fue cariñoso y detallista, siendo exactamente lo que ella esperaba en una relación. Actualmente tienen 2 años y 9 meses de casados.

Los problemas con su esposo iniciaron cuando le mandaron un mensaje anónimo contándole que su esposo la había engañado, al consultarle sobre ello, él aceptó que salió con una amiga de su trabajo a cenar y que fue su amiga la que intentó besarlo, por lo que él decidió tomar distancia de la chica. No hubo pruebas reales de su infidelidad ya que la mujer involucrada negó haber tenido relación alguna con su esposo.

- Historia Personal

El embarazo fue un parto normal sin contratiempo, fue una bebe no planificada pero esperada por parte de ambos padres según refiere su madre: “Mi hija era una niña tranquila, de pocos amigos siempre fue muy obediente, ella extrañaba mucho a su padre, creo que por eso era una niña tan callada”, “Su padre fue ausente, nos quedamos juntos por el nacimiento de la bebe”.

Tuvo un desarrollo postnatal de acuerdo a lo esperado, cuando era niña se quedaba callada frente a personas desconocidas y no le gustaba ser observada o participar en actividades escolares, resaltando su dificultad para las interacciones sociales ya que desde muy pequeña siempre fue tímida.

Su madre refiere que cuando su padre llegaba a casa ella estaba muy contenta pero cuando se iba lloraba desconsoladamente por horas, comenta; “A veces se abrazaba fuerte de él y no lo quería soltar, ella lo quería mucho”. Sus padres no utilizaban castigos físicos,

utilizaba medidas correctivas, como quitarle algún juguete o prohibirle salidas al parque.

Paciente refiere: “Cuando mi padre nos dejaba sentía mucha pena, me quedaba muy triste y cuando mi madre se demoraba en el trabajo me asustaba, tenía miedo, en ocasiones pensaba de que se iría lejos igual que mi padre”.

Estudió en un colegio inicial estatal siendo sus notas las esperadas, estudiando de igual manera la primaria en un colegio estatal donde tuvo excelentes notas ocupando los primeros puestos, siendo siempre su conducta y rendimiento escolar óptimos. En secundaria tuvo

dificultades con las matemáticas, física y química sin embargo logro aprobar las materias y terminar su secundaria con un buen promedio.

En la adolescencia llego a tener algunas amigas pero era muy insegura en su relación con los varones, siendo una alumna promedio en el colegio.

Tuvo su primer enamorado a los 16 años con el que duro 5 años y no tuvo relaciones sexuales hasta los 18 años. Terminaron a sus 21 años, se mantuvo soltera un tiempo hasta que conoció a su actual esposo con quien tuvo una relación de 3 años casándose a los 26 años por civil y religioso. En la actualidad llevan 2 años y 9 meses de casados.

Estudio administración en la Universidad Nacional de San Marcos donde se recibió en el año 2012, inicio a trabajar en su último año de carrera, refiere haberse sentido dichosa en su trabajo, dejándolo posteriormente por una mejor oportunidad laboral. A la fecha trabaja como asistente en el departamento de recursos humanos de una empresa privada, refiere sentirse cómoda, se lleva muy bien con sus compañeros de trabajo, nos comenta:

“siento que soy amigable, intento ser educada y llevarme bien con todos” tiene un soporte estable de dos mejores amigas de la escuela, lleva una relación social esperada a nivel laboral, sin embargo, a raíz de los problemas con su esposo, presenta desgano al salir con amigos o compañeros de trabajo o cualquier actividad social.

En la actualidad siente rechazo hacia su esposo, falta de interés sexual y contacto físico. Refiere: “Creo que mi falta de experiencia a nivel sexual hace que mi esposo se aburra conmigo”

“Me siento triste, siento que perderé mi familia”.

- **Historia Familiar**

La paciente vive a la actualidad con su esposo. Es hija única de padres separados. Tiene una relación estable con su madre y una relación lejana con su padre. Refiere saber que tiene hermanastros de parte de su padre pero no los conoce ni mantiene relación alguna con ellos.

Tabla 1.

Datos Familiares de la Evaluada.

Parentesco	Nombre	Edad	Grado Instrucción	Ocupación	Características
Padre	Lucho	58	Superior	Administrador	Relación distante, se ven dos o 3 veces al año, en ocasiones sociales y no hay un trato cercano.
Madre	María	57	Secundaria completa	Ama de Casa	mantiene una buena comunicación, se ven semanal y tienen una relación sólida y de confianza.
Esposo	Juan	15	Superior	Ingeniero Industrial	Relación buena hasta hace 6 meses que iniciaron los rumores de una presunta infidelidad e iniciaron las dudas y malestar de parte de ella. En la actualidad tienen una relación tensa ya que ella no confía en él.

Fuente: Elaboración propia

Análisis Funcional de la Conducta

Tabla 2

Análisis funcional de la conducta depresiva

Estímulo discriminativo	Conducta del paciente	Estímulo Reforzador
En las mañanas al ir al trabajo.	<p>Fisiológico Dolor de cabeza, sueño, desgano y, falta de apetito.</p> <p>Motor Llora. Se queda en cama sin hacer nada.</p> <p>Emocional Tristeza (9/10)</p>	<p><u>Reforzamiento negativo</u> Piensa: “Quisiera olvidar todo y desaparecer”. Se reporta enferma y se queda en Casa.</p>
Cuando sus amigos del trabajo la invitan a reuniones sociales.	<p>Fisiológico Taquicardia Hiperventilación.</p> <p>Motor Llora.</p> <p>Emocional Vergüenza (6/10) Ansiedad (7/10)</p>	<p><u>Reforzamiento positivo</u> Inventa excusas Sus amigos no insisten al ver su negativa. Alivio- ansiedad</p>
Al estar en casa y observar fotos, videos y redes sociales.	<p>Motor Llora.</p> <p>Emocional Tristeza (7/10) Ansiedad (7/10) Culpa (8/10) Cólera (7/10)</p>	<p><u>Reforzamiento positivo</u> Llora y grita. Disminuye la tristeza</p>
Cuando su esposo llega del trabajo e intenta conversar con ella.	<p>Fisiológico Taquicardia, falta de apetito hiperventilación e Insomnio.</p> <p>Motor Llora. Grita e insulta</p> <p>Emocional Tristeza (7/10) Ansiedad (7/10) Culpa (8/10) Cólera (7/10)</p>	<p><u>Reforzamiento positivo</u> Llora, grita y lo insulta. Alivio- ansiedad</p>

Fuente: Elaboración propia

Análisis Cognitivo

Tabla 3

Análisis de las creencias

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y conducta (C)
En las mañanas al levantarse para ir al ir al trabajo.	“No tengo ganas de nada, quisiera desaparecer”	Tristeza (9/10) Se reporta enferma y falta al trabajo.
Cuando sus amigos del trabajo la invitan a reuniones sociales.	“Si mis amigos se enteran se van a burlar no quiero contestar preguntas, ni ver a nadie”	Vergüenza (6/10) Ansiedad (7/10)
Cuando su esposo llega del trabajo e intenta conversar con ella.	“Mi esposo no me quiere, está conmigo por compromiso”, “Que va a ser de mi vida, si el me deja por otra”	Tristeza (9/10) Ansiedad (7/10) Culpa (8/10) Cólera (7/10)
Al estar en casa y observar fotos, videos y redes sociales.	“Mi matrimonio es una mentira y es mi culpa” “el ya no me quiere, en cualquier momento me va dejar”	Tristeza (9/10) Ansiedad (7/10) Culpa (8/10) Cólera (7/10)

Fuente: Elaboración propia

Diagnostico Funcional

Tabla 4

Conductas en exceso, debilitamiento y déficit relacionados con la depresión.

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Taquicardia Dolor de cabeza Hiperventilación Inquietud motora Tensión muscular	Disminución del apetito Disminución del sueño.	Actividad física. Actividades de relajación. - Actividades sociales.
Gritar Insultar Llorar Encerrarse en su cuarto.	Asertividad Control de impulsos	Control de los impulsos
Culpa Ansiedad Tristeza Cólera	Desgano Desmotivación en sus actividades diarias. Sensación de cansancio Descuido en su apariencia personal	Falta de motivación y alegría. Falta de interés en sus actividades.
-Pensamientos de fracaso, culpa, y cólera: Me quedare sola ya nadie me va querer”, “Mi matrimonio es una mentira y es mi culpa por trabajar tanto” “Es un desgraciado, yo no merecía que me engañara”	Relaciones sociales óptimas.	-No posee pensamientos positivos, racionales

Fuente: Elaboración propia

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Nacionales

Huaynates (2019) realizó un estudio de caso en Lima para disminuir la sintomatología depresiva y los sentimientos de culpa, en una mujer de 40 años, mediante la intervención cognitivo conductual. Los instrumentos para recolectar los datos que utilizo fueron: entrevista,

línea base, auto registros, análisis funcional y cognitivo, Inventario de Beck y la Escala de Personalidad de Eysenck. Asimismo, se aplicó las técnicas cognitivas conductuales como relajación, auto instrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva. Se emplea el diseño univariable multicondicional ABA, con la finalidad de reestructurar los pensamientos desencadenantes de emociones y comportamientos perjudiciales. Los resultados manifiestan una disminución del nivel de depresión, reducción de pensamientos, emociones y comportamientos negativos para la usuaria según las evaluaciones de seguimiento, de esta manera, al finalizar la fase de tratamiento se ratifica la efectividad de las técnicas empleadas para el caso de depresión.

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

López (2016) realizó una investigación en Lima para un episodio depresivo de un paciente adulto de 29 años, con el objetivo de reducir la sintomatología depresiva, mediante la aplicación de la técnicas cognitivo conductuales, empleando para ello el diseño de caso único: se utilizó

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

1.2.2 Antecedentes Internacionales

Antón (2016) efectúa una investigación en España relacionada con la intervención de la terapia cognitivo-conductual en una paciente adolescente española de 18 años de edad, con trastorno depresivo mayor; según el estudio, el objetivo fue analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento determinado, que permita la reducción de la sintomatología depresiva. Los puntajes obtenidos con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) fue de 31 puntos (depresión severa) antes de la intervención, después del tratamiento cognitivo-conductual en el que se usaron las técnicas de activación conductual, psicoeducación, entrenamiento en respiración

diafragmática, técnicas de asertividad, autoinstrucciones de afrontamiento y reestructuración cognitiva, concurrió en 17 (no presencia de sintomatología depresiva); por tal se logra el objetivo principal de la investigación que era la reducción de los síntomas depresivos. Se demuestra así la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión.

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

Caballero (2014) elaboro un modelo de intervención en mujeres con depresión en México, su objetivo principal fue el de comparar el nivel de depresión después de la intervención cognitivo conductual a un grupo de 15 mujeres adultas jóvenes entre 15 a 49 años con depresión moderada a severa. Utilizo el diseño investigativo pre-experimental de pre y post prueba, el instrumento, su instrumento de medición fue la escala de auto medición de Zung para depresión. El programa de intervención en el enfoque cognitivo conductual se basó en seis sesiones, semanales de dos horas de duración con técnicas como: actividades programadas, asignación de tareas graduales, reconocimiento, evaluación y modificación de pensamientos automáticos negativos que cambien la visión negativa hacia su persona, el entorno y futuro. Los resultados luego de la intervención

cognitivo conductual dieron como resultado que los niveles de depresión disminuyeron de depresión mínima a normal.

1.2.3 Basamento Teórico

- Variable dependiente: Depresión

La OMS (2017) define la depresión como un trastorno mental cada vez más frecuente, que tiene como sintomatología la labilidad emocional, desinterés, tristeza, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño, disminución del apetito, cansancio y falta de atención.

Beck (1983 mencionado por López 2016) señala que la depresión es principalmente un trastorno del pensamiento más que del estado de ánimo, caracterizado por pensamientos negativos acerca de sí mismo, la situación y el futuro, que conforman la triada cognitiva. Según Beck las atribuciones de los individuos deprimidos serán personales; es decir las personas deprimidas se culparán así mismas por cualquier cosa mala que suceda, y cuando suceda algo bueno lo atribuyen a la suerte. (p. 305)

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10 – 1992) señala que los episodios depresivos (**F32**) se caracterizan por un estado de ánimo bajo, disminución de la energía y la actividad. Presenta un cansancio frecuente incluso tras un esfuerzo mínimo, falta de concentración y atención. Se altera el sueño y disminuye el apetito. Se manifiestan ideas de culpa, minusvalía e inferioridad, viéndose afectadas su autoestima y habilidades sociales. A su vez refiere que denota desanimo, puede acompañarse de los denominados síntomas "somáticos", como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de

la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido.

