



**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN DE UNA JOVEN

ADULTA

**Línea de investigación:**

**Salud Mental**

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

**Autor:**

Llamo Fernandez, Alfonso Roy

**Asesor:**

Vallejos Flores, Miguel Angel

ORCID: 0000-0002-6380-3412

**Jurado:**

Mendoza Huamán, Vicente

Hervias Guerra, Edmundo

Barboza Navarro, Evelyn

**Lima - Perú**

**2022**

**Referencia:**

Llamo, F. (2022). *Terapia cognitivo conductual para la depresión de una joven adulta* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5830>



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

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

**Línea de investigación:**

**Salud Mental**

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

**Autor**

Llamo Fernandez, Alfonso Roy

**Asesor:**

Vallejos Flores, Miguel Angel  
ORCID: 0000-0002-6380-3412

**Jurado**

Mendoza Huamán, Vicente

Hervias Guerra, Edmundo

Barboza Navarro, Evelyn

Lima – Perú

2022

## Pensamientos

*“Nuestro modo de pensar determina en gran medida si alcanzaremos nuestros objetivos y disfrutaremos de la vida o incluso si sobreviviremos”.*

Aaron Beck

**Dedicatoria**

**A mi madre y a mis abuelos,**  
Por siempre haberme apoyado.

### **Agradecimientos**

A la Universidad Federico Villareal  
y a cada uno de los docentes por  
brindarme sus experiencias y  
conocimientos.

## Índice

Pensamientos.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos .....	iv
Índice.....	v
Lista de Tablas .....	viii
Lista de Figuras.....	x
Resumen.....	11
Abstract.....	12
I. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1 Descripción del problema .....	14
1.2 Antecedentes.....	16
1.2.1 Antecedentes nacionales.....	16
1.2.2 Antecedentes internacionales.....	21
1.2.3 Fundamentación teórica.....	25
1.3 Objetivos.....	40
1.4 Justificación .....	40
1.5 Impactos esperados del trabajo académico .....	41
II. METODOLOGÍA.....	42
2.1 Tipo y diseño de investigación .....	42

2.2	Ámbito temporal y espacial .....	42
2.3	Variables de Investigación .....	43
2.4	Participante / Sujeto .....	43
2.5	Técnicas e instrumentos .....	43
2.5.1	Técnicas .....	43
2.5.2	Instrumentos.....	44
2.5.3	Evaluación psicológica .....	50
2.5.4	Evaluación psicométrica .....	59
2.5.5	Informe psicológico integrador.....	64
2.5.5.1	Diagnóstico .....	67
2.6	Intervención .....	73
2.6.1	Plan de intervención y calendarización.....	73
2.6.2	Programa de intervención .....	74
2.7	Procedimiento .....	87
2.8	Consideraciones éticas .....	87
III.	RESULTADOS.....	88
3.1	Análisis de resultados .....	88
3.2	Discusión de resultados.....	96
IV.	CONCLUSIONES .....	99
V.	RECOMENDACIONES .....	100



VI. REFERENCIAS ..... 101

VII. ANEXOS..... 108

## Lista de Tablas

N°	Pág.
<b>Tabla 1</b> <i>Puntajes de los niveles del inventario de depresión de Beck II</i> .....	46
<b>Tabla 2</b> <i>Clasificación de puntaje del STAI</i> .....	47
<b>Tabla 3</b> <i>Puntajes respectivos a los niveles del STAI</i> .....	48
<b>Tabla 4</b> <i>Escalas/Factores del Millon II</i> .....	50
<b>Tabla 5</b> <i>Indicadores de los factores del Millon-II</i> .....	50
<b>Tabla 6</b> <i>Desempeño Académico - Social de la participante</i> .....	55
<b>Tabla 7</b> <i>Datos familiares de la participante</i> .....	57
<b>Tabla 8</b> <i>Diagnóstico funcional</i> .....	68
<b>Tabla 9</b> <i>Conductas Adaptativas/Desadaptativas</i> .....	69
<b>Tabla 10</b> <i>Análisis funcional de la conducta depresiva de la participante</i> .....	70
<b>Tabla 11</b> <i>Criterios según el DSM V para Trastorno de Depresión Mayor</i> .....	71
<b>Tabla 12</b> <i>Plan de intervención</i> .....	73
<b>Tabla 13</b> <i>Primera sesión – entrenamiento en la técnica de asignación de tareas</i> .....	74
<b>Tabla 14</b> <i>Segunda sesión – entrenamiento en la técnica de dominio y agrado</i> .....	75
<b>Tabla 15</b> <i>Tercera sesión – entrenamiento en la técnica de triple columna</i> .....	76
<b>Tabla 16</b> <i>Cuarta sesión – identificación de pensamientos automáticos negativos</i> .....	77
<b>Tabla 17</b> <i>Quinta Sesión – entrenamiento en la técnica de reestructuración cognitiva</i> ...	78
<b>Tabla 18</b> <i>Sexta Sesión – entrenamiento en la técnica de reestructuración cognitiva</i> .....	79
<b>Tabla 19</b> <i>Séptima Sesión – entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática</i> ..	80
<b>Tabla 20</b> <i>Octava Sesión – técnica de relajación progresiva de Jacobson</i> .....	81
<b>Tabla 21</b> <i>Novena Sesión – entrenamiento en imaginación racional emotiva</i> .....	82

<b>Tabla 22</b> Décima Sesión – entrenamiento en la técnica de solución de problemas.....	83
<b>Tabla 23</b> <i>Onceava Sesión – Entrenamiento en habilidades sociales</i> .....	84
<b>Tabla 24</b> <i>Doceava Sesión – Ensayo Conductual en comunicación asertiva</i> .....	85
<b>Tabla 25</b> <i>Treceava Sesión – Ensayo Conductual en expresión emocional</i> .....	86
<b>Tabla 26</b> <i>Resultados pre y post test del inventario de depresión de Beck - II</i> .....	88
<b>Tabla 27</b> <i>Resultados pre y post test de la frecuencia mediante la asignación de tareas</i> .	89
<b>Tabla 28</b> <i>Resultados pre y post test de la frecuencia de técnica de dominio y agrado</i> ...	89
<b>Tabla 29</b> <i>Resultados pre y post de frecuencia en pensamientos automáticos negativos</i> .	90
<b>Tabla 30</b> <i>Resultados post test del entrenamiento en reestructuración cognitiva</i> .....	91
<b>Tabla 31</b> <i>Resultados pre y post test de la técnica de respiración diafragmática</i> .....	94
<b>Tabla 32</b> <i>Resultados pre y post de la técnica de relajación progresiva de Jacobson</i> . ....	95
<b>Tabla 33</b> <i>Resultados de pre y post test de las SUD mediante IRE</i> .....	95

## Lista de Figuras

Nº	Pág.
<b>Figura 1</b> <i>Genograma</i> .....	59

## Resumen

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

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

### **Abstract**

The main objective of this research work was to reduce the depressive symptomatology of a young adult through cognitive behavioral therapy. A single case experimental design was drawn. The evaluation began, using the interview and observation, as well as the use of psychometric instruments: the Beck Depression Inventory (IDB-II), the State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI) and the Millon II Multiaxial Inventory. (Millon II), for the subsequent creation of a baseline through the behavioral interview, self-recording and functional analysis, focusing on the specific objectives to start the intervention, techniques such as psychoeducation, estimating tasks, mastery and pleasure, progressive relaxation, diaphragmatic breathing, behavioral rehearsal, rational emotive imagination, and social skills training. The results obtained, after 13 sessions, show a decrease in post-treatment depressive symptomatology, reflected in the decrease in the scores of the instruments used, likewise, there was a significant improvement in the emotional, behavioral and cognitive areas, increasing their adaptation. in the personal, academic and family area of the participant.

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

## I. INTRODUCCIÓN

En este trabajo de investigación se describe un caso único de intervención bajo la terapia cognitivo conductual (TCC) como tratamiento eficaz para reducir las conductas desadaptativas asociadas a la depresión en una adulta joven, siendo de actual importancia este tipo de intervenciones debido al gran número de incidencia y prevalencia de estos casos a nivel nacional, mundial, y sobre todo por las proyecciones respecto a nuestro futuro cercano.

Este estudio de caso único tiene como finalidad servir de guía para los nuevos profesionales que quieran utilizar una intervención eficaz basada en evidencias para disminuir la sintomatología de la depresión.

En el apartado I, se muestra la realidad actual sobre la depresión a nivel mundial y nacional, los antecedentes nacionales e internacionales sobre la TCC en casos de depresión, el marco teórico, conceptos de la variable depresión, su clasificación, modelos teóricos explicativos, evaluación e instrumentos de medición, el diagnóstico funcional, los tratamientos, el objetivo general y los específicos, y finalmente, la justificación y los impactos esperados del trabajo académico.

En el apartado II, se expone el tipo y diseño de la investigación, el ámbito temporal y espacial, descripción de la variable dependiente e independiente, la participante, las técnicas e instrumentos aplicados, la evaluación psicológica, diagnóstico psicológico, diagnóstico funcional, análisis funcional, programa de intervención, procedimiento, y consideraciones éticas.

En el apartado III, se detallan los resultados, el análisis, la discusión sobre los productos del proyecto de investigación y el seguimiento del caso.

En el apartado IV, se presentan las conclusiones finales sobre el proyecto de investigación.

Finalmente, en el apartado V se exponen las recomendaciones pertinentes por parte del investigador hacia la participante y sobre las pautas para aplicar TCC en casos de depresión.

## 1.1. Descripción del problema

La depresión es una enfermedad caracterizada por una tristeza persistente, pérdida de interés en actividades de disfrute, incapacidad para realizar actividades cotidianas al menos en un periodo de 2 semanas; además suele mostrar otros síntomas adicionales como: pérdida de energía, cambios en el apetito y sueño, ansiedad, disminución de concentración, indecisión, inquietud, sentimiento de culpa, desesperanza o inutilidad, y pensamientos de autolesión o suicidio en casos graves y/o severos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Durante el 2021, se han expuesto cifras alarmantes respecto a la prevalencia en los casos de depresión, se calcula que afecta a más de 280 millones de personas alrededor del mundo, siendo la principal causa de discapacidad y contribuyendo de gran medida a la carga mundial de morbilidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

La prevalencia de la depresión, oscila del 10 - 20% de los pacientes generales, entre los pacientes con algún problema de salud mental llega al 50% aproximadamente, sin embargo, solo el 10% se atienden con especialistas, el 90% son tratados por médicos generales o de otras especialidades o no reciben ningún tratamiento. Esto se puede deber, en parte, a que aproximadamente la mitad de las depresiones se presentan como un trastorno somático, lo que complica su diagnóstico diferencial (Vallejo, 2011).

Respecto a la cantidad de casos en Latinoamérica y el Caribe, la OPS (2012) refiere que alrededor del 5% de la población adulta sufre de depresión, sin embargo, entre un 60 – 65% no reciben ningún tratamiento, es decir 6 de cada 10 casos, impidiendo prevenir más de un millón de suicidios, alcanzando en las Américas alrededor de 63000 personas anualmente.

Dentro de nuestro país el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (INSM,2019) realizó estudio epidemiológicos en el 2006 en las costas del Perú,



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

De igual manera el INSM (2018), realizó un estudio epidemiológico en 43 distritos de Lima y Callao durante el 2002, con una muestra poblacional de 2077 personas adultas, obteniendo resultados respecto a una prevalencia actual y una prevalencia de vida de cualquier trastorno mental con porcentajes de 23,5% y 37,3% respectivamente, siendo el 18,2% la prevalencia de vida por episodios depresivos.

Adicionalmente, es necesario acotar que existen factores relacionados al género que aumentan la vulnerabilidad para sufrir de depresión, estos factores se incrementan en la población femenina, teniendo un fundamento psicosocial debido: al abuso sexual y experiencias negativas en la infancia, limitación para ejercer sus roles con plena libertad en su elección, sobrevaloración y competencia en los roles sociales, y características psicológicas relacionadas con la vulnerabilidad a dificultades para adaptarse y enfrentar los eventos vitales. Lo cual es preocupante porque la depresión afecta la calidad de vida de la mujer y la de sus hijos y, en general, al entorno socio familiar (Gaviria, 2009).

Esta descripción del problema, demuestra un constante crecimiento en la incidencia y prevalencia respecto a la depresión tanto a nivel mundial como nacional. Es por ello que se necesita implementar una intervención eficaz como propuesta para resolver esta problemática, los programas de intervención cognitivo conductual han demostrado su eficacia en reducir sintomatología depresiva en distintos estudios como procederemos a evidenciar. En conclusión, si

logramos mejorar la atención de los casos de depresión, también se generará un mayor nivel de adaptación y productividad en el área académica, laboral y social debido a que el talento humano es pieza fundamental del funcionamiento de las organizaciones en sus distintos niveles.

## **1.2. Antecedentes**

Se realizó una búsqueda pertinente en distintas bases de datos, repositorios, revistas, tesis y artículos en sitios web tales como Proquest, Scielo, Dialnet, Redalyc y otros, encontrando los siguientes antecedentes nacionales e internacionales que detallaremos a continuación:

### ***1.2.1. Antecedentes nacionales.***

Calderón (2020) realizó un proyecto de investigación titulado: Intervención Cognitivo Conductual Para Una Mujer Adulta Con Depresión, presentó un estudio de caso único con un programa de intervención de 12 sesiones, evaluando pre y post tratamiento, mediante los inventarios de depresión de Beck, cuestionario de personalidad de Eysenck e inventario clínico multiaxial de personalidad de Millón, planteándose el objetivo general de disminuir la sintomatología depresiva mediante un programa TCC para lograr un desarrollo en sus aspectos personales, familiares y laborales, de igual manera, los objetivos específicos fueron: disminuir las distorsiones cognitivas e ideas irracionales, reducir los pensamientos automáticos, disminuir las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión, disminuir las respuestas emocionales, incrementar el nivel de actividades recreativas y satisfactorias, y disminuir las conductas depresivas, para lograr estos objetivos se utilizaron técnicas como: psicoeducación, reestructuración cognitiva, búsqueda de creencias irracionales, detección de pensamiento, técnicas de relajación, autoinstrucciones, detección de pensamiento, actividades de agrado, técnicas de asertividad, termómetro del ánimo, tareas graduales, ensayo conductual, programación de actividades. Los resultados señalan que se logró disminuir las ideas irracionales y distorsiones cognitivas generando creencias alternativas,

se redujeron los pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales, se logró disminuir las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión, disminuye las respuestas emocionales, se incrementó la cantidad de nivel de actividades recreativas y satisfactorias, y se logró disminuir las conductas depresivas. Finalmente, se recomienda elaborar un plan de vida independiente a las relaciones amorosas para trazar metas a futuro, mejorar sus habilidades sociales y autoestima, procurar participar en reuniones y actividades sociales con mayor frecuencia, realizar ejercicios de relajación al menos 2 veces a la semana, continuar aplicando la TCC en su vida diaria, mantener el soporte familiar y social para brindar estabilidad emocional y sensación de equilibrio, y continuar con las investigaciones en depresión mediante la TCC.