- **Clasificación de los Episodios Depresivos**

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

- **Episodio depresivo leve (F32.0.)**

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

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

- Humor depresivo en rangos anormales para la persona, que están presente la mayor parte del día por varios días consecutivos, sin ser influidos por las circunstancias externas y que persisten durante al menos dos semanas.
- Pérdida de interés o disminución de la capacidad de disfrute en actividades que anteriormente le eran placenteras.
- Disminución de la energía o aumento de la fatiga. Además, debe estar presente uno o más de los siguientes síntomas:

Pérdida de confianza o disminución de la autoestima, sentimientos de autorreproche o sentimientos de culpa, pensamientos continuos de muerte o suicidio, o presencia de

conductas suicidas, disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, alteración del sueño y cambio en el apetito. Puede haber o no síndrome somático.

- Episodio Depresivo Moderado (F32.1)

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

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

Debe presentar dos de los siguientes síntomas: humor depresivo anormal, presente la mayor parte del día, que no tiene influencia en las circunstancias externas durante al menos dos semanas, pérdida de interés en actividades que normalmente eran placenteras y disminución de la energía o aumento de la sensación de fatiga.

Presencia de síntomas adicionales para sumar un total de al menos seis síntomas como: pérdida de confianza o disminución de la autoestima, sentimientos de autorreproche o de culpa excesiva, pensamientos recurrentes de muerte o conducta suicida, disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento, alteración del sueño, cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso. Puede haber o no síndrome somático.

- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)

Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8, los síntomas son marcados, pérdida de la autoestima y sentimientos de culpa e inutilidad; así mismo ideas y acciones suicidas.

- **Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)**

A las características del episodio depresivo grave se le agregan los síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios; también se observa retardo psicomotor y llegar al estupor.

Otros episodios depresivos (F32.8)

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

Episodio depresivo, no especificado (F32.9)

Incluye depresión sin especificación y trastorno depresivo sin especificación.

Epidemiología de la Depresión

Un artículo publicado por el Diario el Comercio (2018) brinda estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) Honorio Delgado-Hideyo Noguchi en relación a la depresión, donde afirman que dos millones de peruanos sufren la enfermedad. Según dichas estadísticas en el Perú, 334 personas se quitaron la vida en el año 2016, de las cuales 267 muertes fueron provocadas por la depresión.

Investigaciones pasadas del Hospital Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (2002, 2003 y 2004) señalan que en Lima Metropolitana hay una prevalencia de 18,2%³, en la sierra peruana de 25 16,2%⁴ y en la Selva de 21,4%⁵.

Según la OMS (2018) anualmente se suicidan aproximadamente 800 000 personas en el mundo, siendo el suicidio por depresión la segunda causa de muerte entre las edades de 15 a 29 años.

Variable Independiente: Terapia Cognitivo Conductual

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

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

Puerta y Padilla (2011) señalan que la Terapia Cognitivo Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, se basa en lograr que el paciente modifique sus pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más funcionales para hacer frente a sus problemas. Se encuentra conformada por técnicas e intervenciones estructuradas que se ponen en práctica luego de una evaluación de la sintomatología del paciente.

La Terapia Racional Emotiva de Ellis

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

Ellis, planteaba que el pensamiento, la emoción y la conducta se encontraban interconectados entre sí y que la modificación en uno de ellos influye en los otros, empoderando al individuo para el cambio de cogniciones, creencias y pensamientos irracionales y generar reformas en lo emocional y conductual. A su vez señala dentro de su teoría, la existencia de conductas disfuncionales presentes en la depresión; su modelo teórico denominado el ABC, hace referencia a que existen pensamientos racionales e irracionales que tienen relación con la salud mental (Caro, 2007).

La Terapia Cognitiva de Beck

Beck, propuso diversas alternativas que han permitido la intervención y tratamiento de la depresión y los estados emocionales a su vez aportar un modelo cognitivo de la depresión, y su tratamiento fuertemente efectivo, permitiéndose combinar técnicas conductuales y cognitivas. Dentro de su modelo considera tres componente: la tríada cognitiva, el cual se basa en tres patrones cognitivos distorsionados presentes en el paciente depresivo: visión negativa de sí mismo, tiende a interpretar sus experiencias de manera negativa y visión negativa de su futuro. Los esquemas, comprendidos como

aquellas actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto y son estos los que lo conllevan a transformar la información que tiene el individuo en cogniciones o pensamientos adecuados o inadecuados. (Aguilar, 2019).

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

- **Evaluación Cognitivo Conductual para la Depresión**

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

(Caballo, V. 1997).

- **Entrevistas Conductuales para la Depresión**

Se recomienda realizar una entrevista clínica en la que se representen situaciones problemáticas identificadas por el paciente. El trabajo del entrevistador será observar cuidadosamente la actuación del paciente, el volumen, el tono, el contenido de su lenguaje, la mirada, la postura, y gestos de su evaluado. (Caballo, V. 1977).

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

- **La Observación en la Evaluación Conductual**

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

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

Los autoinformes tienen la finalidad de investigar acerca de la intensidad de los síntomas, la probabilidad de suicidio, sus habilidades y ajuste social, cogniciones negativas y nivel de actividades. (Fernández-Ballesteros, 1994) señala entre las principales: La escala de depresión de Beck, la autoescala de depresión de Zung, la lista de adjetivos depresivos de Lubin, y el inventario de personalidad multifásico de Minnesota.

- **Los Autorregistros conductuales**

Consiste en registros diarios de los acontecimientos. Estos registros son útiles para evaluar las conductas del paciente y para proporcionar información sobre su ambiente social y los refuerzos sociales con los que cuenta. Caballo, V. (1997). A su vez sirven para identificar la conducta problema, el origen de la línea base y el conocimiento de la

variable dependiente para evaluar los efectos del tratamiento al final del proceso (Buela-Casal, 2004).

El análisis funcional en la evaluación conductual

El análisis funcional brinda un modelo de formulación de casos clínicos, brinda un resumen de los problemas del paciente, las variables con las que correlacionan, que hipotéticamente afectan a dichos problemas (Haynes y O'Brien, 1990 citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

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

Técnicas Cognitivo Conductuales

- La programación de actividades positivas

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

- Técnica de Agrado y Dominio

Caro (2011) refiere que esta técnica se basa en que la paciente elige actividades agradables que desearía hacer y que por su sintomatología no las realiza, considerándose la sensación de alcanzar un objetivo y el sentimiento de agrado por haberlo hecho, a su vez se identifica y modifica las cogniciones negativas y por último los pacientes observan los cambios en su estado de ánimo con una escala de dominio y agrado que puede ser del 0 a 10.

- **La asignación de tareas graduadas**

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

Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales

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

- **Técnica de relajación muscular de Jacobson**

La técnica de la relajación muscular progresiva, fue desarrollada por Jacobson, se basa en disminuir los niveles de activación mediante el descenso progresivo de la tensión muscular, consiste en aprender a discriminar entre sus estados ansiosos y sus estados de relajación, mediante el tensar y destensar los distintos grupos musculares. En la primera fase que es la de tensión, la contracción del músculo debe sentirse, facilitando así las sensaciones percibidas a la tensión, a su vez, la respuesta siguiente de relajación. En la segunda fase de relajación, se debe evitar algún esfuerzo activo y simplemente permanecer de forma pasiva mientras se experimenta la distensión muscular de soltar de prisa toda la tensión (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012)

- **Psicoeducación**

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

- **La reestructuración cognitiva**

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

- **La técnica de las tres columnas**

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

- **La técnica de solución de problemas**

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

- **Bloqueo de Pensamiento**

Su aplicación consiste en controlar los pensamientos negativos, poco saludables, dañinos que se dan frecuentemente generando conductas desadaptadas mediante las auto instrucciones que son frases previamente elaboradas por la paciente para usarlas en momentos de tensión, reemplazando los pensamientos automáticos por las autoinstrucciones. , se plantea la tarea para que la realice en horas especificadas, repitiéndola de 10 a 20 veces en cada ocasión Raich (1991; citado en Buela-Casal y Sierra,2004).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual para que la paciente pueda desarrollarse integralmente en los aspectos personales, familiares y laborales.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Disminuir las distorsiones cognitivas e ideas irracionales, mediante la reestructuración cognitiva, y búsqueda de creencias racionales.
- Reducir los pensamientos automáticos mediante la detención de pensamientos y reestructuración cognitiva.
- Disminuir las respuestas fisiológicas a través de la psicoeducación, técnicas de relajación, autoinstrucciones, detención del pensamiento y uso de actividades de agrado.

- Disminuir las respuestas emocionales con técnicas de relajación, aumento de actividades recreativas y físicas, psicoeducación, técnicas de asertividad, termómetro del ánimo, y autoinstrucciones.
- Incrementar el nivel de actividades recreativas y satisfactorias, a través de asignación de tareas graduales, ensayo conductual, autoinstrucciones y programa de actividades satisfactorias.
- Disminuir las conductas depresivas mediante técnicas de autocontrol, técnicas de relajación, autoinstrucciones, entrenamiento en solución de problemas y asertividad.

1.4 Justificación

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

Por ello es fundamental una adecuada evaluación, intervención y seguimiento, para disminuir la estadística de suicidios y pacientes ingresados a centros psiquiátricos y hospitales de salud mental con dicho diagnóstico.

Este trabajo de investigación busca disminuir la sintomatología depresiva mediante la terapia cognitivo conductual y así proporcionar una guía de intervención para futuros casos similares, buscar la prevención mediante el diagnóstico oportuno y tratamiento para dicha enfermedad.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

A partir del presente trabajo de investigación se espera disminuir la sintomatología depresiva de la paciente, mejorando su salud emocional y física, lo cual se verá reflejado en sus relaciones familiares, laborales y de pareja. Se espera reducir los pensamientos irracionales mediante técnicas cognitivo conductuales, aumentando sus pensamientos racionales positivos, teniendo una visión más optimista de su realidad actual, y un mejor pronóstico de su futuro a nivel personal, familiar y de pareja lo cual a su vez le generara sentimientos de aceptación y emociones saludables en su persona.

Esta intervención podrá ser replicada en casos con sintomatología depresiva con antecedentes similares a los señalados en el presente trabajo académico.

II. Metodología

2.1 Tipo de Investigación aplicada (Kerlinger, 1975). Diseño de caso único (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2015).

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

Informe del Inventario de Depresión de Beck

Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos : E. A.
- sexo : Femenino.
- Edad : 29 años
- Fecha de Entrevista : 15 de Noviembre del 2018.
- Psicólogo : Evelyn Yasmin Calderón O.

Motivo de Consulta:

Determinar el grado de Depresión de la evaluada.

Técnicas e Instrumentos Aplicados:

Inventario de Depresión de Beck.

Resultados del Inventario de depresión de Beck

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

Informe del Cuestionario de Personalidad de Eysenck

Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos : E. A.
- sexo : Femenino.
- Edad : 29 años
- Fecha de Entrevista : 15 de Noviembre del 2018.
- Psicólogo : Evelyn Yasmin Calderón O.

Motivo de Consulta:

Conocer el tipo de Personalidad de la evaluada.

Técnicas e Instrumentos Aplicados:

Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

Resultados del Cuestionario de Personalidad de Eysenck

Los resultados obtenidos de la prueba denotan una personalidad introvertida con temperamento melancólico y tendencia a la inestabilidad emocional, siendo una persona pasiva, calmada y ordenada con tendencia a fijar rutinas y hábitos bien estructurados, tiende a ser

reservada, excepto con amigos muy cercanos, puede ser algo pesimista e insegura, tiende a ser ansiosa e impulsiva, le otorga un gran valor a la ética, tiene dificultad para adaptarse a los cambios.

Tabla 5
Resultados del Cuestionario de Personalidad de Eysenck

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

Informe del Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon

Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos : E. A.
- sexo : Femenino.
- Edad : 29 años
- Fecha de Entrevista : 15 de Noviembre del 2018.
- Psicólogo : Evelyn Yasmin Calderón O.

Motivo de Consulta:

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

Técnicas e Instrumentos Aplicados:

Cuestionario de Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon

Resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon

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

Tabla 6

Resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon

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

Informe Psicológico Integrado

Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos : E. A.
- sexo : Femenino.
- Edad : 29 años
- Fecha de Entrevista : 15 de Noviembre del 2018.
- Psicólogo : Evelyn Yasmin Calderón O.

Motivo de Consulta:

Conocer el perfil psicológico de la evaluada.

Técnicas e Instrumentos Aplicados:

- Cuestionario de Personalidad de Eysenck.
- Cuestionario de Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon
- Entrevista Psicológica.
- Observación de Conducta.

Resultados de la Evaluación Psicológica:

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

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

A su vez denota una depresión moderada con llanto fácil, labilidad emocional, dificultad para conciliar el sueño, muestra pensamientos negativos de su presente, su entorno y su futuro, así

mismo se observa sentimientos de inferioridad sobre sí misma y culpa sobre su situación conyugal que limitan su desarrollo óptimo.

Conclusiones

- Presenta características de una personalidad introvertida melancólica con tendencia a la inestabilidad.
- Se observa una baja autoestima con una percepción negativa de sí misma, tiende a ser pesimista sobre su entorno y futuro.
- Denota Pensamientos negativos de su situación actual y sentimientos de culpabilidad sobre presunta infidelidad de su esposo.
- Tiende a aislarse socialmente lo que le genera sentimientos de soledad y rechazo del medio.
- Presencia a la fecha de evaluación una depresión moderada que afecta su entorno social, familiar y conyugal.

Intervención Cognitivo Conductual

Tabla 7
Sesión N° 1

Objetivo	Técnicas y actividades	Tareas
Conocer el motivo de consulta.	- Presentación y Bienvenida a la paciente. - Identificación del problema actual mediante la descripción de los síntomas en la entrevista.	
Crear un ambiente agradable para la paciente.	- Aplicación de la Escala de Depresión de Beck. - Se explica el programa de intervención y se aplica el encuadre terapéutico.	
Establecer el encuadre y la Alianza Terapéutica	- Se procede a la firma del consentimiento informado previa coordinación con la paciente.	

Tabla 8
Sesión N° 2

Objetivo	Técnicas y actividades	Tareas
Educar al paciente en relación a su enfermedad.	- Psicoeducación sobre depresión y el tratamiento cognitivo conductual a emplear. - Se realiza el contrato terapéutico y el compromiso paciente y terapeuta.	Elaborar un diario registro de los síntomas durante la semana.
Recolectar información de la paciente.	- Enseñar la Técnica de autoobservación autoregistros: Se inicia la elaboración del listado y el registro de duración, frecuencia e intensidad de los síntomas.	
Evaluar el área de personalidad de la paciente.	- Recolección de datos para la elaboración de la Historia Clínica de la paciente - Aplicación del Inventario multiaxial de personalidad de Millon II, y el cuestionario de personalidad de Eysenck- PEN.	

Tabla 9

Sesión N°3

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
<p>Brindar al paciente los resultados de la evaluación.</p> <p>Elaborar la Línea base y los objetivos del tratamiento.</p> <p>Conocer el mantenimiento de las conductas depresivas.</p> <p>Promover actividades saludables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar los resultados de la evaluación y resolver las dudas de la paciente. - Precisar los objetivos y elaborar la línea base mediante el registro de síntomas. - Acordar el contrato terapéutico. - Elaborar con la paciente el análisis funcional de sus conductas problemas. - Psicoeducar en la relación del reforzamiento positivo y negativo en el mantenimiento de sus conductas depresivas. - Promover el uso de actividades saludables. - Entrenar al paciente en registro de actividades diarias, basado en la técnica del agrado. 	<p>Tarea para la casa: Registro de síntomas y actividades diarias que realice durante la semana.</p>

Tabla 10
Sesión N° 4

Objetivo	Técnicas y actividades	Tareas
Promover actividades gratificantes para la paciente.	- Revisar las tareas asignadas la sesión anterior (registro de actividades). - programar y reforzar el uso de actividades positivas para el paciente.	Registro de actividades diarias. Usar la técnica del termómetro del estado de ánimo.
Psicoeducar en la relación situación, pensamiento, emoción y conducta.	- Explicar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conductas (ABC) - Aprender a usar la técnica del termómetro del estado del ánimo. - Enseñar a la paciente como usar la técnica de detención del pensamiento y sus beneficios.	Practicar las técnicas detención del pensamiento y respiración.
Aprender a reconocer sus pensamientos negativos, y tener el control mediante el uso de técnicas cognitivo conductuales.	- Psicoeducar a la paciente en técnicas de relajación.	

Tabla 11
Sesión N° 5

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Fomentar la Activación Conductual del paciente mediante la técnica de actividades de agrado y dominio.	- Se procede a revisar las tareas asignadas en la semana (Detención del pensamiento; registro de actividades y el uso del termómetro del estado de ánimo). - Revisar la relación del incremento de actividades y su estado de ánimo actual.	Elaborar un Registro de pensamientos automáticos de la depresión. A su vez realizar un Registro de actividades que le produzcan agrado.
Reconocer y Disminuir los pensamientos negativos.	- Se le enseña la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta. - Se enseña a la paciente la técnica de agrado/dominio mediante las actividades diarias que le generan bienestar.	Practicar la técnica respiración y relajación muscular progresiva aprendida en la consulta.
Disminuir los niveles de ansiedad y tristeza.	- Se Psicoeduca a la paciente en pensamientos automáticos y su relación en el mantenimiento de las conductas y como realizar la técnica de detención del pensamiento. - Se le enseña la Técnica de relajación muscular progresiva	

Tabla 12
Sesión N° 6

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Reconocer y reforzar las actividades agradables para la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Se procede a revisar las tareas asignadas la sesión anterior. • Se educa a la paciente en Asignación y elección de tareas graduadas. 	Registrar de distorsiones cognitivas.
Conocer las distorsiones cognitivas y pensamientos irracionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Se enseña la técnica de Auto instrucciones y se procede a la práctica. • Se analiza los pensamientos negativos para su detención por el paciente. 	Practicar las técnicas de relajación muscular progresiva.
Disminuir los pensamientos irracionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Se psicoeduca a la paciente en distorsiones cognitivas y se le brinda ejemplos. • Se prosigue con la Técnica de relajación muscular progresiva 	Realizar actividades agradables elegidas en la sesión y las autoinstrucciones.
Disminuir los niveles de ansiedad y depresión.		

Tabla 13
Sesión N° 7

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Reforzar el uso actividades saludables	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar las tareas asignadas la sesión anterior. - Practicar el Autoreforzamiento de actividades saludables con amigos y familia. 	Se indica al paciente que continúe con el registro de sus actividades diarias.
Disminuir niveles de depresión (emociones como: tristeza, cólera, culpa y ansiedad)	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar la jerarquización de las actividades agradables que realizara la paciente en la semana. 	Realizar el Registro de las distorsiones cognitivas.
Disminuir los pensamientos irracionales que mantienen la depresión y fomentar pensamientos racionales.	<ul style="list-style-type: none"> - Se Practica la relajación muscular progresiva. - Se psicoeduca sobre el debate ABCDE optando por pensamientos racionales en situaciones críticas. - Uso de técnica de reatribución. 	Practicar relajación muscular progresiva.

Tabla 14
Sesión N° 8

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Disminuir los niveles de Depresión.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión las Actividades diarias y tareas asignadas la sesión anterior. • Se psicoeduca en conductas de evitación, escape y su relación con la depresión. • Realizar un listado de las actividades gratificantes. Se promueve el uso de nuevas actividades gratificantes de su interés. • Se realiza el Debate ABCDE: Para buscar e implementar pensamientos racionales. • Se realiza la autovaloración de sí misma, se motiva el cuidado y arreglo personal. • Se contrasta los pensamientos irracionales de sí misma con la realidad. • Manejo de técnicas de control encubierto. 	<p>Programa de actividades semanales incluyendo actividades nuevas de su interés.</p> <p>Hacer el registro del ABCDE.</p> <p>Practicar las Técnicas de relajación.</p>
Promover actividades gratificantes para el paciente.		
Incrementar sus niveles de autoestima y autopercepción.		
Disminuir conductas de escape y evitación.		

Tabla 15
Sesión N° 9

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Incrementar los pensamientos de autoeficacia y sensación de logro.	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisó las tareas asignadas la sesión anterior, el programa de actividades, el registro de auto-refuerzos, y las distorsiones cognitivas. - Se entrenó a la paciente en la comunicación asertiva y el reconocimiento de sus logros. - Se continua con la Reestructuración cognitiva. - Se practica la relajación diafragmática 	<p>-Programar actividades semanales agradables y de dominio.</p> <p>-Mantener el Registro de pensamientos.</p> <p>-Practicar la relajación.</p> <p>Practicar las conductas asertivas.</p>
Disminuir de conductas de evitación.		
Disminuir niveles de ansiedad.		

Tabla 16
Sesión N° 10

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Elaborar metas personales.	- Revisión de las tareas asignadas la sesión anterior, reforzar las actividades ejecutadas.	-Programa de actividades semanales,
Fomentar pensamientos asertivos y adaptativos.	- Identificar los esquemas que explican sus distorsiones cognitivas.	Registro de metas personales a corto plazo elegidas y realizadas.
Incrementar su autoestima.	- Psicoeducar en auto-eficacia y auto-valía. Mediante los resultados obtenidos como forma de auto-eficacia. Elaboración de sus metas personales a corto plazo. Implementar actividades sociales y la comunicación asertiva.	
	- Practicar relajación mediante la visualización.	

Tabla 17
Sesión N° 11

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Incrementar actividades saludables relacionadas a las metas personales.	Revisar las tareas y registros programados para esta sesión. Se elabora con la paciente en su FODA. Resolución de problemas y toma de decisiones.	-Programación de actividades diarias Mantener el registro de metas personales.
Construir un proyecto de vida personal	Se planifica sus metas de vida a largo plazo. Se le enseña la técnica de la flecha descendiente para cambios en sus creencias intermedias y centrales.	

Tabla 18

Sesión N° 12 (Fase de Seguimiento al mes)

Objetivo específico	Técnicas y actividades	Tareas
Entrenar a la paciente en prevención de recaídas y manejo de situaciones conflictivas.	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisan los registros asignados la sesión anterior. - Se aplica el Inventario de Depresión de Beck, para contrastar el resultado actual con la evaluación pre tratamiento. 	
Corroborar el cumplimiento los objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> - .Se puntúa el grado de logro de los objetivos planteados en un inicio. - Reforzar la aplicación y manejo de estrategias de afronte en situaciones críticas y toma de - decisiones. - Se enseñan estrategias de prevención de - recaídas. - Se entregan resultados finales a la fecha de evaluación. 	

III. Resultados

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

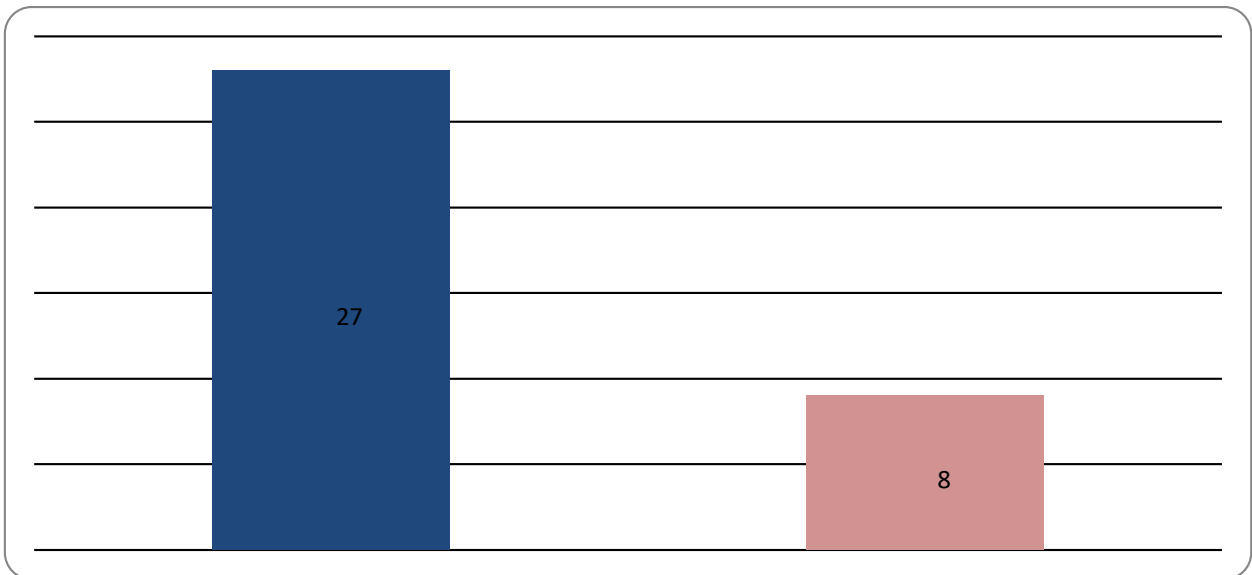


Grafico 1. Puntaje del inventario de depresión de Beck (pre y post test). En el que se evidencia una reducción significativa de la sintomatología depresiva, de una depresión moderada en la fase pre test con 27 puntos a niveles considerados normales con 8 puntos en la fase de seguimiento.