Flores (2019) realizó un proyecto de investigación titulado: Estudio De Caso Clínico: Programa De Intervención Cognitivo - Conductual En Un Caso De Depresión En La Adolescencia Temprana, es un estudio de caso único con un programa de intervención de 14 sesiones, realizando una evaluación pre y post para medir la eficacia mediante el cuestionario de depresión infantil, lista de chequeo de ansiedad en niños, el inventario clínico multiaxial para adolescentes (MACI), y la escala de inteligencia de Weschler para niños – revisada (WISC-R). Se planteó como objetivo principal: mejorar el estado emocional y afectivo de la paciente mediante la reestructuración de sus pensamientos, generando una mejor interacción social, y personal, sus objetivos específicos fueron: dar a conocer su problemática a la pacientes desde la TCC para un mejor entendimiento, establecer la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta para reestructurar sus creencias, promover valoraciones positivas de sí misma, toma de conciencia de la relación de sus actividades y su estado de ánimo, entrenar a la paciente en habilidades sociales, identificar los estados de tensión y ansiedad para lograr disminuirlos, y prevenir recaídas con solución de problemas y realizar un seguimiento. Para lograr estos objetivos, durante la etapa de tratamiento

se utilizaron diversas técnicas como: técnicas de respiración, entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación, triple columna, reestructuración cognitiva, solución de problemas y asignación de tareas y programación de actividades. Los resultados señalan que: se logró una disminución significativa de la sintomatología depresiva, no se evidencian manifestaciones de ansiedad asociadas a la depresión, mejoró sus habilidades sociales generando calidad en sus relaciones familiares, personales y sociales, y se trabajaron distintas técnicas para enfrentar posibles recaídas en el futuro. Finalmente, se recomienda seguir manteniendo los cambios instaurados mediante un monitoreo hacia una remisión total y prevenir recaídas.

Sánchez (2019) realizó un proyecto de investigación titulado: Intervención Cognitivo Conductual Aplicada A Un Caso De Depresión De Una Adolescente Con Rasgos De Personalidad Esquizoide, es un estudio de caso único con un programa de intervención de 15 sesiones, realizando una evaluación pre y post tratamiento mediante el cuestionario de depresión infantil (CDI), lista de chequeo de ansiedad en niños y el inventario clínico multiaxial para adolescentes (MACI). Se planteó el objetivo principal: mejorar el estado afectivo del paciente generando pensamientos más adaptativos y aprender habilidades sociales para una mejor adaptación en su entorno, los objetivos específicos fueron: psicoeducar sobre su problemática actual, disminuir sus niveles de ansiedad asociados a la depresión, identificar y establecer un análisis funcional, identificar los errores en el procesamiento de información, lograr el control de sus cogniciones, disminuir los sentimientos de culpa, fomentar actividades placenteras, y entrenar en habilidades sociales, para ello utilizaron técnicas como: programación de actividades, técnica de dominio y agrado, asignación de tareas graduales y entrenamiento en asertividad, role playing, práctica cognitiva, reestructuración cognitiva y retribución cognitiva. Los resultados señalan que: el criterio psicométrico se evidencia la disminución de la sintomatología, la técnica de psicoeducación género

una adherencia positiva al tratamiento, la técnica de reestructuración cognitiva es crucial para modificar la interpretación de las experiencias, la programación de actividades permite retomar actividades agradables, la técnica de reatribución permite asumir la porción de responsabilidad real, el entrenamiento en habilidades sociales permite resolver conflictos diarios. Finalmente, se recomienda realizar un adecuado diagnóstico antes de realizar el tratamiento, tener en cuenta los rasgos de personalidad para seleccionar las técnicas más apropiadas, es recomendable la TCC para casos de depresión, se debe generar una red de soporte emocional con los padres o apoderados para ayudar al cambio y se fomenta a la realización de nuevas investigaciones.

Huaynates (2019) realizó un proyecto de investigación titulado: Terapia Cognitivo Conductual En Una Mujer Adulta Depresiva Con Sentimientos De Culpa, es un estudio de caso único con un programa de intervención de 13 sesiones, realizando una evaluación pre y post tratamiento. Se planteó el objetivo principal de: disminuir en un 70% la sintomatología depresiva al nivel cognitivo, conductual y afectivo – emocional, de igual manera, se plantearon los siguientes objetivos específicos: disminuir las ideas de culpa y auto evaluación, disminuir la intensidad, frecuencia y duración de las respuestas emocionales de llanto, incrementar el nivel de actividad, reducir las ideas irracionales, distorsiones cognitivas mediante el debate. Los instrumentos para la recolección de datos fueron: el inventario de depresión de Beck II, la escala de personalidad de Eysenck e inventario multiaxial de Millon II. Respecto a la intervención, se aplicaron las técnicas de psicoeducación, programación de actividades, técnica de dominio y agrado, distracción cognitiva e imaginación, técnica de respiración, mayéutica, bloqueo de pensamiento, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva y biblioterapia. Los resultados demuestran la disminución de la sintomatología depresiva mediante la TCC, se redujo su nivel de intensidad asociada, duración y frecuencia del llanto y tensión física, se disminuyó la intensidad y frecuencia

de las respuestas emocionales, se redujeron las conductas significativas relacionadas con la depresión incrementando la interacción social y familiar. Finalmente, se recomienda realizar un programa de auto reforzamiento para incrementar su valía personal identificando logros y metas, continuar realizando debates ante la aparición de creencias irracionales, realizar ejercicio físico mínimo 3 veces por semana, asistir a eventos sociales, familiares y académicos y continuar realizando investigaciones que beneficien a la comunidad científica.

Jaime (2019) realizó un proyecto de investigación titulado: Efectos de un programa cognitivo conductual en la depresión del adulto mayor del programa CAM – de la provincia de Lambayeque, es un estudio cuasi experimental se tuvo una población de 30 adultos mayores, repartidos en un grupo control y otro experimental de 15 sujetos cada uno, contó con un programa de intervención de 12 sesiones, realizando una evaluación pre y post tratamiento. Se planteó el objetivo principal: disminuir la depresión mediante un programa cognitivo conductual. Los instrumentos y técnicas para recolectar los datos que utilizó fueron: la escala de depresión geriátrica de Yesavage, entrevistas, la observación y los autorregistros. Respecto a la intervención, se aplicaron las técnicas de modelado, role – playing, programa de reforzamiento, económica de fichas, reestructuración cognitiva, manejo del enojo, relajación progresiva de Jacobson, triple columna, resolución de problemas, derechos asertivos, estilos de comunicación, disco rayado, entrenamiento en habilidades sociales y en resolución de problemas interpersonales, técnicas de animación sociocultural, técnicas para mejorar el control del entorno, clima de relación y actividades colaborativas. Sus resultados demuestran haber logrado una disminución sobre la depresión en los adultos mayores, con una comparación de puntajes de 11.70 a 3,97 en el pre y post test respectivamente, logrando una significancia en el 83% del total. Finalmente, se recomienda continuar realizando investigaciones de intervención eficaces para colaborar en la

salud del adulto mayor, sensibilizar a la población en la promoción de habilidades sociales para promover la erradicación de la discriminación y empoderar a los padres e hijos en el desarrollo de distintas formas de comunicación e interacción ante los adultos mayores.

### ***1.2.2. Antecedentes internacionales.***

Espinosa (2019) realizó un trabajo de investigación titulado Intervención en Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck, en pacientes con depresión dentro de un centro de salud de la Ciudad de Panamá, sus objetivos específicos fueron: reconocer la sintomatología en los pacientes depresivos., identificar la tríada cognitiva en los pacientes de la muestra, diseñar una estrategia de intervención en Terapia Cognitiva (TC) de Beck para la disminución de la sintomatología de depresión e identificar los síntomas depresivos presentes al culminar el tratamiento. Esta fue una investigación de diseño preexperimental en un grupo de 10 personas, utilizando el diseño pre test y post test con estudios de caso. Para la medición se utilizaron el inventario de ansiedad de Beck, la escala de intencionalidad suicida de Beck y el inventario de depresión de Beck (IDB-II). El programa de intervención se realizó durante 15 sesiones con una frecuencia de 2 veces por semana, se utilizaron técnicas como la psicoeducación, identificación de pensamientos automáticos, su investigación lógica y empírica, rol - play terapeuta/paciente, dominio y agrado, asignación de tareas graduales. Teniendo como resultado la disminución de los síntomas depresivos y ansiedad, intencionalidad suicida y desesperanza, logrando una visión positiva de sí mismo, presente y futuro enfocados en la realidad. Llegando a la conclusión que la terapia cognitiva de Aaron Beck, es eficaz disminuyendo los síntomas depresivos y mejorando las áreas física y emocional, los pensamientos disfuncionales desencadenan ideas irracionales, la presencia de ideas de culpabilidad, preocupación y rabia, incapacitan la realización de actividades sencillas y

placenteras, afrontar racionalmente los problemas contribuyen a la disminución de enfermedades promoviendo la salud y calidad de vida para las personas y sus familias.

Berio (2019) realizó una intervención titulada: Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente, su objetivo fue demostrar la efectividad de una intervención con terapia cognitiva (TC), utilizando un diseño de caso único en un paciente de 31 años en Colombia, mediante un programa de 13 sesiones, realizando la medición pre y post test con: el inventario de depresión de Beck (IDB-II), el Cuestionario sobre la salud del paciente – 9 (PHQ-9), la entrevista clínica y el termómetro emocional, en la etapa de tratamiento se utilizaron diversas técnicas como: psicoeducación, diario de pensamientos, debate socrático, reestructuración cognitiva, debate de creencias intermedias y nucleares, análisis de ventajas y desventajas, continuum cognitivo, creación y comprobación de nueva creencia, biblioterapia, cuaderno de terapia, tarjeta de apoyo virtuales, registro de actividades de dominio y agrado. Logró disminuir los puntajes pre set luego de la implementación del programa, llegando a las siguientes conclusiones: se realizó el seguimiento de 2 a 6 meses previniendo recaídas, la relación entre las distorsiones cognitivas y estrategias de afrontamiento disfuncionales es de suma importancia al reducir sus distorsiones cognitivas en relación con el temor a la crítica y la evaluación negativa, de igual manera, al cambiar sus estrategias de afrontamiento se encontró una mejoría frente a la crítica, las estrategias del modelo terapéutico basado en internet contribuyeron a mejorar el funcionamiento de la paciente hacia su proyecto de vida. Finalmente, se recomienda realizar investigaciones con un mayor número de muestras para poder generalizar los resultados obtenidos, así se podría generar mayor nivel de confiabilidad, y resalta que es de mucha importancia tener en cuenta la adherencia al tratamiento para que el participante acuda puntualmente y realice las actividades para casa.



Ballesteros (2018) realizó un proyecto de investigación titulado: Intervención Psicológica desde el Modelo Cognitivo Conductual en un Caso de Trastorno Depresivo Mayor, es un estudio de caso único en Colombia, con programa de intervención de 14 sesiones, realizando una evaluación pre y post mediante: el inventario de depresión de Beck II, el inventario multiaxial de Millon II, el inventario de ansiedad de Beck – BAI y la escala de estrategias de coping. Se planteó como objetivo principal: describir el proceso de análisis e intervención de un trastorno depresivo mayor desde el modelo cognitivo conductual, los objetivos específicos fueron: identificar el problema actual de la consultante, describir la sintomatología presente en el sujeto, disminuir la sintomatología depresiva mediante una intervención en TCC y valorar la efectividad del proceso. En la etapa de tratamiento utilizó diversas técnicas como: psicoeducación, detección y control de pensamientos automáticos, técnicas del control de la respiración, resolución de problemas, biblioterapia, reestructuración cognitiva, tareas para la casa. Los resultados señalan que: se alcanzó la disminución de la sintomatología del ánimo mediante la TCC, se evidencia la efectividad de la TCC en casos de depresión mediante el pre test y post test, se logró un mayor nivel de autonomía y retorno a las actividades, se obtuvo una adecuada adherencia al tratamiento para continuar ejecutando las estrategias una vez se finalizó con el tratamiento, y la generación de redes de apoyo ocasionaron un mayor avance durante el proceso. Finalmente, se recomienda seguir con la relajación progresiva de Jacobson, estrategias de afrontamiento, orientación y consejería psicológica, interconsulta con psiquiatría y se recomienda usar este caso único como guía de evaluación e intervención bajo el modelo cognitivo conductual.

Acevedo y Gelvez (2018) realiza un proyecto de intervención titulado: Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente, realizando un estudio de caso único con un programa de intervención de 14 sesiones de una hora cada una aproximadamente

en Bucaramanga - Colombia, se evaluó mediante el pre y post test utilizando instrumentos como: el inventario de depresión estado/rasgo (IDER) e inventario de depresión de Beck (BDI-II), planteando los objetivos específicos de: disminuir la sintomatología depresiva (sentimientos de culpa, baja autoestima, desesperanza y afectividad negativa), reducir los pensamientos de minusvalía y bajo autoestima, mitigar los errores y creencias irracionales, prever las herramientas para afrontar su problemática y toma de decisiones, para ello se hizo uso de técnicas: psicoeducación, técnica de reatribución, conceptualización alternativa, registro de pensamientos inadecuados, clasificación de las distorsiones cognitivas, discusión y debate de creencias, análisis y evaluación empírica, flecha descendente, descentramiento, cuestionamiento socrático, dramatización racional emotiva, solución de problemas y entrenamiento en autoestima. Los resultados, evidenciaron cambios significativos en las áreas cognitivo – afectivo, disminuyendo los puntajes referentes a culpabilidad, expectativas de castigo, autoacusación, llanto, sensación de fracaso y pobre imagen corporal, de igual manera, la interpretación de su situación es más realista, sintiéndose tranquila y disminuyendo el malestar percibido, logrando una mayor energía para el desenvolvimiento de sus labores y disfrutar de su vida. Finalmente, sus conclusiones, resalta que la secuencialidad de la intervención desde la etapa de evaluación sirve para lograr las metas trazadas, los instrumentos de medición permiten confiar en los cambios más que las observaciones conductuales, se corrobora la efectividad del enfoque cognitivo conductual para reducir los síntomas de trastornos depresivos teniendo como ejes el proceso de reestructuración cognitiva y reafirma la importancia del adherencia al tratamiento para éxito de la intervención.

Betancur (2020) realizó un proyecto de investigación titulado: terapia cognitiva conductual en un paciente con trastorno depresivo persistente, es un estudio de caso único en Barranquilla - Colombia con un programa de intervención de 9 sesiones, realizando una evaluación pre y post

tratamiento, realizando la medición de las variantes con: el inventario de depresión de Beck segunda edición, diarios conductuales, inventario de ansiedad de Beck (BAI) y la escala de Hamilton para la depresión. Se planteó el objetivo principal: conceptualización, planificación y aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un trastorno depresivo persistente, a su vez los objetivos específicos fueron: identificar los factores psicológicos asociados al trastorno depresivo persistente, conceptualización y formulación del caso desde el modelo TCC, mostrar la relación entre la literatura de la TCC y los resultados encontrados en el caso único, para ello se hizo uso de las técnicas: plan de seguridad para evitar intentos suicidas, psicoeducación, asignación de tareas, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, dominio y agrado, ventajas y desventajas, y mindfulness. Dentro de las conclusiones, se da importancia de promover estudios referentes a la depresión persistente, la eficacia de la TCC en pacientes con depresión persistente, la importancia del manejo emocional ante intentos suicidas, una mejoría en sus síntomas mediante las técnicas conductuales al inicio del tratamiento, la importancia central de la reestructuración cognitiva para la disminución de síntomas cognitivos emotivos, el mantenimiento de los resultados por períodos post intervención dentro de su ambiente familiar y de trabajo, y la corroboración entre la literatura dentro de la aplicación práctica de la TCC.

### ***1.2.3. Fundamentación teórica***

**A. Conceptos de depresión.** Según Sadock et al. (2015) el episodio mayor dura al menos 2 semanas, el paciente experimenta síntomas respecto a cambios en su apetito, peso, sueño y en su nivel de actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, distraibilidad y dificultad para tomar decisiones, pudiendo presentar pensamientos de muerte o suicidio en casos más severos.

Según Schramm (1998) una persona con depresión presenta una diversidad de síntomas, dentro de cinco grandes núcleos: a) síntomas anímicos: tristeza, abatimiento, pesadumbre,

infelicidad, irritabilidad, sensación de vacío, nerviosismo, b) síntomas motivacionales: apatía, indiferencia, anhedonia, c) síntomas cognitivos: déficits formales de la memoria, atención y capacidad de concentración, evaluación negativa de sí misma, de su entorno y de su futuro, autodespreciación, sentimientos de culpa, pérdida de autoestima, pensamientos (intentos suicidas), d) Síntomas físicos: alteraciones del sueño, fatiga, pérdida de apetito, disminución de la actividad y el deseo sexual, molestias somáticas difusas, retardo o agitación psicomotora, e) síntomas Interpersonales: deterioro de las relaciones interpersonales, disminución del interés por los demás, retraimiento (aislamiento) social.

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

**B. Clasificación.** La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10, 2000) cataloga a la depresión dentro de su apartado de trastornos del humor (Afectivos), este tipo de trastornos se caracterizan por una alteración en el estado humor o afectividad (con o sin ansiedad asociada) o la euforia, generando un cambio en el nivel general de actividad, acompañados de síntomas secundarios comprensibles en este contexto. Además, suelen aparecer de manera recurrente y el inicio de un episodio puede, a menudo, estar relacionado a un acontecimiento o situación estresante.

➤ Clasificación de los Episodios Depresivos, según CIE-10 (2000):

- F32.0 Episodio depresivo leve.  
.00 sin síndrome somático.

- .01 con síndrome somático.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
  - .00 sin síndrome somático.
  - .01 con síndrome somático.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
  - .30 con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
  - .31 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

De acuerdo al CIE – 10, el apartado de Episodio Depresivo Moderado F32.1 se caracteriza por presentar síntomas que dificultan al paciente para seguir con sus actividades cotidianas. Siendo estos los criterios para realizar el diagnóstico, según CIE-10 (2000):

- Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F 32.0.
- Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:
  - ✓ Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.
  - ✓ Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
  - ✓ Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

- Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F 32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.
  - ✓ Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
  - ✓ Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
  - ✓ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. 4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
  - ✓ Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
  - ✓ Cualquier tipo de alteración del sueño.
  - ✓ Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.
  
- Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del “síndrome somático”.

#### ***1.2.4. Modelos Teóricos.***

**A. Modelo Conductual.** Según Skinner (1965) postuló que la depresión se debía a un debilitamiento de la conducta por una interrupción de secuencias reforzadas positivamente establecidas dentro del ambiente social. Este define a la depresión como una extinción y como una reducción de la frecuencia de emisión.

En los años 60s, Fester señala algunos factores que pueden predisponer a una depresión o una tasa reducida de conductas como: cambios ambientales repentinos, el castigo y el control aversivo, y cambios en las contingencias de reforzamiento. De igual manera, señala que el fracaso

para producir conductas adaptativas puede deberse: a) cambios repentinos donde se requiere encontrar nuevas fuentes de reforzamiento; b) conductas aversivas o punitivas que evitan la oportunidad de refuerzo positivo y c) la observación errónea del ambiente, produciendo una conducta social inapropiada y una baja frecuencia de refuerzo positivo. Finalmente, se señala una ruptura en el proceso de encadenamiento como explicación de la generalizabilidad de una respuesta, lo que suele ocasionar una pérdida circunscrita de refuerzo (Fester, 1966).

Durante los años 70`s, se teorizó sobre la relación causal entre la disminución de refuerzos disponibles y una reducción de la eficacia del reforzador. Tomando como punto de inicio la ruptura en la cadena de reforzamiento, probablemente se debe a la pérdida de uno de los reforzadores dentro de la misma. Esto explicaría la pérdida de interés general al ambiente por parte del sujeto deprimido manifestándose en la disminución de la eficacia del reforzador (Costello, 2016).

Lewinsohn y Shaw (1969) aportaron tres situaciones en la que la cadena de reforzamiento puede romperse: a) Hay una relación causal entre la baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta y la sensación de disforia, b) Las conductas depresivas se mantienen por medio del ambiente social, que proporciona contingencias en forma de simpatía, interés y preocupación, c) Las deficiencias en el funcionamiento de las habilidades sociales son un antecedente importante de la baja tasa de refuerzo positivo.

**B. Modelo Cognitivo.** Según Lega et al. (2017) la terapia racional emotiva (TREC), es más que un modelo psicopatológico, es una teoría de la personalidad o un modelo de funcionamiento. Tomando como fundamento la escuela estoica de Epicteto en el siglo I d.c. con la consigna de que no nos perturban las cosas sino la interpretación que hacemos de ellas.

Según Ellis (1980) cuando tenemos alguna reacción emocional en el punto C (la consecuencia) luego de alguna experiencia o situación activadora ocurrida en el punto A, esta

emoción C no es causada directamente por A. Por ejemplo, si nos sentimos deprimidos en el punto C después de un rechazo en el punto A, no es el rechazo lo que nos causa la depresión, esta reacción se debe a nuestras creencias, actitudes o valores (representados en el punto B).

Según Yankura y Dryden (1999) la TREC toma a las creencias irracionales como las causantes de los trastornos psicológico, estas se caracterizan por ser: (a) naturaleza dogmática, (b) ilógicas, (c) incoherentes con la realidad y (d) impedimentos para el logro de metas significativas desde el punto de vista personal. De igual manera, las creencias surgen de circunstancias de significado personal, haciendo probable que el individuo experimente una o más emociones negativas (insanas) como la depresión.

La terapia cognitiva (TC), según Beck et al. (2010):

“La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo” (p.13).

La TC da gran importancia a los aspectos cognitivos, según Beck et al. (2010):

“Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo, e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología. Por ejemplo, se discute la tendencia de los depresivos a sentirse responsables de los resultados negativos, en tanto que sistemáticamente se niegan a asumir sus propios éxitos. La terapia se centra en “síntomas objetivo” específicos (por ejemplo, los impulsos suicidas). Se identifican



las cogniciones que están a la base de dichos síntomas (por ejemplo, “Mi vida es completamente inútil, carece de valor, y yo no puedo cambiarla”) y se someten a una investigación lógica y empírica” (p.14).

Dentro del modelo cognitivo, la depresión se explica mediante tres sustratos: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos o errores en el procesamiento de la información.

Según Beck et al. (2010) la tríada cognitiva se conforma por tres esquemas principales: a) acerca de sí mismo, las personas se atribuyen sus experiencias desagradables a un defecto psicológico, moral, o físico. Se ven como un inútil, careciendo de valor, comenzando a criticarse porque no poseen esos atributos indispensables para lograr la alegría y felicidad, b) acerca de sus experiencias, suelen interpretarlas de manera negativa, el mundo les exige demandas exageradas y/o les ponen obstáculos insuperables, tomando decisiones de manera dicotómica, y c) acerca de su futuro, anticipan que sus dificultades o sufrimientos continuarán indefinidamente, teniendo constantes expectativas de fracaso cuando intentan hacer un cambio.

Finalmente, según Beck et al. (2010) los errores en el procesamiento de la información dan validez a sus conceptos negativos, a pesar de tener evidencia que contradiga su veracidad, los 6 más comunes en personas que sufren de depresión son: a) inferencia arbitraria, llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia que lo contradiga, b) abstracción selectiva, valorar una experiencia centrándose solo en un detalle fuera del contexto en donde se ha aparecido e ignorando otras causas más relevantes, c) Generalización excesiva, se elaboran reglas generales a partir de uno o varios hechos aislados para aplicarlos en situaciones donde estos hechos estén relacionados o no, d) Maximización y Minimización, la persona se evalúa a sí misma u otros de manera negativa y minimiza lo positivo o viceversa, e) Personalización, se toma a uno mismo

como principal causa de los sucesos externos, y f) Pensamiento Absolutista o Dicotómico, solo se considera la situación en dos categorías apuestas sin considerar posibilidades intermedias.

### ***1.2.5 Evaluación***

**1.2.5.1. Las Entrevistas.** Según Becker y Heimberg (1985) en los casos de depresión se recomienda realizar entrevistas para evaluar las habilidades sociales, es decir, realizar una entrevista enfocada en situaciones problemáticas, observando su actuación como: el contenido del habla, volumen, tono, contacto ocular, etc.

Según Bas y Andres (1996, citado por Buela-Casal, 2004) esta técnica es de suma importancia debido a que una buena entrevista nos brinda una visión completa de la fenomenología de los síntomas. Además, se debe tener en cuenta las habilidades personales del terapeuta por ser un rol crucial al momento de expresar calidez, empatía y apoyo incondicional para generar y facilitar la confianza dentro del proceso terapéutico.

**1.2.5.2. Los Auto Informes.** Según Buela-Casal (2004) los autoinformes y las entrevistas han sido los instrumentos más utilizados para evaluar los casos de depresión, enlistando las áreas más importantes para analizar: a) Inventarios o escalas de depresión: para conocer los síntomas y su severidad, b) Suicidio: una estimación de la probabilidad que suceda, c) Habilidades y ajuste social, d) Cogniciones negativas: evaluar los pensamientos distorsionados, e) Niveles de actividad: evaluar experiencias aversivas y nivel de actividad como causa de la depresión.

Según Caballo et al. (2007a) dentro de los auto informes también se clasifican los diarios conductuales, en los cuales se registran acontecimientos diarios, brindando información sobre la consecuencia ante las respuestas de las conductas sociales, sobre su entorno social y los refuerzos sociales disponibles.

**1.2.5.3. Auto registros.** Según Buela-Casal (2004) los autorregistros se utilizan para identificar distintas conductas blanco/objetivo que servirán para la creación de una línea base y para evaluar si se cumplieron los objetivos del tratamiento. A nivel clínico se le ha reconocido su posible valor terapéutico.

**A. Auto registros de variables cognitivas.** Según Beck et al. (2010) diseñaron un instrumento donde el paciente registra sus pensamientos y el grado emocional en una escala personal del 0 al 100, y la intensidad (0-100) de la emoción asociada al pensamiento, así como la situación que puede haber activado estos pensamientos. Dividiendo el registro en 5 columnas: fecha, situación, emoción, pensamientos automáticos, respuesta emocional y resultado.

**B. Auto registros de variables conductuales.** Según Hawton et al. (1989) este tipo de registros son importantes, debido que al llevar el registro de conductas de manera diaria por el propio sujeto ayuda a implicar a este en un programa de actividades, generando evidencias claras para identificar y modificar los pensamientos automáticos negativos como “no puedo hacer nada” y “no disfruto de nada”.

### **1.2.6. Pruebas Psicométricas**

Según Buela-Casal (2004) el inventario de depresión de Beck II ha sido adaptado a un gran número de idiomas y culturas, caracterizado por ser un instrumento relativamente corto y fácil de administrar, con el objetivo detectar y cuantificar el síndrome depresivo, en distintas categorías dependiendo del puntaje obtenido: a) 11 – 16 puntos - Leve perturbación del estado de ánimo, b) 17 -20 puntos - Estados de depresión intermitentes, c) 21 – 30 puntos - Depresión moderada, d) 31 – 40 puntos - Depresión grave, y 40 a + puntos - Depresión extrema; además. Respecto a sus propiedades psicométricas, cuenta con una fiabilidad test retest  $r = 0.69$  a  $0.90$  y dos mitades:  $r =$

0.58 a 0.93, de igual manera, su validez concurrente  $r= 0.62$  a  $0.77$ , siendo bastante utilizado en el área de investigación tanto como en la clínica.

Según Domínguez et al. (2012) realizó una revisión de las propiedades psicométricas del inventario de ansiedad estado – rasgo (IDARE) en nuestra población, esta ha sido adaptada de su versión en inglés State Trait – Anxiety Inventory (STAI), caracterizada por ser una escala autoadministrada dividida en estado (E) y rasgo (S) clasificando los niveles de ansiedad en: a) 1 - 3 Bajo, b) 4 – 5 Normal, c) 6 – 7 Moderado y d) 8 -10 Severo. Respecto a sus propiedades psicométricas, cuenta con una confiabilidad del .80, dentro de su consistencia interna los indicadores de homogeneidad se encuentran entre .342 (ítem 6) y .687 (ítem 10) en E, mientras que en S se encuentran entre .238 (ítem 34) y .693 (ítem 36) dan cuenta de una buena relación de los reactivos con el instrumento. Concluyendo que es un instrumento válido y confiable para evaluar ansiedad en la población universitaria peruana.

Según Solís (2007) realizó una revisión de las propiedades psicométricas del inventario clínico multiaxial de Millon- II en nuestra población, caracterizada por ser una escala que sirve como despistaje patrones clínicos de personalidad, patologías de la personalidad, síndromes clínicos, síndromes graves y una escala de fiabilidad y validez, siendo clasificadas en: Leves (- o igual a 74), Moderados (+ o =75 y – o =84) y Severos (+ o =85). Respecto a sus propiedades psicométricas, en cuanto a la fiabilidad se observa que 16 de las 22 escalas clínicas están por encima del .80, siendo la consistencia adecuada para las escalas clínicas.

### ***1.2.7. Evaluación Cognitivo Conductual***

Según Ruiz et al. (2012) en esta área de evaluación se encuentran las auto verbalizaciones asociadas a problemas, distorsiones cognitivas, supuestos básicos, actitudes, respuestas emocionales, estilos atribucionales, etc. Debido a que son encubiertas se han generado diferentes

formas de evaluar el contenido y proceso cognitivo mediante auto – registros e inventarios de auto – informados.

**A. Análisis Funcional.** Según Hayne y O’Brien (1990) el análisis funcional proporciona un modelo de formulación de caso clínico compacto, usándolo para visualizar los problemas del paciente y las variables con las que se correlaciona, que hipotéticamente afectan a dichos problemas

Kanfer y Saslow (1969, citado por Buela – Casal, 2004) propone realizar un análisis funcional ante cada cognición o conducta blanco necesaria para la intervención, teniendo en cuenta las consecuencias y antecedentes que rodean cada una de estas conductas, sin dejar de lado, las cogniciones, sentimientos, emociones, respuestas psicofisiológicas, motoras, condiciones estimulares antecedentes y consecuentes, variables orgánicas y los factores que mantienen la conducta objetivo.

### ***1.2.8. Tratamiento Cognitivo Conductual***

Para realizar la disminución de la sintomatología depresiva se llevarán a cabo distintas estrategias derivadas de la TCC.