- **Línea Base**

Tabla 19

Registro de frecuencia de pensamientos del paciente, línea base

Pensamientos Negativos Total	Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	Vier	Sab.	Dom.	
“Me quedare sola, ya nadie me va a querer”	10	9	10	8	10	9	8	64
“Mi matrimonio es una mentira”	8	9	7	9	9	10	7	59
“Es mi culpa por trabajar tanto”	9	10	8	9	7	9	8	60
“Es un desgraciado, yo no merecía que me engañara”	10	8	8	9	7	10	10	62
“Si mis amigos se enteran se van a burlar de mi desgracia”	9	10	9	10	8	8	9	63
“Mi marido no me quiere, está conmigo por compromiso”	10	9	10	8	7	9	8	61

Podemos observar en la tabla 19, la existencia de un total de 64 veces a la semana del pensamiento “Me quedare sola, ya nadie me va a querer” seguido de “Si mis amigos se enteran se van a burlar de mi desgracia” (63), “Es un desgraciado, yo no merecía que me engañara” (62), “Mi marido no me quiere, está conmigo por compromiso” (61), “Es mi culpa por trabajar tanto” (60) y “Mi matrimonio es una mentira”(59), indicadores de la frecuencia de pensamientos negativos e irracionales, que la paciente repite durante toda la semana a la fecha de evaluación.

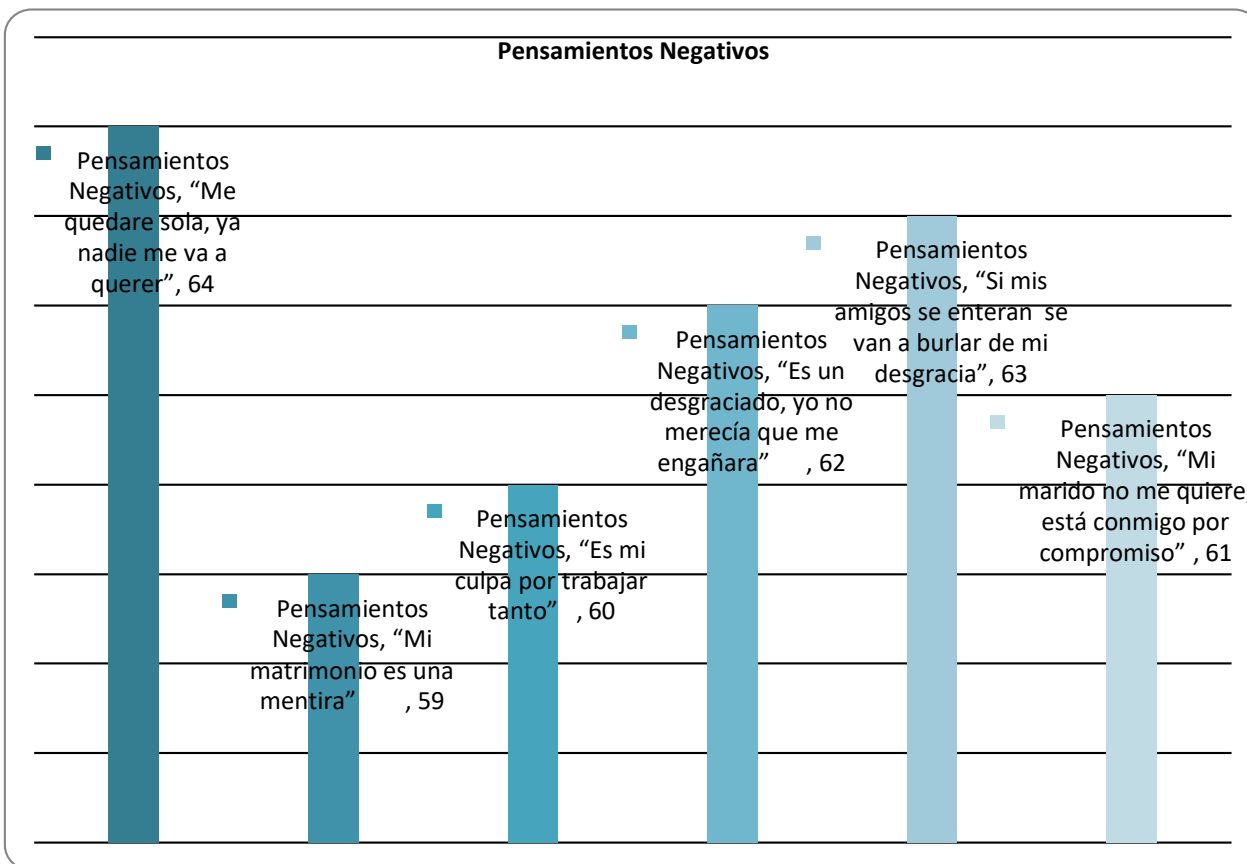


Grafico 2. Línea Base de Pensamientos Negativos.

Tabla 20

Registro semanal de frecuencia e intensidad (1 – 10) de emociones del paciente, línea base

Emociones	Frec. /Inten.	Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.	Total
Cólera (0-10)	F	6	7	6	5	7	5	6	42
	I	6	7	7	6	7	6	7	7
Tristeza (0-10)	F	7	6	8	6	7	8	6	48
	I	9	10	9	10	9	9	9	9
Ansiedad (0-10)	F	5	6	4	6	5	6	7	39
	I	7	8	8	7	6	7	7	7
Culpa (0-10)	F	6	7	8	5	6	6	5	43
	I	7	7	8	8	6	8	8	8
Vergüenza (0-10)	F	6	7	8	5	6	6	5	43
	I	6	7	4	6	6	5	6	6

Se evidencia que la emoción de tristeza tiene una frecuencia de 48 en la semana, así como una intensidad de 9 como promedio; seguido de la culpa con una frecuencia de 43 y en promedio de intensidad 8, al igual que la vergüenza con 43 y un promedio de 6, luego la cólera con una frecuencia de 42 y una intensidad de 7 para terminar con la ansiedad con 39 de frecuencia y 7 de promedio en intensidad.

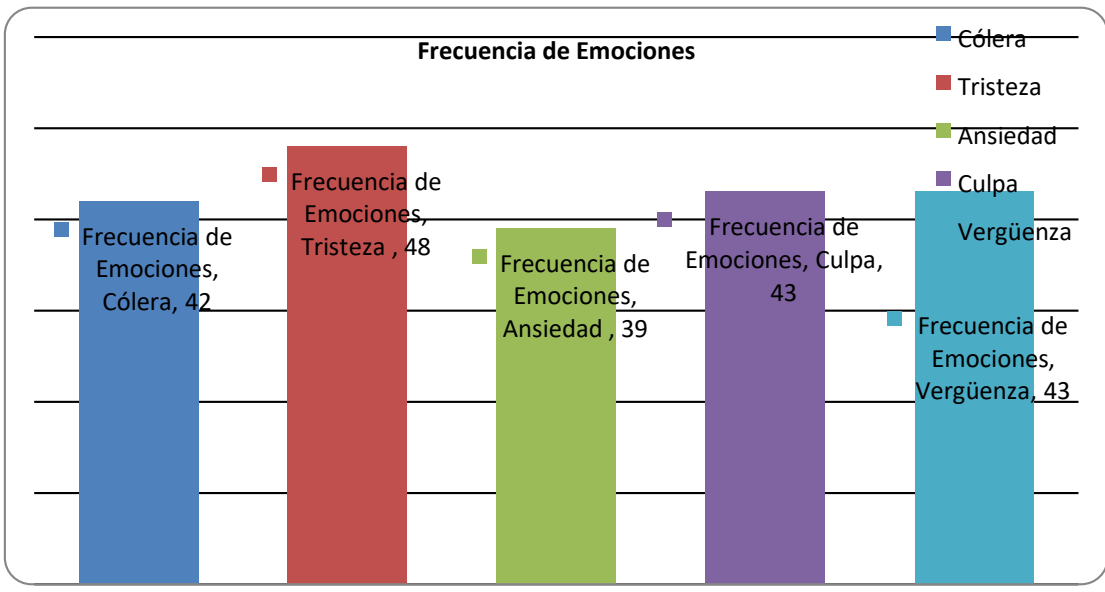


Grafico 3. Línea Base de Frecuencia de Emociones.

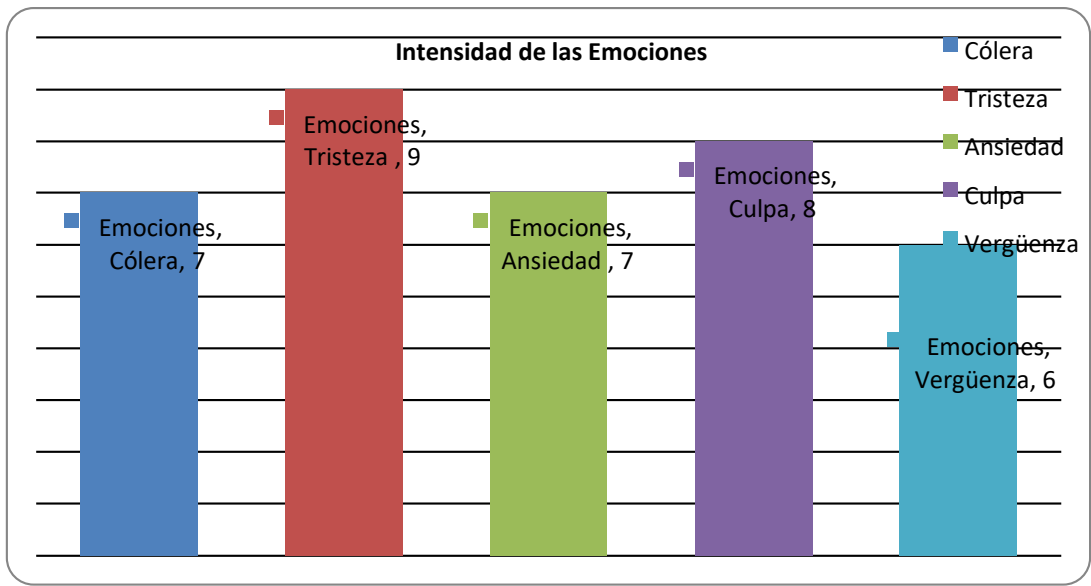


Grafico 4. Línea Base de Intensidad de Emociones.

Tabla 21

Registro semanal de frecuencia y duración de conductas problema, línea base

Conducta / Problema	Frec./ Dur.	Lun.	Mar	Mier.	Juev	Vier.	Sab.	Dom.	Total
Llanto	F	5	6	5	8	8	7	6	45
	D	5h	6h	5h	4h	6h	6h	6h	38h
No comer sus alimentos	F	1	1	1	2	1	2	2	10
	D	1h	1h	1h	2h	2h	2h	2h	11h
Evitar salir con amigos	F	1	1	1	1	2	3	2	9
	D	4h	4h	4h	4h	8h	12h	8h	44h
Gritar a su marido	F	3	2	3	3	4	5	4	24
	D	1h	1h	1h	1h	2h	2h	2h	10h
Despertarse en las noches	F	1	1	1	1	1	1	1	7
	D	2h	3h	20min	1h	40min	1h	1h	9h

Se observa que la frecuencia de llanto es de 45 veces en la semana y la cantidad de horas es de 38, gritar a su marido es de 24 veces con una duración de 10 horas, seguido de no comer sus alimentos que es de 10 y una duración de 11 horas, continua evitar salir con amigos con 9 veces a la semana y la cantidad de 44 horas, y finalmente despertarse en las noches con 7 veces a la semana y 9 horas de duración.