**A. Explicar el Fundamento Teórico al Paciente.** según Beck et al. (2010):

“Para modificar las ideas inadecuadas o distorsionadas asociadas con las áreas problemáticas, el terapeuta expone brevemente el modelo cognitivo de la depresión. Entre los puntos más importantes a exponer se encuentra el de la íntima relación entre los pensamientos de una persona acerca de sí misma, de su entorno y de su futuro (la tríada cognitiva) y sus sentimientos, motivaciones y conductas. El terapeuta subraya el efecto negativo que ejercen los pensamientos inadecuados o distorsionados sobre los sentimientos y la conducta del paciente. Sin embargo,

decirle al paciente que “piensa de una manera irracional” puede ser contraproducente. Los pacientes depresivos están profundamente convencidos de que ven las cosas “tal como son en realidad”. Así pues, el terapeuta debe proporcionar al paciente evidencia de que su modo de pensar o de ver las cosas contribuye a mantener la depresión y de sus observaciones y conclusiones pueden ser “incorrectas” (no “irracionales”). El terapeuta puede hacer notar, por ejemplo, que, cuando son posibles varias interpretaciones de un mismo fenómeno, el paciente selecciona sistemáticamente la más negativa” (p.138-139).

**B. Asignación de tareas graduales.** según Beck et al. (2010):

Al lograr realizar con éxito una serie de tareas, los pacientes depresivos suelen experimentar una cierta mejoría (aunque sea transitoria) en su estado anímico. Genera una motivación para realizar tareas más difíciles, teniendo al terapeuta atento para detectar y refutar las ideas de menosprecio hacia sus logros conseguidos, reforzando los avances logrados

**C. Técnicas de Dominio y Agrado.** según Beck et al. (2010):

“El terapeuta puede asignar la tarea de llevar a cabo todos los días una determinada actividad agradable durante un período de tiempo controlado y pedirle al paciente que anote todos los cambios de humor o de estado de ánimo, así como la posible reducción de los sentimientos depresivos asociada con la actividad en cuestión. Cuando el paciente realiza varias actividades es conveniente que anote el grado de Dominio (D) y de Agrado (A) asociado con cada una de ellas (véase el apartado de Programación de Actividades). El término Dominio se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada. El Dominio y el Agrado pueden evaluarse en una escala de 5 puntos, donde 0 representaría, la ausencia de

dominio/agrado y 5, el máximo de dominio/agrado. Al emplear una escala de evaluación, se induce al paciente a identificar éxitos parciales y niveles bajos de agrado. Esta técnica, pues, sirve para contrarrestar el pensamiento absolutista de todo-o-nada” (p.125).

**D. Triple Columna.** Según Caballo (2007a):

Es una técnica donde se realiza un cuadro de tres columnas para que el participante aprenda a identificar pensamientos automáticos poco racionales y pueda reinterpretarlos hacia pensamientos más racionales. De igual manera, esta tercera columna puede servir para reinterpretar un acontecimiento ambiental, generando un contraste de comprobación entre la veracidad de nuestros pensamientos de las consecuencias negativas de un acontecimiento y como esta se produce en la realidad, haciendo darse cuenta de sus pensamientos desadaptativos.

**E. Detección de los pensamientos automáticos.** según Beck et al. (2010):

“Una vez que el paciente ha entendido la definición de la cognición y reconoce la presencia de imágenes y pensamientos automáticos, el terapeuta expone un proyecto diseñado para poner de manifiesto las cogniciones inadecuadas. Lo que se le dice al paciente depende del problema concreto que se esté investigando. Lo más frecuente suele ser que se le den instrucciones de “atrapar” cuantas cogniciones sea posible y registrarlas en un cuaderno. Dado que es extraño que una persona esté “totalmente en blanco”, si es que ello es siquiera posible, el paciente puede tomar las variaciones en su estado de ánimo como indicio o pista para identificar o recordar sus cogniciones, Cuando mejor se identifican las cogniciones es inmediatamente después de que hayan tenido lugar. Sin embargo, por múltiples

razones, un individuo puede no ser capaz de registrar sus cogniciones inmediatamente” (p.144-145).

**F. Reestructuración cognitiva.** según Beck et al. (2010)

“Un tema recurrente en los supuestos de los depresivos es la fuerte presencia de los “debería”, o reglas de vida. El paciente está seguro de que estas reglas son aplicables a todas las situaciones. Forman parte de la estructura cognitiva en base a la cual se organizan las experiencias cotidianas. Con frecuencia, los pacientes comparan mentalmente lo que “deberían” hacer con lo que “hacen” en realidad. Tras esta comparación, suelen juzgar su comportamiento y a sí mismos como inadecuados en relación con su conjunto de patrones o modelos ideales. Estos suelen expresarse en términos absolutos. Además, el paciente deprimido emplea excesivamente las reglas sobre lo que debería hacer o ser. Este empleo excesivo se refleja tanto en la intensidad con que sostiene que “debería” hacer alguna cosa determinada como en el amplio número de situaciones a las que aplica sus reglas de lo que “debería” hacer o ser” (p.242).

**G. Imaginación Racional Emotiva (IRE).** Según Lega et al. (2017):

Durante esta técnica se le pide al paciente imaginarse un acontecimiento activador (A) junto a las emociones insanas (C) sintiendo el malestar, pidiéndole que cambie esa emoción por una sana sin cambiar A permaneciendo unos minutos así. Centrándose en lograr un cambio filosófico de un pensamiento irracional a uno racional.

**H. Respiración Diafragmática.** según Ruiz et al., (2012):

“Teniendo en cuenta la musculatura implicada y las zonas donde se concentra el aire inspirado se suele distinguir entre tres tipos de respiración: costal,



diafragmática y abdominal. Respiración diafragmática. Se produce gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen. En la respiración diafragmática se produce gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen. El diafragma participa activamente. Se trata del tipo de respiración fisiológicamente más adecuado” (p.265).

**I. Entrenamiento en relajación progresiva.** Jacobson (1939):

Comprobó en su laboratorio de fisiología clínica de Chicago que tensando y percibiendo las sensaciones corporales de distendiendo en una serie de músculos, se eliminan casi por completo las tensiones y contracciones, induciendo un estado de relajación profunda.

**J. Ensayo Conductual.** Según Caballo (2007c):

Esta técnica nos muestra maneras apropiadas y efectivas de afrontar situaciones cotidianas en nuestras vidas que puedan resultar problemáticas, modificando modos de respuestas no adaptativas por respuestas más acordes al contexto centrándonos como meta el mismo cambio. Además, se deben tener las siguientes consideraciones: a) se debe realizar una situación a la vez, b) limitarse al problema presentado en un principio, c) la situación debe ser reciente y que sea probable que se repita, d) debe ser breve, representándose por unos 3 minutos, e) las respuestas deben ser cortas y breves, e) el terapeuta debe actuar según la conducta asertiva y la mejor respuesta para la participante según la situación.

**K. Técnica de solución de problemas.** Según D Zurilla y Nezu (2007):

La solución de problemas sociales es parte del proceso cognitivo-conductual autodirigido, en el cual los individuos intentan identificar soluciones efectivas para problemas cotidianos, es decir, promueve una actividad consciente, racional, que exige esfuerzo, y con el propósito de, bien mejorar una situación problemática, o bien reducir el estado emocional negativo generado por

situaciones de todo tipo: reales, incluyendo problemas impersonales, problemas personales o intrapersonales o problemas interpersonales.

### **1.3. Objetivos**

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

- Disminuir la sintomatología depresiva de la paciente a nivel cognitivo, conductual y afectivo - emocional mediante la terapia cognitivo conductual.

#### ***1.3.2. Objetivos Específicos***

- Incrementar la frecuencia de actividades placenteras y funcionales de la paciente mediante la programación de actividades, asignación de tareas graduales y, la técnica de dominio y agrado.
- Decrementar la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos asociadas a la depresión mediante la triple columna, detención de pensamientos automáticos y reestructuración cognitiva.
- Disminuir los síntomas de ansiedad asociados a la depresión a través de la respiración diafragmática y el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson.
- Exponer gradualmente a la paciente en situaciones sociales temidas, la cual incluye centrar la atención en la interacción social mediante el entrenamiento en habilidades sociales e imaginación racional emotiva.

### **1.4. Justificación**

Como hemos podido visualizar en los datos estadísticos a nivel mundial y nacional, la depresión es actualmente una problemática alarmante, con un gran porcentaje de incidencia y prevalencia, además de ello, muchos de los pacientes que necesitan un especialista en salud mental,

no asisten al hospital o no son tratados de la manera eficaz en áreas especializadas como psiquiatría y/o psicología.

Teniendo en cuenta la información recaudada, se concluye que nuestra población necesita tratamientos eficaces frente a la depresión, en este trabajo de investigación de caso único abordaremos a una joven paciente con un episodio depresivo moderado, implementando la terapia cognitivo conductual hacia su caso particular.

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

El trabajo propuesto permitirá obtener un beneficio no solo hacia la paciente, sino también a su entorno familiar, amical y académico. Al reestructurar sus creencias y generar nuevas formas de afrontamiento hacia sus conductas blanco para generar una mayor adaptabilidad en el área personal, familiar y profesional.

Además, este trabajo plantea una estructura de intervención bajo el modelo cognitivo conductual para que otros psicólogos en formación puedan usarlo de guía en paciente con un episodio depresivo similar, de igual manera, se busca contribuir a la comunidad científica con una evidencia más de la eficacia de la terapia cognitivo conductual en casos de depresión.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1. Tipo y diseño de investigación

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

De igual manera, el modelo ABA, comienza con la creación de una línea base A, se lleva un registro de los cambios durante el tratamiento B y se realizará un contraste de la evaluación inicial con la final A para medir si se lograron los objetivos planteados (Fernandez et al., 2014).

El presente trabajo de investigación, corresponde a una investigación experimental, siendo más específicos, una investigación experimental aplicada, haciendo uso de un diseño AB con seguimiento, debido a que no se retirara el tratamiento, la paciente debe seguir ejecutando las técnicas y habilidades adquiridas durante la intervención en su vida cotidiana (Montero y León, 2005).

### 2.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio de caso único se llevó a cabo en un hospital público del distrito de Callao, tuvo una duración de 6 meses desde el mes de julio hasta diciembre. La participante asistió de manera semanal a sus sesiones de 45 – 60 minutos.

## **2.3. Variables de Investigación**

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

Según Beck et al. (2010) la Terapia Cognitiva de la Depresión es un procedimiento altamente estructurado de 12 sesiones. Teniendo un enfoque psicoeducativo, centrado en modificar cogniciones y conductas, por ello también se denomina terapia cognitivo – conductual.

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

Según Beck et al. (2010) dentro de la Terapia Cognitiva, la depresión es en mayor medida una alteración del pensamiento, caracterizado por: a) una triada cognitiva, b) esquemas cognitivos, c) errores en el procesamiento de la información. Estos tres aumentan la frecuencia e intensidad de los pensamientos automáticos negativos acerca de uno mismo y de los sucesos externos e internos.

## **2.4. Participante / Sujeto**

Paciente de sexo femenino, de 20 años, natural de Callao, estatus económico medio, tez blanca, contextura gruesa, estatura de 1.60m aproximado, nunca ha asistido anteriormente a consulta psicológica.

## **2.5. Técnicas e instrumentos**

### ***2.5.1. Técnicas***

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

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

**B. Observación.** Según Caballo et al. (2007b):

La observación es una técnica crucial para la recolección de datos y por ende para su posterior análisis, aplicándose de forma directa durante la entrevista. Para una mayor recolección de datos se debe tomar en cuenta: a) la apariencia y presentación del paciente, b) el comportamiento postural y gestual, y c) el comportamiento verbal en forma y contenido.

**2.5.2. Instrumentos**

**2.5.2.1. Inventario de depresión de Beck - II (BDI - II).**

**A. Datos Generales.**

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

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

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

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

**E. Interpretación.** Estos resultados se clasifican en niveles según la suma directa de los ítems:

**Tabla 1***Puntajes de los niveles del inventario de depresión de Beck II*

Puntajes	Niveles
0 – 9	Ausencia de depresión
10 – 18	Leve perturbación del estado de ánimo
19 – 29	Depresión moderada
30 a +	Depresión grave

**2.5.2.2. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI).****A. Datos Generales:**

- Nombre Original : State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
- Autor/a : C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene.
- Procedencia : Consulting Psychologists Press, Palo Alto California
- Adaptación Española : Sección de estudios de TEA Ediciones, S.A., Madrid Buela-Casal et al., 1992
- Adaptación Peruana : Se realizó en Trujillo en 2021
- Forma de Administración : Individual y Colectiva.
- Tiempo de Aplicación : 15 minutos aproximadamente
- Edad de Aplicación : Adolescentes y adultos.
- Tipificación : Muestras de cada sexo de escolares y de población general de adultos, e información estadística de grupos clínicos.
- Composición : Manual



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

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

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

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

**Tabla 2**

*Clasificación de puntaje del STAI*

STAI A/E	STAI A/R
0 Nada	0 Casi nunca
1 Algo	1 A veces
2 Bastante	2 A menudo
3 Mucho	3 Casi siempre

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

**E. Interpretación.** El resultado se obtiene de la tabla de baremos según la etapa de vida (adolescente o adulto) y según el género indicando el nivel de estado o rasgo que manifiesta la persona.

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

Puntajes	Niveles
1 -3	Bajo
4 – 5	Normal
6 – 7	Moderado
8 -10	Severo

### 2.5.2.3. Inventario clínico multiaxial de Millon – Millon II.

#### A. Datos Generales:

- Autor/es : Theodore. Millon
- Publicación : Madrid: TEA, 1999
- Notas a la medición : Exploración e identificación de personas con dificultades emocionales que puedan requerir atención profesional.

- Adaptación Peruana : Se realizo la aplicación en hospitales de salud mental durante el 2007
- Ámbito de aplicación : Clínica
- Número total de ítems : 175 con Respuesta dicotómica
- Forma de aplicación : Individual y Colectiva 20 a 25 minutos
- Corrección : Manual y Automatizado por ordenador
- Confiabilidad : Solís hayo la fiabilidad de sus escalas clínicas por encima del .80

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

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

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

**Tabla 4**  
*Escalas/Factores del Millon II*

Patrones clínicos de personalidad	Patología grave de la personalidad	Síndromes clínicos	Síndromes graves	Escalas de fiabilidad y validez
Esquizoide (1)				
Evitativa (2)		Ansiedad (A)	Pensamiento psicótico (SS)	Validez (V)
Dependiente (3)		Histeriforme (H)	Depresión mayor (CC)	Sinceridad (X)
Histriónica (4)	Esquizotípica (S)	Hipomanía (N)	Trastorno delirante (PP)	Deseabilidad (Y)
Narcisista (5)	Límite (C)	Distimia (D)		Alteración (Z)
Antisocial (6A)	Paranoide (P)	Abuso del alcohol (B)		
Agresivo sádica (6B)		Abuso de las drogas (T)		
Compulsiva (7)				
Pasivo/agresiva (8A)				
Autodestructiva (8B)				

**E. Interpretación.** Se cuenta con un manual donde se detallan las características propias de las escalas de la prueba para corroborarlas junto al profesional teniendo un perfil más completo sobre la personalidad del evaluado.

**Tabla 5**  
*Indicadores de los factores del Millon-II*

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

### 2.5.3. Evaluación psicológica

#### A. Datos de Filiación.

Apellidos y Nombre : Gloria. B.A

Edad : 19 años

Lugar y fecha de nacimiento : Breña, 14 de noviembre de 2001

Estado Civil	: Soltera
Grado de instrucción	: Superior
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católica
Derivado por	: Iniciativa propia
Lugar de Procedencia	: Callao
Nº de hermanos	: 1 Menor
Domicilio	: Callao, Av. Colonial
Referente	: Paciente y Madre
Intervención inicial	: 05 de Julio 2021
Fecha de 1ª sesión	: 26 de Julio 2021
Fecha de Informe	: 12 de Julio de 2021
Entrevistador	: Lic. Alfonso Llamo Fernandez
Lugar de entrevista	: Hospital San José del Callao
Informantes	: La paciente y madre

**B. Motivo de consulta.** Paciente acude a consulta refiriendo:

“He venido al hospital debido a que he tenido un bajo rendimiento en la universidad, desde hace tres meses aproximadamente, a raíz que desaprobé varios cursos de mi carrera sentí que perdí toda motivación, me siento triste, me dan ganas de comer muy seguido, he subido bastante de peso, me siento cansada sin hacer nada, me quedo dormida durante el día y me quedo despierta durante las noches, durante varios momentos del día pienso: “todo esto es mi culpa, creo que todo lo que he hecho antes está mal”, “no me gusta como estoy ahora, yo siempre he sido productiva”, “siempre pienso en lo que podría suceder si no le dedico tiempo al estudio”, “me siento frustrada

por no cumplir con mis expectativas”, “no quiero que mi familia piense que no soy responsable”, estos pensamientos aumentan durante la noche cuando todo está en silencio. Además, lloro con mayor frecuencia, tengo dolores de cabeza, tensión en mi cuello y hombros, llegando a sentirme muy triste, ansiosa y reprocharme que todo esto es mi culpa, para estar más tranquila me encierro en mi cuarto, veo series, no entro a clases y evito ver mis notas o hablar sobre ello con mis compañeros. También, me cuesta expresar mis sentimientos por temor a dañar a otros o que se burlen de mí, generalmente evito las situaciones que me hacen poner incómoda como las interacciones sociales en temas que no conozco o dominó, todo esto ha afectado mi desenvolvimiento en el área académica, amical y familiar”.

**C. Problema Actual.** Paciente acude a consulta refiriendo:

En el mes de abril desaprueba cursos de su universidad, piensa “todo esto es mi culpa, creo que todo lo que he hecho antes está mal”, “no me gusta como estoy ahora, yo siempre he sido productiva”, “siempre pienso en lo que podría suceder si no le dedico el suficiente tiempo a mis estudios”, “me siento frustrada por no cumplir mis expectativas”, “no quiero que piensen que no soy responsable”, esto le genera ansiedad (6/10) y tristeza (8/10), presenta dolores de cabeza, tensión muscular, alteraciones en su ciclo del sueño y aumento en su apetito. Para sentirse más tranquila se encierra en su cuarto para estar sola, llora, se queda viendo series hasta quedarse dormida, esto hace que disminuyan sus pensamientos y sus niveles de tristeza. Estas conductas se repiten de manera diaria aproximadamente.

Durante el proceso de matrícula a los cursos del siguiente ciclo, comienza a pensar “debo encontrar la manera para conseguir dinero, no puedo pedírselo a mis papas”, “me molesta que toquen el tema de la universidad”, “no quiero volver a clases, esto incrementa su malestar emocional incrementando su tristeza (10/10) y auto reproches de culpa (8/10), manifestando

conductas de cansancio, alteraciones en su sueño, descuido en su aseo y aliño, ausentismo en momentos familiares como almuerzos. Se encerró en su cuarto ocultando las notas, evitando que su madre vea sus notas en el campus virtual, de igual manera, evita los temas relacionados sobre la universidad, y busca constantemente distraerse con otras actividades como ver series en tv o videos de YouTube. Esta conducta se repetía de diaria. Todo esto ocasiona la preocupación de su madre, empezando a buscar una explicación a su comportamiento y culminando a buscar ayuda profesional.

**D. Desarrollo cronológico del problema.** Paciente refiere que:

Durante su infancia primaria hasta los 11 años estuvo rodeado de mensajes sobre la importancia de un buen desempeño por su madre, esta también le comentaba que no debía hablar mucho porque las otras personas podrían usarlo en su contra.

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

Durante los 12 a 16 años, el sentimiento de tristeza aumentaba (5/10) cuando no veía la preocupación de sus padres, debido a que a ellos le prestaban mayor atención a su hermano porque solía enfermarse constantemente, por lo cual acudía a hablar y salir con sus amigos para poder manejar esta situación. Además, considera que ha sabido manejarlo y no tuvo dificultades a nivel amical ni escolar.

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

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

### **2.5.3.1. Historia Personal.**

**A. Desarrollo Inicial.** Los padres de Gloria tenían 29 años, cuando comienzan a realizar una planificación de 1 año antes de quedar embarazada, durante los meses de gestación no se presentó dificultades, la labor de parto se realizó de manera natural sin complicaciones, nació con un peso de 4 kilos 300 gramos y midió 50 cm. Recibió leche materna hasta los 6 meses.

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

**B. Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia.** De niña era callada y se alejaba de sus otros compañeros, se mantenía cerca de su madre quien le mencionaba constantemente cómo debería actuar en distintas situaciones llegando a sentirse tranquila. Además, refiere que su madre se fijaba mucho en la apariencia de ella y otros, también sobre lo que otros pudieran pensar y que le repetía que no debía hablar mucho ni confiar en otras personas.

**C. Actitudes de la familia frente a la paciente.** Acerca de su familia, Gloria refiere que siempre han sido exigentes con ella en el área académica, recuerda que su madre asistía constantemente a las actividades escolares, conversaba con los profesores para verificar que esté cumpliendo con todas las indicaciones de los profesores. Gloria refiere “creo que mi madre tuvo muchas expectativas puestas en mí por todo el tiempo que planificó para tenerme”.



### *D. Educación.*

**Tabla 6**

*Desempeño Académico - Social de la participante*

Estudios	Concluyó		Problemas de adaptación social		Rendimiento		
	Si	No	Sí	No	Bajo	Prom	Alto
Inicial	X			X		X	
Primaria	X			X			X
Secundaria	X		X				X
Universidad		X	X		X		

Se han encontrado dificultades en la adaptación social en distintas etapas de su desarrollo.

En primaria, tenía un alto promedio, siendo la única mujer dentro del quinto superior, recibiendo elogios y halagos de sus compañeros y profesores, ella admite que buscaba tener un buen desempeño para recibir esos refuerzos. En esta etapa era más constante el involucramiento de la madre en las actividades escolares y amicales.

En secundaria, tenía un buen desempeño, no le costaba interactuar con sus pares en trabajos escolares, pero le era difícil conseguir amistades más cercanas, le gustaba la atención que le daban sintiéndose importante para los demás y sus profesores, “me pedían hacer cosas que a otros no”, “los profesores me pedían ir a la sala de profesores, para abrir sus maletas y traerles cosas”, “yo tenía la demanda de ser así”. Generalmente se ocupaba de sus tareas sin ayuda de la familia debido a que sus padres le daban mayor cuidado a su hermano menor.

En la universidad, experimenta por primera vez un episodio depresivo, desaprueba un curso lo cual causa la sintomatología descrita en el motivo de consulta, esto ocasiona que baje su promedio ponderado, lo cual la obliga a tener que elaborar un horario académico entremezclado

teniendo clases durante el turno mañana, tarde y noche, de igual manera, puede relacionarse con otros compañeros para formar equipos de trabajo y llega a conseguir una amiga cercana.

**E. Desarrollo psicosexual.** La participante menciona no haber tenido pareja anteriormente, durante primaria consideraba que tener pareja a tan temprana edad estaba mal visto por lo que no le interesó, durante su secundaria comenzó a saber sobre las dinámicas de pareja por los relatos de sus amigos cercanos, pero se siente ansiosa ante algunas interacciones de cortejo con chicos de su edad “cuando un chico ha querido acercarse a mí, es estresante, no sé cómo responder o salir de ahí”. Además, empezó su menstruación a los 13 años de manera tranquila por la orientación de sus profesores, por otro las aún no ha tenido ninguna experiencia sexual.

**F. Actitudes religiosas.** Gloria se denomina católica no practicante, refiere “asistí a un colegio religioso en donde nos enseñaban las creencias religiosas, había grupos parroquiales y retiros, yo participe en ellos en pocas ocasiones durante mi secundaria, pero actualmente no acudo a la iglesia”.

**G. Interacción social.** De pequeña se considera callada y apática, no tenía amigos cercanos en su vecindario, generalmente relacionándose con sus compañeros de clases, continuando con ellos desde inicial hasta primaria, en esta última etapa ha tenido mayor facilidad para expresarse, logra hablar de distintos temas referentes a la escuela, sin embargo, no logra expresar sus emociones de manera adecuada.

Durante la secundaria tuvo un grupo de tres amigos cercanos (Grecia, Daniel, Adrián) congeniando debido a que no les importaba ser bien vistos por los profesores o compañeros, lograba acercarse a otros para formar grupos de trabajo, sin embargo, no eran relaciones duraderas ni profundas.

Durante la universidad continuó su amistad con Daniel y Adrián, asistiendo a la misma universidad, ahí mismo conoció a su amiga Romina debido a que esta se acercó a ella para contarle un mal momento que pasaba en su vida. Durante su episodio depresivo corto comunicación con ellos por más de 3 meses.

**H. Enfermedades y accidentes.** Tuvo una luxación en la rodilla a los 15 años jugando videojuegos durante navidad, sin recibir mucha ayuda de parte de sus padres debido a que se encontraban discutiendo sin prestarle atención.

Se doblo la muñeca por un accidente en la secundaria, le tiraron un balón en el patio de recreo del colegio, se notó una inflamación, pero ella no quiso ir a un hospital para una revisión debido a que los hospitales le causaban un gran desagrado debido a las constantes visitas que tuvo desde niña por los controles para evitar el hipotiroidismo, llegando finalmente al hospital luego de varias horas desde el accidente.

Tanto su madre como su abuela sufren de hipotiroidismo, ella va a controles constantes desde muy pequeña para evitar que sufra la enfermedad, debido a esto Gloria evitaba asistir a los hospitales ni tener citas médicas porque ya no quería escuchar que los doctores le repitieran que debe cuidar su alimentación.

### **2.5.3.2. Historia Familiar**

#### **A. Relaciones Familiares.**

**Tabla 7**

*Datos familiares de la participante*

Parentesco	Nombre	Edad	Grado instrucción	Dedicación
Padre	Javier	49	Superior	Contador
Madre	Gloria	50	Superior	Contadora
Hermano	Leonardo	14	Secundaria	Estudiante

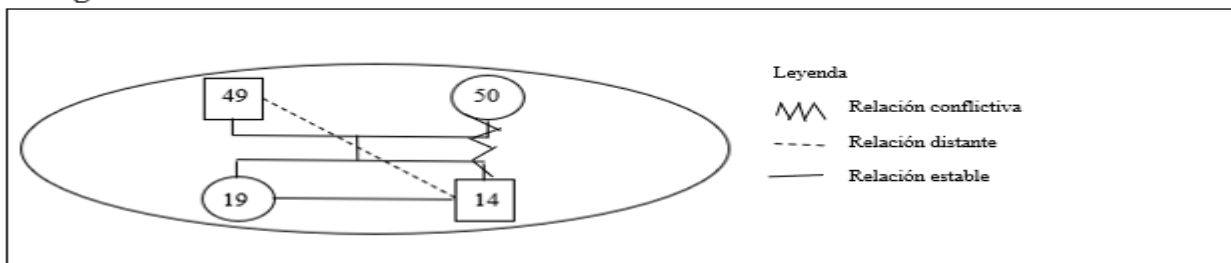
Acerca de su relación con su madre refiere: “mi madre es una persona exigente, le gusta que hagamos las cosas como ella quiere, se molesta constantemente, no confía mucho en las personas, le gustaba que fuera la única mujer entre los primeros puestos del colegio, fomento desde pequeña que fuera competitiva, suele ser impulsiva, quejándose, tirando cosas dentro de la casa para intentar calmarse, se preocupa por todo lo que suceda en su trabajo, se siente un poco acomplejada por su físico, siempre recuerdo su frase “cuando esté delgada voy a...”, desde pequeños debemos portarnos bien porque no quieren que la critiquen por nuestro comportamiento, aunque siempre ha sido generosa con nosotros, nunca nos ha faltado dinero para cubrir nuestras necesidades básicas, también es divertida y amorosa a su forma, se preocupa por mí, pero suele ser sobreprotectora, queriendo llevarme a todos lados y llegando a poner cámaras dentro de casa, según ella para cuidar la casa de robos, pero creo que también para poder vigilarnos, además sufre de ansiedad y depresión, asiste a psiquiatría en este hospital y continúa con su medicación”.

Acerca de la relación con su padre refiere: “mi papa no ha fue muy cercano a mí cuando nació, no sabía cómo cuidar a una bebe por lo que dejo que mi madre y abuela se encargaran, es generoso conmigo, no es tan exigente con las notas y no le gusta que nos griten por temas de estudio porque tampoco le iba bien en la universidad, no es tan riguroso como mi mamá, él nos muestra su amor comprándonos cosas, dándonos estudio y respetando nuestro espacio, aunque suele burlarse de otras personas con menos estudios o gente joven sin experiencia, me suele idealizada, me dice que debo trabajar tener un carro ser independiente y es bastante celoso, no me puede ver con ningún chico alrededor”.

Acerca de su relación con su hermano refiere: “leo de niño era bien chinchoso se aprovechaba que era el centro de atención, se la pasaba junto a mi madre todo el tiempo, no le llamaban la atención y no le gritaban como a mí, durante mi secundaria le prestaban toda la

atención a él porque le iba mal en el colegio, sucedía lo mismo cuando se enfermaba o tenía un accidente, suele ser terco, impulsivo, responde bastante a mis padres, aunque ellos lo ven como un niño “bueno”, bondadoso, amable, ingenioso y sociable”.

**Figura 1**  
*Genograma*



**B. Familiares con antecedentes psiquiátricos o psicopatológicos.** Tanto su madre como abuela sufren de hipotiroidismo, actualmente su madre toma medicación para controlar su depresión y ansiedad.

#### 2.5.4. Evaluación psicométrica

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

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

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

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

Nombres y apellidos : Gloria. B.A

Edad : 19 años

Fecha de nacimiento : 14/11/01

Lugar de nacimiento : Breña

Grado de instrucción : Superior

Estado civil : Soltera  
Ocupación : Estudiante  
Lugar de residencia : Callao  
Evaluador : Lic. Alfonso Llamo  
Fecha de Informe : 12 de Julio de 2021

**Motivo de evaluación:**

Tamizaje de depresión.

**Resultados**

En el área de afectividad, a nivel psicométrico la evaluada evidencia un estado depresivo grave, sin embargo, a nivel clínico evidencia un estado depresivo moderado, Gloria se siente desanimada y triste la mayor parte del tiempo, se cansa con facilidad, presenta alteraciones en su sueño y apetito, quedándose dormida en varias ocasiones durante el día. Además, se preocupa acerca de su futuro personal y profesional pues aún no ha cumplido con sus metas personales y ha desaprobado cursos de su carrera, todo ello ha disminuido su motivación y rendimiento ocasionando un descenso en su promedio perdiendo los cupos para armar un horario de clases adecuado, asimismo, siente que ha fracasado como persona e hija, al no poder llegar a las expectativas esperadas por ella y su madre, convirtiéndose en una idea constante que recuerda debido a que su madre se lo repite desde temprana edad; de igual manera, siente que es la única culpable de todo esto. Llegando a generar que se compare constantemente con sus pares, refiriendo que son más capaces porque pueden realizar muchas actividades o tienen un mejor aspecto físico, le cuesta tomar decisiones respecto a que comer, hacer o cómo mejorar su condición actual, cuestiona si lo que hace realmente le ayudará, ha aumentado pocos kilos más sintiéndose gorda y poco atractiva, llora constantemente, se aísla en su cuarto y ve series para evitar ver sus notas,

entrar a sus clases o evitar hablar sobre temas académicos. Por otra parte, esto ha causado un distanciamiento de sus amigos. Finalmente, cuando su madre le comenta acerca de la universidad, se irrita con facilidad llegando a contestar de mala manera, lo cual ha sorprendido a su madre.