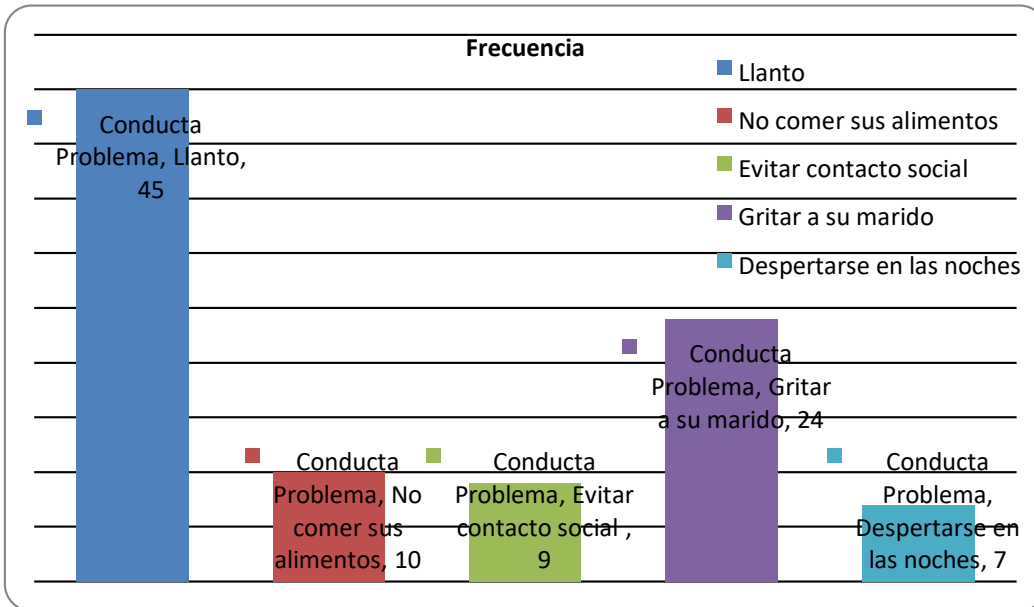


Grafico 5. Línea Base de Frecuencia de Conductas Problema.

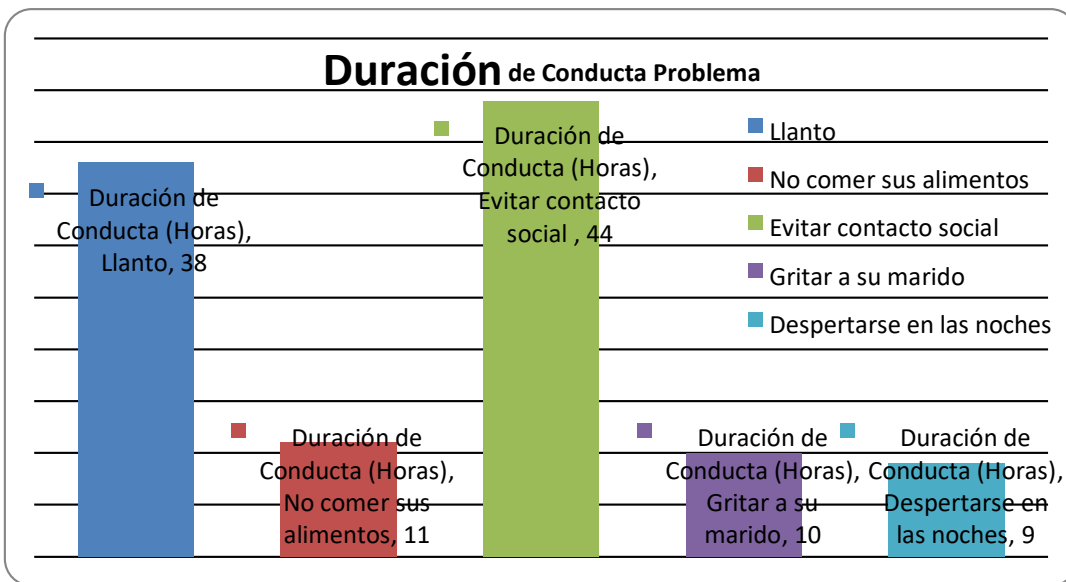


Grafico 6. Línea Base de duración de Conductas Problema.

- Línea de Tratamiento

Tabla 22.

Registro de frecuencia de pensamientos de la paciente pre y post test (6 semana)

Pensamientos	Periodo	Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	Vier.	Sab.	Dom.	Total
Negativos									
“Me quedare sola, ya nadie me va a querer”	Pre	10	9	10	8	10	9	8	64
	Post1	3	2	4	1	3	1	2	15
“Mi matrimonio es una mentira”	Pre	8	9	7	9	9	10	7	59
	Post1	1	1	0	1	1	2	1	07
“Es mi culpa por trabajar tanto”	Pre	9	10	8	9	7	9	8	60
	Post1	1	2	1	3	1	1	1	10
“Es un desgraciado, yo no merecía que me engañara”	Pre	10	8	8	9	7	10	10	62
	Post1	2	1	3	2	1	1	1	11
“Si mis amigos se enteran se van a burlar de mi desgracia”	Pre	9	10	9	10	8	8	9	63
	Post1	2	2	2	2	1	0	1	10
“Mi marido no me quiere, está conmigo por compromiso”	Pre	10	9	10	8	7	9	8	61
	Post1	1	3	2	3	1	1	1	12

En la Tabla 22 se observa la disminución del pensamiento “Me quedare sola, ya nadie me va a querer” de 64 a 15, “Mi matrimonio es una mentira” baja de 59 a 07, “Es mi culpa por trabajar tanto” de 60 a 10, “Es un desgraciado, yo no merecía que me engañara” baja de 62 a 11, el pensamiento “Si mis amigos se enteran se van a burlar de mi desgracia” disminuye de 63 a 10 y “Mi marido no me quiere, está conmigo por compromiso” baja de 61 veces a 12 en la sexta semana de tratamiento.



Grafico 7. Línea de Tratamiento Pensamientos Negativos pretest (Primera semana) y Post test (Sexta semana).

Tabla 23.

Registro de frecuencia e intensidad de emociones del paciente pre y post test (sexta semana).

Emociones	Frec.	Periodo	Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.	Total
		/Inten.								
Cólera (0-10)	F	Pre	6	7	6	5	7	5	6	42
	F	Post1	2	2	1	2	0	2	1	10
	I	Pre	7	7	7	6	7	6	7	7
	I	Post1	2	1	2	0	2	2	1	2
Tristeza (0-10)	F	Pre	7	6	8	6	7	8	6	48
	F	Post1	3	3	2	4	2	4	2	20
	I	Pre	9	10	9	10	9	9	9	9
	I	Post1	3	4	3	4	2	4	4	4
Ansiedad (0-10)	F	Pre	5	6	4	6	5	6	7	39
	F	Post1	3	3	2	4	2	4	3	21
	I	Pre	7	8	8	7	7	7	7	7
	I	Post1	2	3	2	3	3	3	2	3
Culpa (0-10)	F	Pre	6	7	8	5	6	6	5	43
	F	Post1	4	3	4	2	3	2	1	19
	I	Pre	7	7	8	8	6	8	8	8
	I	Post1	3	3	2	3	3	2	3	3
Vergüenza (0-10)	F	Pre	6	7	8	5	6	6	5	43
	F	Post1	3	3	2	2	2	4	2	18
	I	Pre	6	7	4	6	6	5	6	6
	I	Post1	3	2	3	3	1	3	3	3

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

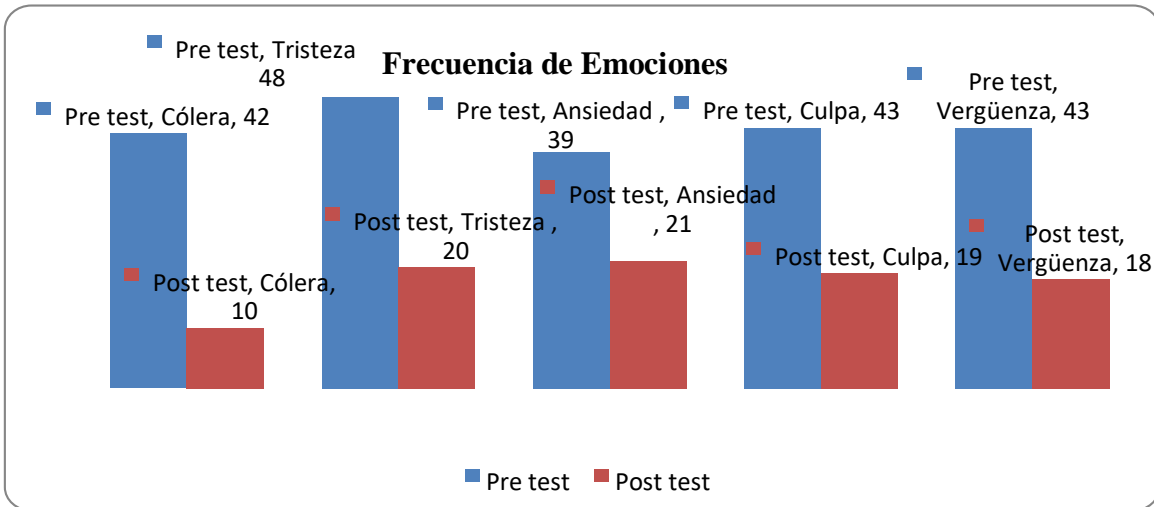


Grafico 8. Línea de Tratamiento de la Frecuencia de las Emociones Pre test (Primera semana) y Post test (Sexta semana).

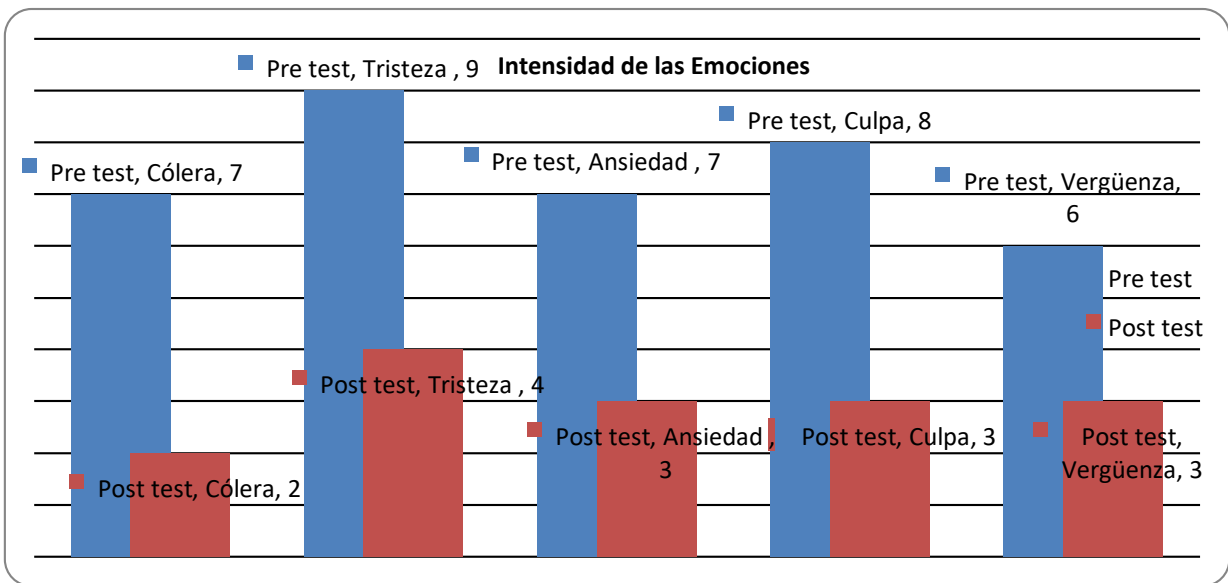


Grafico 9. Línea de Tratamiento de la Intensidad de las Emociones Pre test (Primera semana) y Post test (Sexta semana).