### **Conclusión**

En el área de afectividad, a nivel psicométrico la evaluada evidencia un estado depresivo grave, sin embargo, a nivel clínico evidencia un estado depresivo moderado, la cual repercute en su funcionalidad a nivel social, personal, familiar y académico.

### **Recomendaciones**

Intervención Cognitivo Conductual.

### **Escala de ansiedad estado – rasgo (STAI)**

Nombres y apellidos : Gloria. B.A

Edad : 19 años

Fecha de nacimiento : 14/11/01

Lugar de nacimiento : Breña

Grado de instrucción : Superior

Estado civil : Soltera

Ocupación : Estudiante

Lugar de residencia : Callao

Evaluador : Lic. Alfonso Llamo

Fecha de Informe : 12 de Julio de 2021

Motivo de evaluación:

Tamizaje de ansiedad.

## **Resultados**

En el área de emotividad, presenta una ansiedad estado de nivel severo, sin embargo, a criterio clínico se evidencia un nivel leve, lo cual evidencia que actualmente se siente tensa y preocupada respecto a su desempeño académico, incómoda respecto a su condición físicas y ha perdido confianza en sí misma. Por otro lado, presenta una ansiedad rasgo a nivel severo, sin embargo, a criterio clínico se evidencia un nivel moderado, evidenciándose en su mayor facilidad para cansarse, siente constantes ganas de llorar, desearía ser más feliz como en épocas pasadas, pierde oportunidades por no decidirse a tiempo y/o se arrepiente de las decisiones que tomó preguntándose si será la mejor opción para ella, come una mayor cantidad frituras entre comidas, se siente presionada por sus responsabilidades académicas y no se siente confiada ni segura de sí misma.

## **Conclusión**

En el área de emotividad, presenta una presenta una ansiedad estado de nivel severo, sin embargo, a criterio clínico se evidencia un nivel leve, de igual manera, respecto a su ansiedad rasgo a nivel severo, sin embargo, a criterio clínico se evidencia un nivel moderado, lo cual ha afectado en su funcionalidad social y personal.

## **Recomendaciones**

Intervención Cognitivo Conductual.

## **Inventario clínico multiaxial de Millon – II (Millon II)**

Nombres y apellidos : Gloria. B.A

Edad : 19 años

Fecha de nacimiento : 14/11/01

Lugar de nacimiento : Breña



Grado de instrucción : Superior  
Estado civil : Soltera  
Ocupación : Estudiante  
Lugar de residencia : Callao  
Evaluador : Lic. Alfonso Llamo  
Fecha de Informe : 12 de Julio de 2021

### **Motivo de evaluación**

Tamizaje de trastorno de personalidad.

### **Resultados**

En el área de personalidad, la evaluada presenta rasgos que la caracterizan por ser una persona que tiende a la introversión, refiriendo que desde niña ha preferido estar en grupos pequeños de amigos, no le gusta ser el centro de atención, cuando conoce personas nuevas prefiere que ellos comiencen una conversación y cuando un chico quiere acercarse a ella no sabe cómo reaccionar. Además, presenta una anticipación ansiosa de los aspectos que podrían ser dolorosos para ella, por lo que en sus deseos de relacionarse ha aprendido a negar/ocultar sus sentimientos y guardar en buena medida una distancia interpersonal. De igual manera, se relaciona con otros de manera auto sacrificada, permitiendo y fomentando que se aprovechen de ella en el aspecto académico, realizando la parte de las tareas de otros para mejorar sus notas porque no está hecho como a ella le gustaría y actúa de una manera modesta e intenta pasar de ser percibida. Finalmente, se vuelve hacia sus amigos como fuente de protección, seguridad y consejo probablemente debido a la sobreprotección parental durante su infancia.

### **Conclusión**

En el área de personalidad, la evaluada se caracteriza por ser una persona que tiende a la introversión, guarda una distancia social ante personas desconocidas, se rodea de un grupo pequeño de amigos y se le dificultan las interacciones sociales.

### **Recomendaciones**

Intervención Cognitivo Conductual.

#### ***2.5.5. Informe psicológico integrador***

Nombres y apellidos : Gloria. B.A

Edad : 19 años

Fecha de nacimiento : 14/11/01

Lugar de nacimiento : Breña

Grado de instrucción : Superior

Estado civil : Soltera

Ocupación : Estudiante

Lugar de residencia : Callao

Evaluador : Lic. Alfonso Llamo

Fecha de Informe : 12 de Julio de 2021

### **Motivo de evaluación**

Paciente acude a consulta refiriendo “He venido al hospital debido a que he tenido un bajo rendimiento en la universidad, desde hace tres meses aproximadamente, a raíz que desaprobé varios cursos de mi carrera sentí que perdí toda motivación, me siento triste, me dan ganas de comer muy seguido, he subido bastante de peso, me siento cansada sin hacer nada, me quedo dormida durante el día y me quedo despierta durante las noches, durante varios momentos del día

pienso: “todo esto es mi culpa, creo que todo lo que he hecho antes está mal”, “no me gusta como estoy ahora, yo siempre he sido productiva”, “siempre pienso en lo que podría suceder si no le dedico tiempo al estudio”, “me siento frustrada por no cumplir con mis expectativas”, “no quiero que mi familia piense que no soy responsable”, estos pensamientos aumentan durante la noche cuando todo está en silencio. Además, lloro con mayor frecuencia, tengo dolores de cabeza, tensión en mi cuello y hombros, llegando a sentirme muy triste, ansiosa y reprocharme que todo esto es mi culpa, para estar más tranquila me encierro en mi cuarto, veo series, no entro a clases y evito ver mis notas o hablar sobre ello con mis compañeros. También, me cuesta expresar mis sentimientos por temor a dañar a otros o que se burlen de mí, generalmente evito las situaciones que me hacen poner incómoda como las interacciones sociales en temas que no conozco o dominó, todo esto ha afectado mi desenvolvimiento en el área académica, amical y familiar”.

### **Evaluación psicológica**

En el área de personalidad, la evaluada presenta rasgos que la caracterizan por ser una persona que tiende a la introversión, refiriendo que desde niña ha preferido estar en grupos pequeños de amigos, no le gusta ser el centro de atención, cuando conoce personas nuevas prefiere que ellos comiencen una conversación y cuando un chico quiere acercarse a ella no sabe cómo reaccionar. Además, presenta una anticipación ansiosa de los aspectos que podrían ser dolorosos para ella, por lo que en sus deseos de relacionarse ha aprendido a negar/ocultar sus sentimientos y guardar en buena medida una distancia interpersonal. De igual manera, se relaciona con otros de manera auto sacrificada, permitiendo y fomentando que se aprovechen de ella en el aspecto académico, realizando la parte de las tareas de otros para mejorar sus notas porque no está hecho como a ella le gustaría y actúa de una manera modesta e intenta pasar de ser percibida. Finalmente,

se vuelve hacia sus amigos como fuente de protección, seguridad y consejo probablemente debido a la sobreprotección parental durante su infancia.

En el área de afectividad, a nivel psicométrico la evaluada evidencia un estado depresivo grave, sin embargo, a nivel clínico evidencia un estado depresivo moderado, Gloria se siente desanimada y triste la mayor parte del tiempo, se cansa con facilidad, presenta alteraciones en su sueño y apetito, quedándose dormida en varias ocasiones durante el día. Además, se preocupa acerca de su futuro personal y profesional pues aún no ha cumplido con sus metas personales y ha desaprobado cursos de su carrera, todo ello ha disminuido su motivación y rendimiento ocasionando un descenso en su promedio perdiendo los cupos para armar un horario de clases adecuado, asimismo, siente que ha fracasado como persona e hija, al no poder llegar a las expectativas esperadas por ella y su madre, convirtiéndose en una idea constante que recuerda debido a que su madre se lo repite desde temprana edad; de igual manera, siente que es la única culpable de todo esto. Llegando a generar que se compare constantemente con sus pares, refiriendo que son más capaces porque pueden realizar muchas actividades o tienen un mejor aspecto físico, le cuesta tomar decisiones respecto a que comer, hacer o cómo mejorar su condición actual, cuestiona si lo que hace realmente le ayudará, ha aumentado pocos kilos más sintiéndose gorda y poco atractiva, llora constantemente, se aísla en su cuarto y ve series para evitar ver sus notas, entrar a sus clases o evitar hablar sobre temas académicos. Por otra parte, esto ha causado un distanciamiento de sus amigos. Finalmente, cuando su madre le comenta acerca de la universidad, se irrita con facilidad llegando a contestar de mala manera, lo cual ha sorprendido a su madre.

En el área de emotividad, presenta una ansiedad estado de nivel severo, sin embargo, a criterio clínico se evidencia un nivel leve, lo cual evidencia que actualmente se siente tensa y preocupada respecto a su desempeño académico, incómoda respecto a su condición físicas y ha

perdido confianza en sí misma. Por otro lado, presenta una ansiedad rasgo a nivel severo, sin embargo, a criterio clínico se evidencia un nivel moderado, evidenciándose en su mayor facilidad para cansarse, siente constantes ganas de llorar, desearía ser más feliz como en épocas pasadas, pierde oportunidades por no decidirse a tiempo y/o se arrepiente de las decisiones que tomó preguntándose si será la mejor opción para ella, come una mayor cantidad frituras entre comidas, se siente presionada por sus responsabilidades académicas y no se siente confiada ni segura de sí misma.

### **Resultados**

En el área de personalidad, la evaluada se caracteriza por ser una persona que tiende a la introversión, guarda una distancia social ante personas desconocidas, se rodea de un grupo pequeño de amigos y se le dificultan las interacciones sociales.

En el área de afectividad, a nivel psicométrico la evaluada evidencia un estado depresivo grave, sin embargo, a nivel clínico evidencia un estado depresivo moderado, la cual repercute en su funcionalidad a nivel social, personal, familiar y académico.

En el área de emotividad, presenta una presenta una ansiedad estado de nivel severo, sin embargo, a criterio clínico se evidencia un nivel leve, de igual manera, respecto a su ansiedad rasgo a nivel severo, sin embargo, a criterio clínico se evidencia un nivel moderado, lo cual ha afectado en su funcionalidad social y personal.

### **Recomendaciones**

Intervención Cognitivo Conductual.

#### **2.5.5.1. Diagnóstico**

- **Diagnóstico Funcional**

**Tabla 8***Diagnóstico funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Llora acompañada de pensamiento de auto reproche</li> <li>● Culpa cuando le preguntan por la universidad</li> <li>● Ansiedad ante situaciones sociales.</li> <li>● Tristeza en SUD 9/10, culpa 7/10 auto reproche 8/10</li> <li>● Tensión muscular</li> <li>● Hipersomnia</li> <li>● Hiperfagia</li> <li>● Inatención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Poca capacidad para expresar sentimientos, emociones y desagrado.</li> <li>● Disminución de las habilidades para enfrentar el estrés.</li> <li>● Descenso de la capacidad de planificación.</li> <li>● Disminución en el interés o placer de actividades</li> <li>● habilidades sociales</li> </ul>	
Pensamientos de:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● “todo esto es mi culpa, creo que todo lo que he hecho antes está mal”</li> <li>● “no me gusta como estoy ahora, yo siempre he sido productiva”</li> <li>● “siempre pienso en lo que podría suceder si no le dedico tiempo a mis estudios.”</li> <li>● “me siento frustrada por no cumplir con mis expectativas”</li> <li>● “no quiero que piensen que no soy responsable.”</li> </ul>		

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

ADAPTATIVAS	DESADAPTATIVAS
<ul style="list-style-type: none"><li>● Habilidades sociales en ambientes académicos</li><li>● Capacidad intelectual</li><li>● Desarrollo motor</li><li>● Aliño e higiene</li><li>● Lenguaje</li><li>● Responsabilidad</li><li>● Estudios superiores</li><li>● Motivada hacia el tratamiento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Depresión</li></ul>

Tabla 10

Análisis funcional de la conducta depresiva de la participante

Estímulo discriminativo	Organismo	Conducta	Estímulo reforzador y consecuentes
Interno	Variables Biológicas	Motor:	Refuerzo externo:
Recordar que desaprobó el anterior ciclo académico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperamento Melancólico</li> <li>• Antecedentes: No llevó ningún tratamiento psicológico, ni farmacológico previo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• encerrarse en el cuarto y llorar hasta quedarse dormida</li> <li>• ver series en su televisor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• al evitar asistir a las clases</li> <li>• los síntomas fisiológicos.</li> <li>• Constante rumiación acerca de su problemática</li> <li>• posterga trabajos y tareas</li> </ul>
Externo:	Variables Psicológicas		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando le preguntan sobre su desempeño académico.</li> <li>• Cuando conversa con sus amigos sobre su horario</li> <li>• Cuando su madre le reclama que debe tener mejores notas</li> <li>• Cuando ve la comida servida recuerda que ha aumentado de peso</li> <li>• Al tener que hablar con personas de la universidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel incapacitante de autoestima</li> </ul> <p>HISTORIA DE APRENDIZAJE</p> <p>Variables Socio Culturales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación/percepción: proviene de un hogar negligente</li> <li>• Educación: Superior en curso</li> </ul> <p>Variables Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creencias: Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría.</li> <li>• Distorsiones: Pensamiento dicotómico, inferencias arbitrarias, abstracción selectiva y personalización</li> <li>• Esquemas: Inhibición emocional y estándares inflexibles/crítica sobredimensionada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rechaza invitaciones de sus amigos y familiares para salir</li> <li>• busca evitar situaciones con compañeros de la universidad</li> <li>• Posterga ver las notas o reclamar por una baja calificación</li> </ul> <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ansiedad 7/10, tristeza 10/10 y auto reproche (8/10)</li> </ul> <p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llanto, dolor de cabeza, tensión en cuello y hombros</li> </ul> <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ““todo esto es mi culpa, creo que todo lo que he hecho antes está mal”</li> <li>• “no me gusta como estoy ahora, yo siempre he sido productiva”</li> <li>• “siempre pienso en lo que podría suceder si no le dedico tiempo a mis estudios.”</li> <li>• “me siento frustrada por no cumplir con mis expectativas”</li> </ul>	<p>Refuerzo interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “al llorar siento alivio”</li> <li>• “si no puedo con esto será peor al terminar la universidad”</li> <li>• “aun no estoy lista para volver a la universidad”</li> </ul>



- **Diagnóstico Tradicional**

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

**Tabla 11**

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

CRITERIOS DSM V	Presentes en la paciente
Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y presentan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.	
Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.	
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Síntomas dentro del apartado A:</li> <li>- 1</li> <li>- 2</li> <li>- 3</li> <li>- 4</li> <li>- 5</li> <li>- 8</li> </ul>
1.	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. Se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2.	Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3.	Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4.	Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5.	Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

- 
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

**B** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

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

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

**E** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Áreas:

- Personal, Familiar, Social y Académica
  - No presenta
  - Ausencia de otros cuadros diagnósticos
  - Ausencia de manía o hipomanía
-

## 2.6 Intervención

### 2.6.1 Plan de intervención y calendarización

**Tabla 12**

*Plan de intervención*

Sesión	Título	Fecha	Hora
1	Entrenamiento en la técnica de asignación de tareas	26/07/2021	4 – 5 pm
2	Entrenamiento en la técnica de dominio y agrado	09/08/2021	3 – 4 pm
3	Entrenamiento en la técnica de triple columna	16/08/2021	2 – 3 pm
4	Identificación de pensamientos automáticos negativos	31/08/2021	4 - 5 pm
5	Entrenamiento en la técnica de reestructuración cognitiva	07/08/2021	2 - 3 pm
6	Entrenamiento en la técnica de reestructuración cognitiva	28/09/2021	3:30 – 4:30 pm
7	Entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática	05/10/2021	3:30 – 4:30 pm
8	Técnica de relajación progresiva de Jacobson	12/10/2021	3:30 – 4:30 pm
9	Entrenamiento en imaginación racional emotiva	19/10/2021	3:30 – 4:30 pm
10	Entrenamiento en la técnica de solución de problemas	09/11/2021	3:30 – 4:30 pm
11	Entrenamiento en habilidades sociales	16/11/2021	4:30 – 5:30 pm
12	Ensayo Conductual en comunicación asertiva	24/11/2021	2:30 – 3:30 pm
13	Ensayo Conductual en expresión emocional	07/12/2021	4:30 – 5:30 pm

## 2.6.2 Programa de intervención

**Tabla 13**

*Primera sesión – entrenamiento en la técnica de asignación de tareas*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Inicio	Breve resumen de los conceptos de la activación conductual	Consolidar el conocimiento sobre la importancia de la ejecución de actividades placenteras que ha abandonado	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación acerca de los principios básicos y beneficios de la activación conductual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pizarra</li> <li>● Plumones</li> </ul>	25´	
Desarrollo	Explicar la relación entre la escasa motivación e inactividad y la falta de reforzadores externos	Incrementar la frecuencia de actividades placenteras y funcionales de la paciente mediante la técnica de asignación de tareas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● se realiza un horario de actividades rutinarias junto a la paciente (L-V)</li> <li>● se comentan actividades que podría realizar dentro de casa</li> <li>● Se acuerda no tener un horario determinado para las actividades, pero las debe hacer algún momento del día como: barrer durante la tarde, cocinar su desayuno, bailar en su cuarto, asistir a sus clases online y leer un texto corto de sus cursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hoja bond</li> <li>● Lapiceros</li> </ul>	25´	<p>Se le entrega el horario hecho y se le pide realizar estas actividades durante la semana</p> <p>Se le pide llevar un registro de frecuencia sobre las actividades</p>
Cierre	Resumen	Reforzar la información brindada  Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Resolver preguntas acerca de las sensaciones percibidas durante el planteamiento de la técnica</li> <li>● Recalcar los beneficios de la continua actividad en su estado anímico</li> </ul>		10´	La siguiente sesión la paciente presenta el registro de conductas

**Tabla 14***Segunda sesión – entrenamiento en la técnica de dominio y agrado*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Inicio	Breve resumen de los beneficios de la activación conductua l	Reforzar la importancia de las actividades placenteras dentro de nuestra rutina.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación acerca de los principios básicos y beneficios de la técnica de dominio y agrado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pizarra</li> <li>● Plumone s</li> </ul>	20´	
Desarrollo	Fomentar la activación conductua l de la paciente con actividade s extra académica s	Incrementar la frecuencia de actividades placenteras y funcionales de la paciente mediante la técnica de dominio y agrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se realiza un listado de actividades placenteras no relacionadas al campo académica</li> <li>● Se jerarquiza según su nivel de dominio y agrado, para incorporarse en su rutina <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dibujar</li> <li>- Yoga</li> <li>- Ver series (1 hora)</li> <li>- Bailar</li> <li>- Cocinar postres</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hoja bond</li> <li>● Lapicero s</li> </ul>	25´	<p>Se le entrega el horario y se pide realizar estas actividades durante la semana</p> <p>Se le pide realizar un registro semanal de las actividades</p>
Cierre	Resumen	Reforzar la información brindada  Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Resolver preguntas acerca de las sensaciones percibidas durante la técnica</li> <li>● Recalcar los beneficios de la continua práctica</li> </ul>		15´	Se le facilitó por el constante trabajo al aplicar las técnicas en distintas situaciones

**Tabla 15***Tercera sesión – entrenamiento en la técnica de triple columna*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Inicio	Breve diálogo sobre la relación entre emociones, pensamiento y conducta.	Fortalecer la importancia de las creencias en nuestras conductas y emociones Identificar los pensamientos, emociones y respuestas conductuales que se dan ante un evento activador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se le realizan ejemplos con situaciones distintas a su problemática.</li> <li>● se le pidió identificar situaciones que le han causado alguna reacción emocional en el pasado</li> </ul>		10´	Paciente entrega una lista de situaciones
Desarrollo	Identificar correctamente las divisiones dentro de la triple columna  Ejemplificar situaciones para notar la interrelación	Decrementar la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos mediante la triple columna	<ul style="list-style-type: none"> <li>● anotar las situaciones en que aparecían los pensamientos, la emoción y la conducta que lo acompañaba</li> <li>● rellenar el registro con situaciones que le ocurrieron anteriormente</li> <li>● realizar preguntas respecto a implicaciones y consecuencias de nuestros pensamientos en nuestra conducta y emoción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hojas bond</li> <li>● Lapiceros</li> </ul>	40´	Resolver las dudas acerca de los ejemplos planteados por la paciente  Se le pidió realizar un registro cognitivo semanal
Cierre	Resumen	Reforzar la información brindada  Retroalimentación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.</li> <li>● Recordarle la importancia de detallar el suceso dentro del registro</li> </ul>		10´	La siguiente sesión la paciente presenta el registro de pensamiento

**Tabla 16***Cuarta sesión – identificación de pensamientos automáticos negativos*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Inicio	Breve diálogo sobre la relación entre emociones, pensamiento y conducta.	Recalcar la relación entre los pensamientos, conducta y emociones Identificar las respuestas que se dan ante un evento activador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● se hicieron preguntas abiertas sobre el registro hecho con anterioridad</li> <li>● se le preguntó si tuvo algún inconveniente para rellenarlas</li> </ul>		10´	Paciente entrega el registro de pensamiento
Desarrollo	Identificar y debatir los pensamientos desadaptativos encontrados en los registros	Decrementar la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos mediante identificación de pensamientos automáticos negativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se anotaba en los registros de pensamiento las distorsiones cognitivas presentes en cada situación</li> <li>● Se explican las distintas distorsiones cognitivas propuestas por Aaron Beck</li> <li>● Se le realizaron preguntas sobre las distorsiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aclaratorias</li> <li>- Acerca de un tema</li> <li>- En torno a supuestos</li> <li>- Sobre la evidencia o razón</li> <li>- Respecto al origen o fuentes</li> <li>- Respecto a implicaciones y consecuencias</li> <li>- Respecto a puntos de vista</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hoja bond</li> <li>● Lapiceros</li> </ul>	40	Resolver las dudas acerca del proceso de creación y mantenimiento de las distorsiones
Cierre	Resumen	Reforzar la información brindada Retroalimentación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Preguntas sencillas y cortas sobre los esquemas.</li> <li>● Indagar acerca de la reestructuración de pensamientos</li> </ul>		10´	La siguiente sesión la paciente presenta registro semanal de pensamiento

**Tabla 17***Quinta Sesión – entrenamiento en la técnica de reestructuración cognitiva*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Inicio	Breve diálogo sobre los registros que se dejaron durante la semana.	Reforzar la importancia de identificar los pensamientos automáticos negativos.  Mejorar la habilidad de reestructurar los pensamientos negativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● se hicieron preguntas abiertas como sobre la práctica semanal de detección</li> <li>● se le pidió que relate su experiencia al realizar la actividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● pizarra</li> <li>● plumones</li> </ul>	10´	Proporciona: el registro de pensamiento
Desarrollo	Favorecer la capacidad de profundizar sobre sus propios pensamientos y reflexiones con el fin de reestructurar pensamientos negativos	Decrementar la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos mediante la reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se formularon preguntas acerca sus distorsiones de desvalorización y culpa de forma que la paciente aprenda a reestructurar esas ideas mediante: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debate socrático</li> <li>- Debate funcional</li> <li>- Debate didáctico</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● pizarra</li> <li>● plumones</li> </ul>	40´	Se busco que ejemplifique el tipo de debate en la pizarra
Cierre	Resumen	Reforzar la información brindada  Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Preguntas sencillas sobre los tipos de debate</li> </ul>		10´	Continuar con el registro de pensamientos agregando la reestructuración de pensamientos



**Tabla 18***Sexta Sesión – entrenamiento en la técnica de reestructuración cognitiva*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Inicio	Breve diálogo sobre los registros que se dejaron durante la semana.	Reforzar la importancia identificar los pensamientos automáticos negativos.  Mejorar la habilidad de reestructurar los pensamientos negativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● se hicieron preguntas abiertas como sobre la práctica semanal de detección</li> <li>● se le pidió que relate su experiencia al realizar la actividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● pizarra</li> <li>● plumones</li> </ul>	10´	Proporciona: el registro de pensamiento
Desarrollo	Favorecer la capacidad de profundizar sobre sus propios pensamientos y reflexiones con el fin de reestructurar pensamientos negativos	Decrementar la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos mediante la reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se formularon preguntas acerca sus distorsiones de desvalorización y culpa de forma que la paciente aprenda a reestructurar esas ideas mediante: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debate metafórico</li> <li>- Debate humorístico</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● pizarra</li> <li>● plumones</li> </ul>	40´	Se busco que ejemplifique el tipo de debate en la pizarra
Cierre	Resumen	Reforzar la información brindada  Retroalimentación	Preguntas sencillas sobre los tipos de debate		10´	Continuar con el registro de pensamientos agregando la reestructuración de pensamientos

**Tabla 19***Séptima Sesión – entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Inicio	Psicoeducación respecto a los síntomas ansiosos derivados de la depresión	Consolidar el conocimiento respecto a el aumento de síntomas ansioso ante situaciones activadoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se le hicieron preguntas para conocer las situaciones activadoras.</li> <li>● se le preguntó cómo suele regular su ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● pizarra</li> <li>● plumones</li> </ul>	20´	Logró detectar algunas situaciones
Desarrollo	Lograr aprender la respiración para que pueda realizarlo en situaciones que generen mayor ansiedad o estrés.	Disminuir los síntomas de ansiedad, asociados a la depresión, a través del entrenamiento de la técnica de respiración diafragmática	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se le enseñó a dirigir el aire inspirado hacia la parte del diafragma, retenerlo y exhalar de manera pausada.</li> </ul>		30´	Se le pide realizar un registro sobre las situaciones en las que aplica la técnica
Cierre	Resumen	<p>Reforzar la información brindada</p> <p>Retroalimentación</p>	Preguntas sencillas y cortas sobre cuándo utilizar las técnicas técnica de respiración		10´	Se le facilitó un video sobre respiración diafragmática Fuente: YouTube

**Tabla 20***Octava Sesión – técnica de relajación progresiva de Jacobson*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Inicio	Psicoeducación respecto a los síntomas ansiosos derivados de la depresión	Consolidar el conocimiento respecto al aumento de síntomas somáticos ante situaciones activadoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se le hicieron preguntas para conocer en qué lugares sentía tensión muscular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pizarra</li> <li>● plumones</li> </ul>	10´	Logró detectar algunos dolores somáticos
Desarrollo	Disminuir el nivel de tensión muscular, las respuestas somáticas de la ansiedad	Disminuir los síntomas de ansiedad, asociados a la depresión, a través del entrenamiento de la técnica de relajación progresiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tensión y relajación de distintos grupos musculares como: <ul style="list-style-type: none"> <li>- hombros</li> <li>- cuello</li> <li>- espalda</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● separata con la descripción de los ejercicios.</li> </ul>	40´	Se le pide realizar un registro sobre la frecuencia de la utilización y el nivel de USD semanal
Cierre	Resumen	Reforzar la información brindada Retroalimentación	Preguntas sencillas y cortas sobre la utilización de las técnicas aprendidas.		10´	Se le facilitó el video sobre relajación muscular progresiva de Jacobson Fuente: YouTube

**Tabla 21***Novena Sesión – entrenamiento en imaginación racional emotiva*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Inicio	Describir la importancia de enfrentar situaciones que nos causan malestar emocional	Consolidar el conocimiento sobre la evitación de situaciones y cómo esto hace que continúe el malestar	<ul style="list-style-type: none"> <li>● se le hicieron preguntas concretas sobre las situaciones sociales</li> <li>● se le preguntó cómo suele afrontar ellas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● pizarra</li> <li>● plumones</li> </ul>	10´	Logro aceptar las conductas de evitación hacen que perdure el malestar
Desarrollo	Enfrentar situaciones sociales de manera imaginaria como entrenamiento	Disminuir la ansiedad subjetiva asociada a las situaciones sociales mediante la imaginación racional emotiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se le hace escoger imágenes o escenas agradables, comienza a imaginarlas y vamos introduciendo situaciones sociales desagradables para generar una asociación.</li> </ul>		40´	Se le pide realizar la técnica en algunas de las situaciones sociales que causan menos malestar
Cierre	Resumen	Reforzar la información brindada  Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Preguntas sencillas y cortas sobre la utilización de la técnica</li> <li>● Se da la indicación de practicarla constantemente para lograr la asociación</li> </ul>		10´	Se le pidió jerarquizar un listado de situaciones sociales para practicar durante la semana

Tabla 22

## Décima Sesión – entrenamiento en la técnica de solución de problemas

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Inicio	Tomar la perspectiva de un problema para generar metas realistas	Mejorar la habilidad para generar soluciones alternativas a situaciones cotidianas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● se le hicieron preguntas sobre situaciones donde no ha sabido tomar decisiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● pizarra</li> <li>● plumones</li> </ul>	10´	Logró detectar distintas alternativas a problemas reales
Desarrollo	Generar un análisis de bienes – fines ante las posibles soluciones de un problema realista	Disminuir la ansiedad subjetiva asociada a las situaciones sociales mediante la técnica de solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● se le enseña la técnica de solución de problemas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientación hacia el problema</li> <li>- Definición y formulación del problema</li> <li>- Generación de alternativas de solución</li> <li>- Toma de decisiones</li> <li>- Implementación de la solución y verificación</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ejemplificar el proceso en papel</li> </ul>	40´	Se le pide realizar esta técnica en situaciones pasadas
Cierre	Resumen	Reforzar la información brindada  Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se le realizan preguntas sobre las fases de la técnica.</li> </ul>		10´	Se le pidió realizar la técnica ante sucesos que están ocurriendo actualmente

**Tabla 23***Onceava Sesión – Entrenamiento en habilidades sociales*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Inicio	Se exponen los derechos asertivos para que sepa acerca de las habilidades sociales	Consolidar la importancia de las habilidades sociales como reforzadores sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>● se le hace entrega de una hoja con los derechos asertivos</li> <li>● se lee conjuntamente y se comentan las que la paciente tenga duda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● pizarra</li> <li>● plumones</li> </ul>	15´	
Desarrollo	Describir la comunicación verbal y no verbal	Disminuir la ansiedad subjetiva asociada a las situaciones sociales mediante el entrenamiento en habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se realiza una evaluación de la conducta verbal y no verbal en distintas situaciones sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pizarra</li> <li>● plumones</li> </ul>	30´	Se le pide realizar un registro sobre la conducta verbal y no verbal de situaciones sociales anteriores
Cierre	Resumen	Reforzar la información brindada  Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Preguntas sencillas sobre la importancia del lenguaje verbal y no verbal</li> </ul>		10´	Se le pidió hacer un registro acerca de esas conductas en su familia