Tabla 24

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

Conducta / Problema	Frec	Periodo	Lun.	Mar	Mier.	Juev	Vier.	Sab.	Dom.	Total
Llanto	F	Pre	5	6	5	8	8	7	6	45
	F	Post 1	2	3	2	2	2	1	1	13
	D	Pre	5h	6h	5h	4h	6h	6h	6h	38h
	D	Post 1	1h	1h	1h.	1h	1h	1h	1	7 h
No comer sus alimentos	F	Pre	1	1	1	2	1	2	2	10
	F	Post 1	0	0	1	1	1	1	0	4
	D	Pre	1h	1h	1h	2h	2h	2h	2h	11h
	D	Post 1	0 h	0h	1h	1h	1h	1h	0h	4h
Evitar salir con sus amigos	F	Pre	1	1	1	1	2	3	2	9
	F	Post 1	0	0	1	1	1	1	.0	4
	D	Pre	4h	4h	4h	4h	8h	12h	8h	44h
	D	Post 1	0h	0h	2h	4h	6h	5h	0h	17h
Gritar a su marido	F	Pre	3	2	3	3	4	5	4	24
	F	Post 1	2	2	3	2	1	1	1	12
	D	Pre	1h	1h	1h	1h	2h	2h	2h	10h
	D	Post 1	1 h	1h	30min	1h	1h	30min	1h	6h
Despertarse en las noches	F	Pre	1	1	1	1	1	1	1	7
	F	Post 1	1	1	1	0	1	0	0	4
	D	Pre	2h	3h	20min	1h	40min	1h	1h	9h
	D	Post 1	1h	1h	1h	0	1h	0h	0h	4h

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

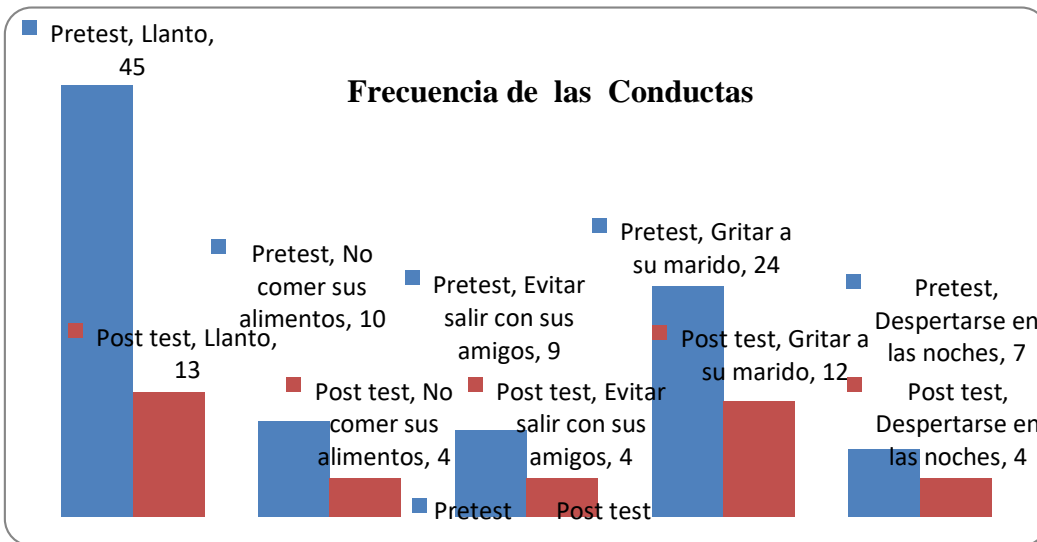


Grafico 10. Línea de Tratamiento de la Frecuencia de las conductas Pre test (Primera semana) y Post test (Sexta semana).

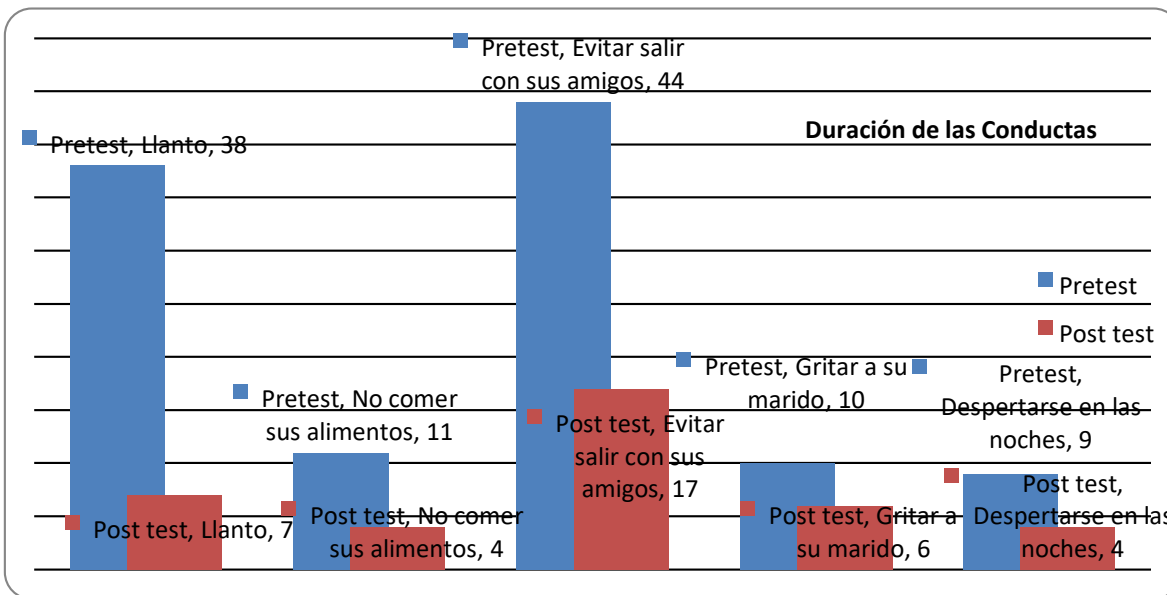


Grafico 11. Línea de Tratamiento de la Duración de las Conductas Pre test (Primera semana) y Post test (Sexta semana).

Línea de Seguimiento

Tabla 25

Registro de frecuencia de pensamientos de la paciente pre test, post test 1 y Post test 2 (1 semana, 6ta semana y 12 va sesión).

Pensamientos	Periodo	Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	Vier.	Sab.	Dom.	Total
Negativos									
“Me quedare sola, ya nadie me va a querer”	Pre	10	9	10	8	10	9	8	64
	Post1	3	2	4	1	3	1	2	15
	Post 2	1	0	1	0	1	0	1	04
“Mi matrimonio es una mentira”	Pre	8	9	7	9	9	10	7	59
	Post1	1	1	0	1	1	2	1	07
	Post2	0	0	1	1	0	0	0	02
“Es mi culpa por trabajar tanto”	Pre	9	10	8	9	7	9	8	60
	Post1	1	2	1	3	1	1	1	10
	Post2	0	0	0	1	1	2	0	04
“Es un desgraciado, yo no merecía que me engañara”	Pre	10	8	8	9	7	10	10	62
	Post1	2	1	3	2	1	1	1	11
	Post2	0	1	1	1	1	0	0	04
“Si mis amigos se enteran se van a burlar de mi desgracia”	Pre	9	10	9	10	8	8	9	63
	Post1	2	2	2	2	1	0	1	10
	Post2	1	0	0	0	1	0	1	03
“Mi marido no me quiere, está conmigo por compromiso”	Pre	10	9	10	8	7	9	8	61
	Post1	1	3	2	3	1	1	1	12
	Post2	0	1	1	1	1	1	0	05

En la Tabla 25. Se observa disminución en los pensamientos negativos de manera significativa desde la 1era semana de evaluación a la 12va sesión de seguimiento (Un mes después de la 11va semana).

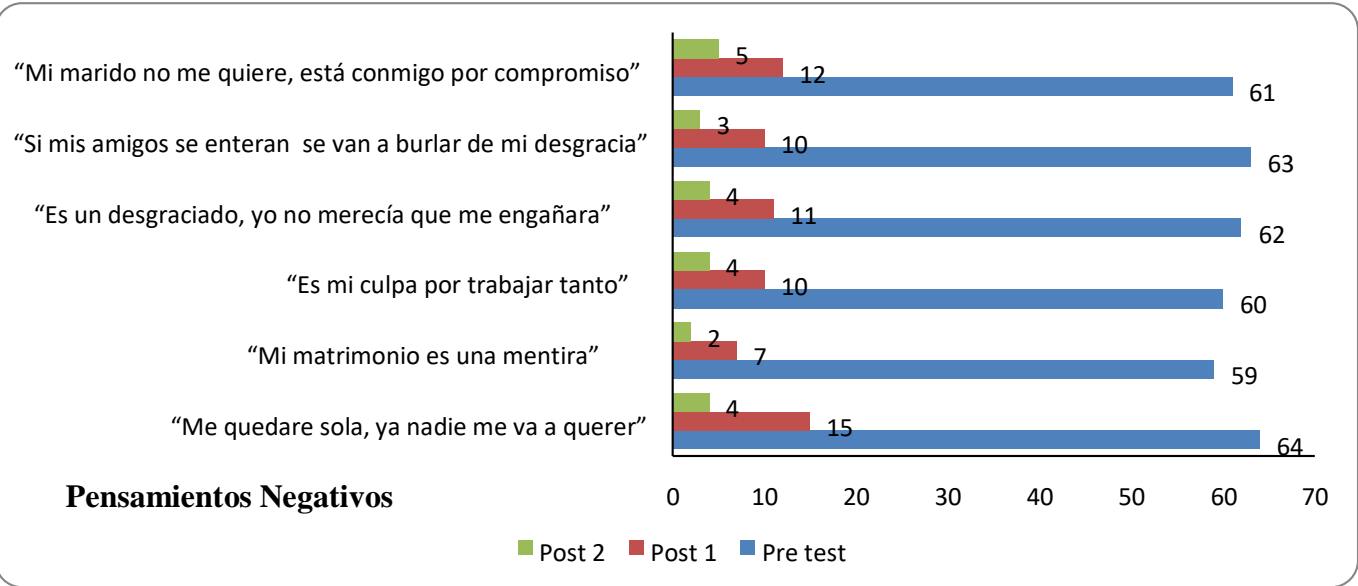


Grafico 12. Línea de Seguimiento de los pensamientos negativos. (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera, sexta y doceava sesión.

Tabla 26.

Registro de frecuencia e intensidad de emociones del paciente pre, post test1 y Post test 2 (Primera, sexta y Doceava sesión).

Emociones	Frec.	Periodo	Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.	Total
	/Inten.									
Cólera (0-10)	F	Pre	6	7	6	5	7	5	6	42
	F	Post1	2	2	1	2	0	2	1	10
	F	Post2	0	0	0	1	1	1	1	4
	I	Pre	7	7	7	6	7	6	7	7
	I	Post1	2	1	2	0	2	2	1	2
	I	Post2	0	0	2	2	2	2	2	2
Tristeza (0-10)	F	Pre	7	6	8	6	7	8	6	48
	F	Post1	3	3	2	4	2	4	2	20
	F	Post2	0	2	2	1	1	0	0	6
	I	Pre	9	10	9	10	9	9	9	9
	I	Post1	3	4	3	4	2	4	4	4
	I	Post2	0	2	1	1	1	0	0	1
Ansiedad (0-10)	F	Pre	5	6	4	6	5	6	7	39
	F	Post1	3	3	2	4	2	4	3	21
	F	Post2	1	0	2	1	1	1	0	6
	I	Pre	7	8	8	7	7	7	7	7
	I	Post1	2	3	2	3	3	3	2	3
	I	Post2	2	0	2	3		2	0	2
Culpa (0-10)	F	Pre	6	7	8	5	6	6	5	43
	F	Post1	4	3	4	2	3	2	1	19
	F	Post2	2	2	1	1	1	0	0	7
	I	Pre	7	7	8	8	6	8	8	8
	I	Post1	3	3	2	3	3	2	3	3
	I	Post2	2	2	2	2	2	0	0	2
Vergüenza (0-10)	F	Pre	6	7	8	5	6	6	5	43
	F	Post1	3	3	2	2	2	4	2	18
	F	Post2	2	1	1	1	1	0	0	6
	I	Pre	6	7	4	6	6	5	6	6
	I	Post1	3	2	3	3	1	3	3	3
	I	Post2	1	1	1	2	1	1	1	1

En la tabla 26 se observa la disminución de la frecuencia e intensidad de emociones negativas de la paciente desde el pre test en la primera sesión al post test2 en la doceava sesión.

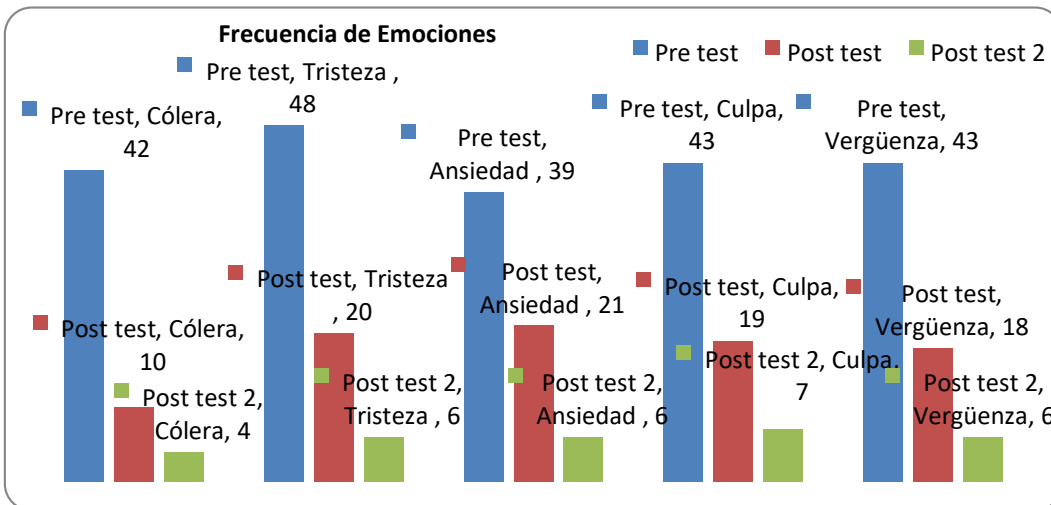


Grafico 13. Línea de Seguimiento de los pensamientos negativos. (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera, sexta y doceava sesión.

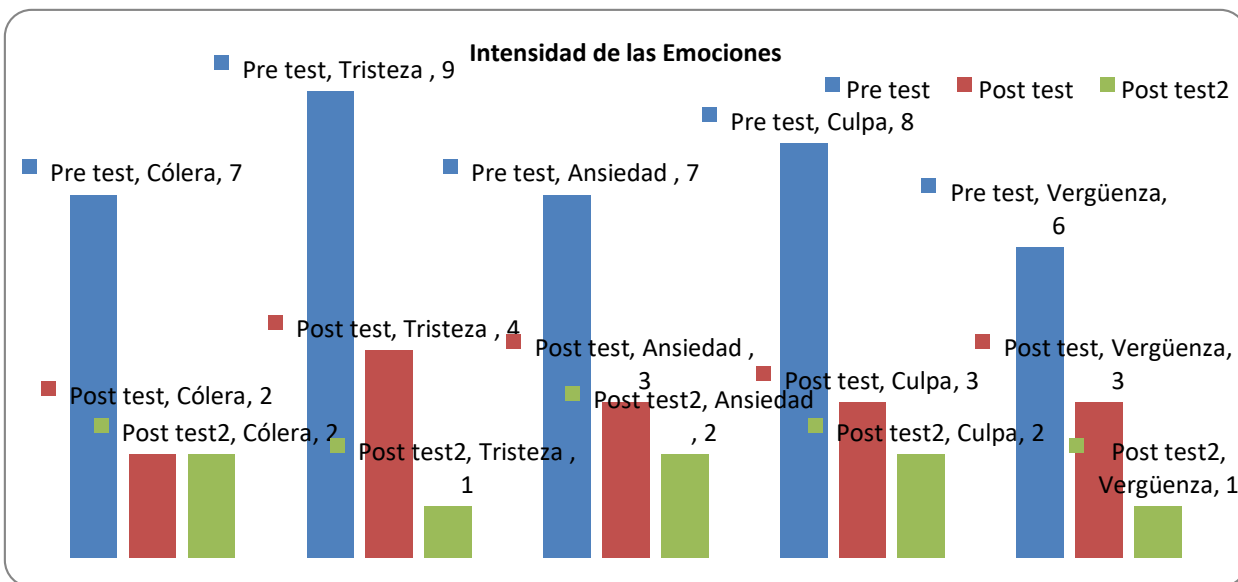


Grafico 14. Línea de Seguimiento de Intensidad de Emociones. (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera, sexta y doceava sesión.

Tabla 27

Registro de frecuencia y duración de conductas problema, Pre test y Post test (12 Sesión).

Conducta / Problema	Frec. Dur.	Periodo	Lu n.	Mar	Mier.	Juev	Vier.	Sab.	Dom.	Total
Llanto	F	Pre	5	6	5	8	8	7	6	45
	F	Post 1	2	3	2	2	2	1	1	13
	F	Post 2	0	0	0	0	0	0	0	0
	D	Pre	5h	6h	5h	4h	6h	6h	6h	38h
	D	Post 1	1h	1h	1h.	1h	1h	1h	1	7 h
	D	Post 2	0h	0h	0h	0h	0h	0h	0h	0h
No comer sus alimentos	F	Pre	1	1	1	2	1	2	2	10
	F	Post 1	0	0	1	1	1	1	0	4
	F	Post 2	0	0	0	0	0	0	0	0
	D	Pre	1h	1h	1h	2h	2h	2h	2h	11h
	D	Post 1	0 h	0h	1h	1h	1h	1h	0h	4h
	D	Post 2	0 h	0 h	0 h	0 h	0 h	0 h	0 h	0
Evitar salir con sus amigos	F	Pre	1	1	1	1	2	3	2	9
	F	Post 1	0	0	1	1	1	1	.0	4
	F	Post 2	0	0	0	0	1	1	0	2
	D	Pre	4h	4h	4h	4h	8h	12h	8h	44h
	D	Post 1	0h	0h	2h	4h	6h	5h	0h	17h
	D	Post 2	0h	0h	0h	0h	1h	1h	0h	2h
Gritar a su marido	F	Pre	3	2	3	3	4	5	4	24
	F	Post 1	2	2	3	2	1	1	1	12
	F	Post 2	0	1	1	0	0	0	0	2
	D	Pre	1h	1h	1h	1h	2h	2h	2h	10h
	D	Post 1	1 h	1h	30min	1h	1h	30min	1h	6h
	D	Post 2	0h	1h	1h	0h	0h	0h	0h	2h
Despertarse en las noches	F	Pre	1	1	1	1	1	1	1	7
	F	Post 1	1	1	1	0	1	0	0	4
	F	Post 2	0	0	0	0	0	0	0	0
	D	Pre	2h	3h	20min	1h	40min	1h	1h	9h
	D	Post 1	1h	1h	1h	0	1h	0h	0h	4h
	D	Post 2	0h	0h	0h	0	0h	0h	0h	0h

En la tabla 27 se observa la disminución de la frecuencia y la duración de las conductas problemas desde la primera semana de evaluación fase Pre Test hasta la Doceava sesión fase de seguimiento (un mes después dela 11va semana).

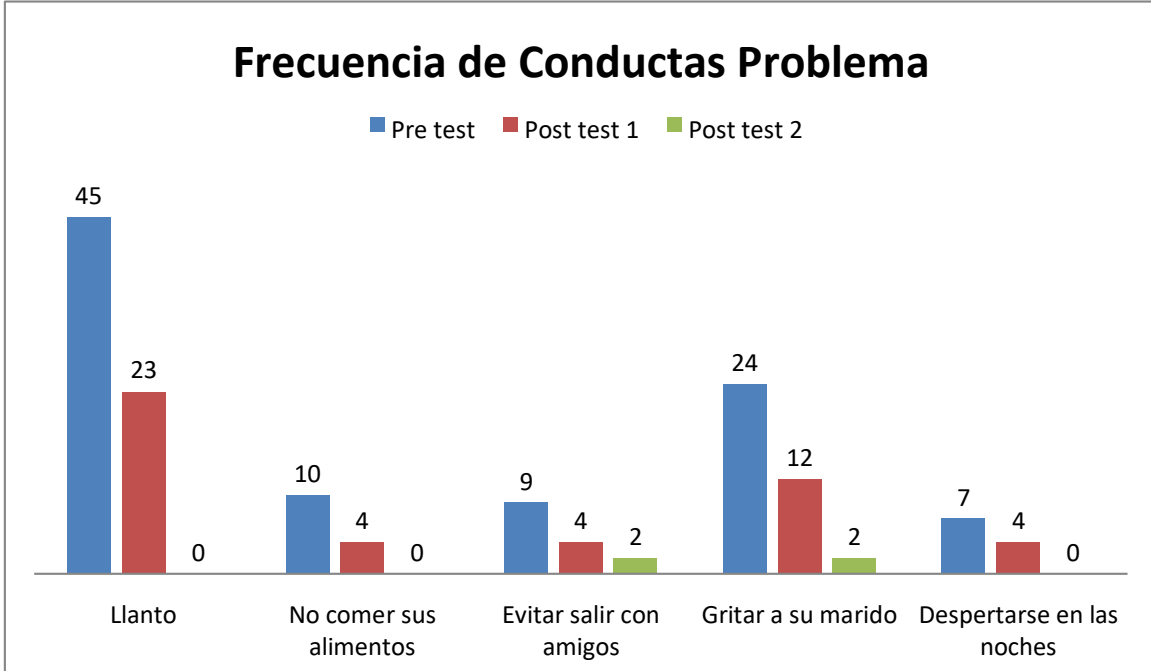


Grafico 15. Línea de Seguimiento de Frecuencia de Conductas. (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera, sexta y doceava sesión.

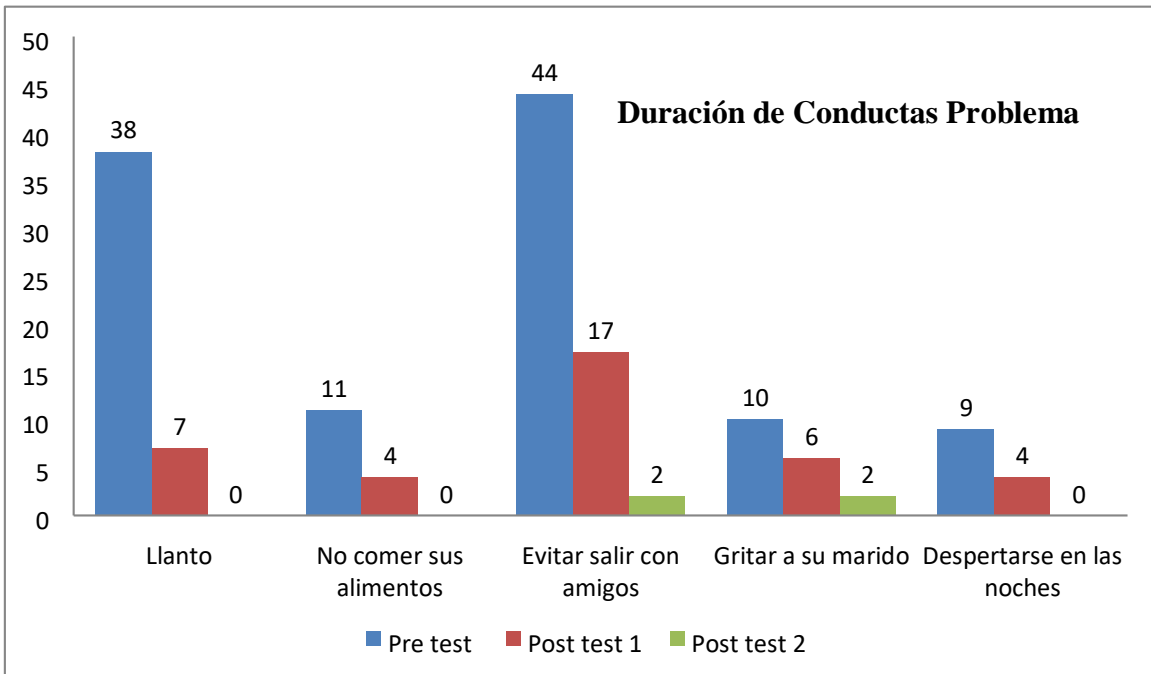


Grafico 16. Línea de Seguimiento de duración de Conductas. (Pre test, post test 1 y post 2) a la primera, sexta y doceava sesión.

IV. Conclusiones

- Se logró disminuir las ideas irracionales y distorsiones cognitivas, mediante la reestructuración cognitiva, y búsqueda de creencias alternativas racionales.
- Se redujo los pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales mediante la detención de pensamientos y reestructuración cognitiva.
- Se pudo disminuir las respuestas fisiológicas a través de la psicoeducación, técnicas de relajación, auto instrucciones, detención del pensamiento y uso de actividades de agrado.
- Se disminuyó las respuestas emocionales con técnicas de relajación, aumento de actividades recreativas y físicas, psicoeducación, técnicas de asertividad, termómetro del ánimo, y auto instrucciones.
- Se incrementó de manera positiva el nivel de actividades recreativas y satisfactorias, a través de asignación de tareas graduales, ensayo conductual, auto instrucciones y programa de actividades satisfactorias.
- Se logró disminuir las conductas depresivas mediante técnicas de autocontrol, técnicas de relajación, auto instrucciones, entrenamiento en asertividad.

V. Recomendaciones

- Elaborar con la paciente un plan de vida, independiente a sus relaciones amorosas, que le permite encontrar sus fortalezas, metas y planes a futuro.
- Mejorar sus habilidades sociales y autoestima mediante un programa de reforzamiento.
- Procurar participar en reuniones y actividades sociales como medio de relajación y reforzamiento de habilidades sociales.
- Hacer ejercicio o alguna actividad de relajación por lo menos 2 veces a la semana.
- Continuar practicando lo aprendido en la terapia cognitivo conductual en su vida diaria.
- Mantener un soporte familiar y social óptimo que le brinde una estabilidad emocional y sensación de equilibrio.
- Promover el uso de la terapia cognitivo conductual en pacientes con diagnósticos de depresión, el estudio y la investigación de los casos, para tener un enfoque más amplio de apoyo en tratamiento de casos similares.
- Se sugiere la intervención de un especialista en terapia de pareja para mejorar su relación conyugal.

VI. Referencias

- Antón, V. (2016) Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes* 3 (1), 45-52. Recuperado de: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/antonmenarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf
- Alvaro, K (2018) *Terapia cognitivo conductual para la depresión en una joven de 22 años (Trabajo académico para optar por el título de especialista)*. Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Aguilar, O. (2019) *Intervención cognitivo conductual para la ansiedad social en una adolescente de 17 años. (Trabajo académico para optar por el título de especialista)*. Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. & Emery, G. (1993). *Trastornos de ansiedad y fobias*. Barcelona, España: Paidós.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, F. y Emery, G., (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Buela-Casal G. & Sierra, J. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Caballero, A. (2014). *Modelo de intervención en mujeres con depresión (tesis de pregrado)*. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

Caballo, V. (1997). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: Siglo veintiuno.

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

[El Comercio \(2018\)](http://www.elcomercio.pe/lima/sucesos/vivir-convierte-tarea-insoportable-noticia-492188-noticia/). Depresión: cuando vivir se convierte en una tarea insoportable. Recuperado de www.elcomercio.pe/lima/sucesos/vivir-convierte-tarea-insoportable-noticia-492188-noticia/

Ellis, A., & Grieger, R. (1998). Razón y emoción en psicoterapia. España: Desclée De Brouwer S.A. - Quinta edición

Ellis, A. y Grieger, R. (1990). Manual de terapia racional emotiva: volumen 2. New york: Desclée de Brouwer.

Fernández-Ballesteros, R. (1994). Contenidos y modelos en evaluación conductual. En Fernández Ballesteros, R. y Carroble, J. A. (Eds.), Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Pirámide.

Huaynates, M. (2019) Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa (Trabajo académico para optar por el título de especialista). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.

Jara, C. (2019) Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta con Trastorno de Estrés Postraumático (Trabajo académico para optar por el título de especialista). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.

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

Organización Mundial de la Salud (2017). Depresión. Centro de prensa de la OMS. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud (2018). Salud de la Mujer. Centro de prensa de la OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

[Organización Mundial de la Salud \(2018\). La depresión.](#) Centro de prensa de la OMS. Recuperado de www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

Puerta, J. V., & Padilla, D. E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud-Universidad de Mgallanes*, 7.

Rondon, M.(2006) Salud mental: Un problema de salud pública en el Perú. [Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.](#) Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001

Rubio J. (2015). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso (Tesis de maestría). Universidad Del Norte De Barranquilla, Barranquilla, Colombia.

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

Vallejo, M. (2012). Manual de Terapia de Conducta. Dykinson: Madrid.

Zayfert, C., & Black, C. (2008). *Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. México D.F.: El Manual Moderno.

VII. Anexos

Inventario de Depresión de Beck

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____ Fecha aplicación: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

H.C.: _____

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

1. Tristeza.

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

2. Pesimismo

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

3. Sensación de fracaso

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

4. Insatisfacción

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

5. Culpa

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

6. Expectativas de castigo

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

7. Autodesprecio

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

8. Autoacusación

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

9. Ideas suicidas

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

10. Episodios de llanto

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

11. Irritabilidad

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

12. Retirada social

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

13. Indecisión

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

14. Cambios en la imagen corporal

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

15. Enlentecimiento

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

16. Insomnio

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

17. Fatigabilidad

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

18. Pérdida de apetito

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

19. Pérdida de peso

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

20. Preocupaciones somáticas

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

21. Bajo nivel de energía

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

Resultados

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

5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.

10 - 18 Depresión entre leve y moderada.

19 - 29 Depresión entre moderada y severa.

30 - 63 Depresión severa.

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

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

INVENTARIO DE PERSONALIDAD

Eysenck y Eysenck - CUESTIONARIO, Forma B – Adultos

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

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

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

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

POR FAVOR ASEGÚRESE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

MCCI –II
Inventario Multiaxial Clínico de Millon
 Theodore Millon

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

INSTRUCCIONES

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

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

1. “Soy un ser humano”
 Como esta frase es verdadera para usted se ha relleno
 completamente el espacio de la letra V (verdadero).

	V	F
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

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

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

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

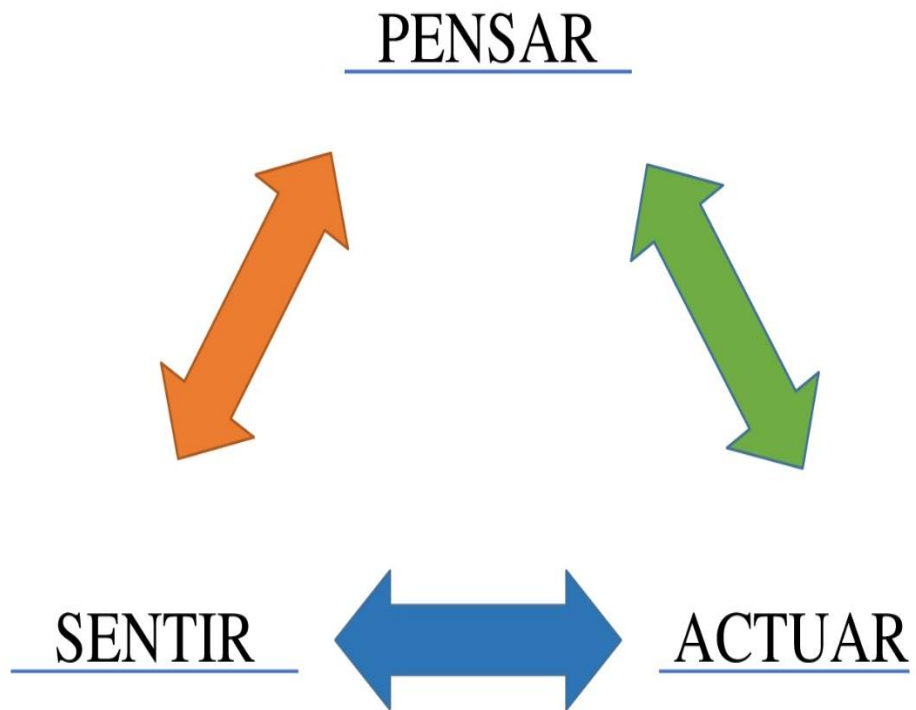
52. Beber alcohol nunca me ha causado ningún problema realmente serio en mi trabajo.
53. Últimamente pareciera que las fuerzas se me escapan, incluso en las mañanas.
54. Empecé a sentirme un fracasado(a) hace unos años.
55. No me gusta nada la gente de éxito que siempre piensa que puede hacer las cosas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

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

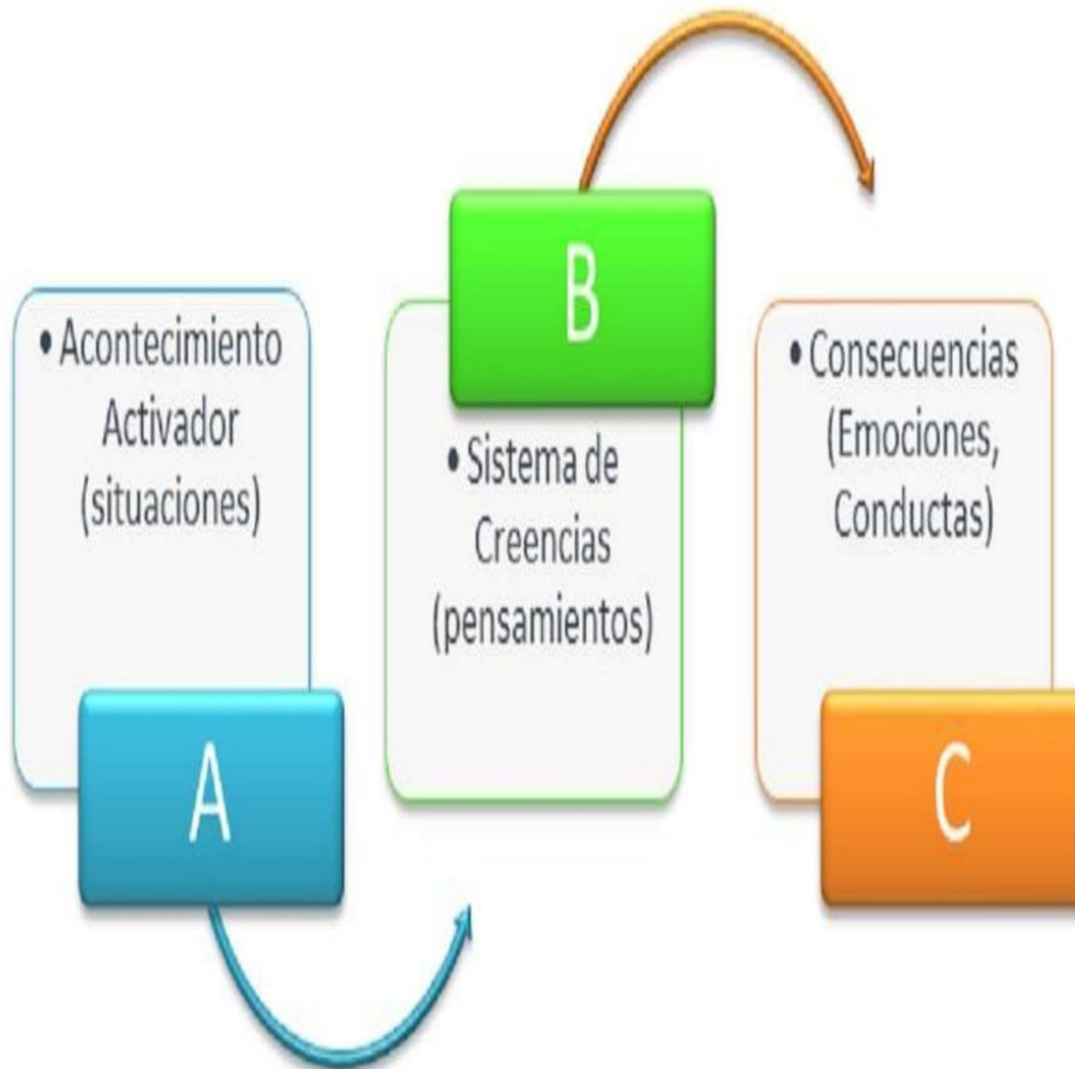
127. Con frecuencia oigo cosas tan bien que me molesta.
128. Mi estado de ánimo parece variar mucho de un día a otro.
129. No me parece mal que una persona se aproveche de otra que se lo permite.
130. Me he cambiado de trabajo más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas que se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

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

COMPRENDIENDO LA DEPRESIÓN



TEORÍA DEL ABC



A B C D E

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

TERMOMETRO DEL ESTADO DEL ANIMO

Consideraciones:

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

DÍA							
MEJOR ESTADO DE ÁNIMO	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6
REGULAR ESTADO DE ÁNIMO	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2
PEOR ESTADO DE ÁNIMO	1	1	1	1	1	1	1

Número de pensamientos:

Positivos							
Negativos							

HOJA DE AUTOREGISTRO

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

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

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

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 25 de enero del 2019

Hora: 15:00

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

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

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

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