**Tabla 24***Doceava Sesión – Ensayo Conductual en comunicación asertiva*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Inicio	Explicar la comunicación asertiva en contextos cotidianos	Consolidar el conocimiento de los tipos de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>se realizó una breve explicación respecto a los tipos de comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pizarra</li> <li>plumones</li> </ul>	10´	Logró detectar su tipo de comunicación pasivo agresiva
Desarrollo	Practicar la comunicación asertiva en un espacio controlado	Disminuir la ansiedad subjetiva asociada a las situaciones sociales mediante el ensayo conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>se practicaron distintos mensajes mediante los tipos de comunicación para que sepa comunicar mejor su conducta, emoción y pensamientos</li> </ul>		10´	Se le pide realizar una comunicación asertiva mediante medios de comunicación
Cierre	Resumen	Reforzar la información brindada  Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ejemplificar las situaciones cotidianas en que podría llegar a realizar este tipo de comunicación para que sea un hábito</li> </ul>		10´	

**Tabla 25***Treceava Sesión – Ensayo Conductual en expresión emocional*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Inicio	Explicar la importancia de la expresión emocional	Consolidar el conocimiento de la expresión emocional en nuestras vidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>se realizó una breve explicación respecto a situaciones en el pasado donde se ha tenido dificultades para expresar emociones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pizarra</li> <li>plumones</li> </ul>	10´	Logró detectar cómo expresa sus emociones
Desarrollo	Practicar la expresión emocional en un espacio controlado	Disminuir la ansiedad subjetiva asociada a las situaciones sociales mediante el ensayo conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>se practicaron distintas situaciones en donde se le ha dificultado expresar afecto, opiniones y desagrado</li> </ul>		10´	Se le pide expresar afecto, opiniones y desagrado por medios de comunicación a su círculo cercano
Cierre	Resumen	Reforzar la información brindada  Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ejemplificar las situaciones cotidianas en que podría llegar a realizar este tipo de expresiones para que sea un hábito</li> </ul>		10´	



## **2.7. Procedimiento**

El programa de intervención se llevó a cabo bajo la terapia cognitivo conductual durante 13 sesiones, las cuales tuvieron una duración aproximada de 45-60 minutos, una vez por semana en un hospital público del Callao. Estas estuvieron destinadas a disminuir los síntomas depresivos mediante distintas técnicas de la TCC.

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

## **2.8. Consideraciones éticas**

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

### III. RESULTADOS

#### 3.1. Análisis de resultados

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

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

#### **Tabla 26**

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

Evaluación	Pre Test	Post Test
Depresión (IDB-II)	43	7

En la tabla 25 se observa la diferencia entre los puntajes obtenidos mediante el cuestionario de depresión de Beck II antes y después del tratamiento, el puntaje pretest de 43 y post test de 7 evidencian una considerable reducción de los síntomas depresivos posterior a la implementación del programa de intervención.

Respecto al objetivo específico, incrementar la frecuencia de actividades placenteras y funcionales de la paciente mediante la asignación de tareas y la técnica de dominio y agrado.

En la tabla 26 se observa la diferencia de la frecuencia de conductas semanales anteriores y posteriores a la intervención, se muestra que existía una frecuencia pretest promedio de 0 - 1 vez por semana en la realización de estas conductas, aumentando en una frecuencia de 5 - 7 días por semana post test, evidencia el incremento de la frecuencia de las actividades placenteras semanalmente.

**Tabla 27***Resultados pre y post test de la frecuencia mediante la asignación de tareas*

<b>Actividades</b>	<b>Frecuencia Semanal Pre tratamiento</b>	<b>Frecuencia Semanal Post tratamiento</b>
Cocinar su desayuno	1/7	5/7
Barrer en la tarde	1/7	5/7
Asistir a sus clases online	2/7	7/7
Bailar en su cuarto	0/7	5/7
Leer un texto corto	0/7	7/7

En la tabla 27 se observa el nivel de dominio (D) y agrado (A) de las actividades diarias que realiza la participante, se visualizan los niveles de D y A pre test y post test de la intervención, evidenciando un nivel de D medio de 3 y un nivel de A de 3 pre test y un nivel de D medio de 5 y un nivel de A de 4 post test, evidenciando un aumento en D y A fomentando la repetición de las actividades que domina y le agradan a la participante fuera del ámbito académico.

**Tabla 28***Resultados pre y post test de la frecuencia de técnica de dominio y agrado*

<b>Actividades</b>	<b>Nivel De Dominio Pre Test</b>	<b>Nivel De Agrado Pre Test</b>	<b>Nivel De Dominio Post Test</b>	<b>Nivel De Agrado Post Test</b>
Dibujar	2/5	3/5	4/5	4/5
Practicar yoga	2/5	3/5	4/5	4/5
Ver series (1 hora)	5/5	4/5	5/5	4/5
Bailar	3/5	2/5	5/5	5/5
Cocinar postres	2/5	2/5	5/5	4/5

Respecto al objetivo específico: decrementar la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos asociadas a la depresión mediante la triple columna, detección de pensamientos automáticos y reestructuración cognitiva.

En la tabla 28 se observa la diferencia de la frecuencia de aparición de los pensamientos automáticos negativos pre test y post test, evidenciando una frecuencia pre test en promedio de 6 - 7 veces por semana, en contraste con la frecuencia de 2 – 3 días por semana post test evidenciando una menor frecuencia en sus pensamientos automáticos negativos.

**Tabla 29**

*Resultados pre y post de frecuencia en pensamientos automáticos negativos*

<b>Pensamientos Automáticos Negativos</b>	<b>Frecuencia Semanal Pre Test</b>	<b>Frecuencia Semanal Post Test</b>
“Tengo que hacer todo bien”	7/7	3/7
“Tengo que hacer un buen comentario o dar una buena respuesta. No puedo quedar mal”.	5/7	2/7
“Todos se van a dar cuenta. Tal vez no les guste como me visto, ¿estará bien? ¿será demasiado? ¿se verá mal?”	3/7	2/7
“Todos lo han notado. Mi exposición ha sido un asco, todo fue por nada”	3/7	1/7
“Hablé demasiado. Seguro los incomodé o fastidié. ¿Debería hacer menos bromas? Seguro creen que no les presté atención.”	7/7	3/7
“¿Otra vez sin temas de que hablar? Estás incomodando. Siempre estás desactualizada. Ni menciones "A", mejor que no sepan que te gusta o no estás bien informada”	7/7	2/7
“Se ha demorado mucho en responder. Segura está molesto(a)”	7/7	1/7
“Eres una inútil, floja, vaga, creída”	6/7	1/7
“Son demasiadas cosas que no he hecho, siempre dejo todo para último momento. Ni siquiera pudiste avanzar esto”	7/7	1/7
“He perdido todo el día. Debería hacer algo. Luego me quejo de que se me juntan las cosas.”	7/7	1/7

**Tabla 30**

*Resultados post test del entrenamiento en reestructuración cognitiva*

SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	EMOCIÓN	REESTRUCTURACIÓN	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
Me piden hacer o mostrar algunos de mis hobbies (bailar, cantar, dibujar, etc.)	“Tengo que hacer todo bien”	Ansiedad Incomodidad vergüenza	Me gusta hacerlo, voy a hacer lo mejor que pueda. Pero la cosa es divertirme	No debo hacer todo lo que me gusta perfectamente	Menor sensación de ser juzgada, más diversión, menos pensamientos intrusivos
Participar en clase	“Tengo que hacer un buen comentario o dar una buena respuesta. No puedo quedar mal”.	Ansiedad, Bloqueo de ideas Culpa vergüenza	¿No es mejor que me corrijan si me equivoco? Así puedo mejorar al dar el examen. No siempre dar la mejor respuesta demuestra que me importa el curso.	No siempre debo dar la mejor respuesta o comentario. Está bien si me equivoco, puedo conversar más adelante con el profesor para que me explique	mayor tranquilidad, menos culpa, mayor sensación de control
Usar una ropa que normalmente no me pondría	“Todos se van a dar cuenta. Tal vez no les guste como me visto, ¿estará bien? ¿será demasiado? ¿se verá mal?”	No me lo pongo. siento que todos lo notan Ansiedad, vergüenza.	Probablemente la mayoría no se dé cuenta. Y si a mí me gusta ¿por qué no usarlo?	Puedo usar lo que me guste a mí. Y si tal vez no fue la mejor opción, puedo aprender.	más seguridad, menos ansiedad, mayor satisfacción
Cometer un error al exponer	“Todos lo han notado. Mi exposición ha sido un asco, todo fue por nada”	Ansiedad Vergüenza,	Probablemente sí lo haya notado la mayoría. Pero no hace que todo lo anterior esté mal. Tampoco lo van a recordar por siempre.	Está bien si cometo un error. No es el fin del mundo, aún respiras. Práctica más para la siguiente.	menos ansiedad, menos sobre análisis de la situación, mayor autocomprensión
Notar que hablo mucho	“Hablé demasiado. Seguro los incomodé o fastidié. ¿Debería hacer menos bromas? Seguro creen que no les presté atención.”	Incomodidad, vergüenza	Si hablaste de más no importa. Si se hubieran molestado te lo dirían; en todo caso, pregúntales.	Mi forma de ser no es incómoda. Tal vez no les guste a todos, pero está bien, puedes conocer más gente.	mejor aceptación, mayor comodidad, menos vergüenza, más satisfacción

SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	EMOCIÓN	REESTRUCTURACIÓN	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
No encuentro qué decir	“¿Otra vez sin temas de que hablar? Estás incomodando. Siempre estás desactualizada. Ni menciona la letra "A", mejor que no sepan que te gusta o no estás bien informada”	Incomodidad, tristeza, culpa. Me alejo.	No debes avergonzarte de nada de lo que quieras decir, no es insignificante si no te parece así.	Cuenta lo que quieras contar. No te anticipes a las reacciones de la gente.	Respondo con más satisfacción, menos culpa e incomodidad.
No respondo un chat rápido	Ellos/as pensarán “Se ha demorado mucho en responder. Seguro está molesto(a)”	No respondo, nunca dejo que pasen los días. Vergüenza Culpa.	¿Acaso te molesta cuando no te responden? Está bien si ya pasó el tiempo. Discúlpate y sigue con otro tema. No son excusas.	Puedo responder un mensaje fuera de tiempo. No es un pecado.	Respondo con más satisfacción, no me culpo ni me da vergüenza o incomodidad.
Bajo mis notas	“Eres una inútil, floja, vaga, creída”	Frustración Tristeza Enojo	Tal vez necesitas hacerte cargo de ti por un momento, poco a poco. Si ya lo lograste una vez puedes hacerlo de nuevo.	Las notas no reflejan quién soy. Pero pueden indicarme que hay algo a lo que debo prestar atención.	Aceptación, motivación
Tener muchos pendientes	“Son demasiadas cosas que no he hecho, siempre dejo todo para último momento. Ni siquiera pudiste avanzar esto”	Frustración, Ansiedad Abrumada Perdida. Al final no empiezo nada.	No eres floja por no hacer nada mientras sientes que deberías. Respira, ¿qué tal si lo ordenamos?	La verdad no es para tanto. Puedo comenzar por las más sencillas para ir avanzando.	Motivación, menos ansiedad o frustración. Y lo mejor es que me ponga a hacer las cosas con gusto.
No ser productiva por un día, intento distraerme para no sentirme mal, pero al día siguiente me siento peor	“He perdido todo el día. Debería hacer algo. Luego me quejo de que se me juntan las cosas.”	Frustración, me siento mal conmigo. Culpable.	No siempre ser "productiva" significa hacer tareas. A veces, necesitas un día para descansar. Si no aceptas eso, vas a seguir sintiéndote culpable.	Descansar es genial. Al final, si no quiero hacerlo, no lo voy a hacer bien. Mejor descanso y dejo de estresarme cuando "no hago nada"	Menos ansiedad, más goce de ese día.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	EMOCIÓN	REESTRUCTURACIÓN	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
Despertar tarde, ignoro todo lo que había planeado y evité hacer malos hábitos.	He perdido toda la mañana. Ya no puedo hacer nada, el chiste era avanzar hoy. Siempre lo hecho a perder	Pierdo la motivación, me frustró.	Tal vez necesitas dormir mejor, ¿no crees? No has perdido el día, aún quedan muchas horas y puedes hacer todo lo quieras en ellas.	Por dormir un par de horas más, no significa que ya perdí el derecho a hacer cosas que me gustan o que ya no puedo hacer nada de mis deberes bien.	Más tranquilidad y aceptación, menos frustración y menos ansiedad
No entender un tema	No has estudiado, debiste leer, debiste apuntar más. Todo es tu culpa, seguro todos entienden. Pienso que todos pueden notar lo incompetente y floja que soy.	Frustración, ansiedad.	Si no entiendes está bien. Puedes seguir investigando o preguntar. No creo que todos hayan entendido a la primera. Y sí, bien por ellos. Si piensas mucho solo vas a evitar el tema y ahí sí nunca lo vas a entender.	No tienes que sentirte mal por no entender, no eres menos inteligente que el resto. Solo necesitamos un poco más de tiempo.	Menos ansiedad y culpa. Más determinación. Empiezo a repasar y a preguntar.
No conectar en una conversación con un grupo	¿Por qué no puedo entrar a la conversación? ¿Qué puedo decir? Inventa algo, piensa, piensa, piensa. ¿Será que no le caigo bien?  Pienso que el problema soy yo y que debería arreglarlo.	Tristeza, ansiedad, frustración.	No puedes caerle bien a todo el mundo. No tienes que tener los mismos gustos que todo el mundo. Esas personas no son todo el mundo.	Si no participas en una conversación no tienes que sentirte mal. Puedes escuchar y aprender algo más. ¿Quién sabe? Tal vez escuchas algo que te interesa.	Menos ansiedad, más diversión. Menos autorreproche, más tranquilidad. Disfruto más el momento.

En la tabla 29 se visualiza el registro de pensamiento llevado a cabo durante el proceso de intervención, se evidencia la reestructuración de pensamientos automáticos negativos, la participante generó un afrontamiento más flexible y racional ante situaciones externas, logrando disminuir las reacciones afectivo emotivas asociadas a ellas.

Respecto al objetivo específico: Disminuir los síntomas de ansiedad asociados a la depresión a través de la respiración diafragmática y el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson.

En la tabla 30 se visualiza la disminución de la sintomatología ansiosa asociada al episodio depresivo moderado de la paciente, evidenciando un nivel subjetivo ansioso de 7/10 ante situaciones activadoras referidas al ámbito académico durante el pre test y una media de 4/10 post test, manteniéndose dentro de los niveles esperados ante las exigencias académicas que conlleva su ciclo de estudios universitarios.

**Tabla 31**

*Resultados pre y post test de la técnica de respiración diafragmática*

<b>Día de la semana</b>	<b>SUD Pre Test</b>	<b>SUD Post Test</b>
Lunes	7/10	4/10
Martes	7/10	4/10
Miércoles	7/10	4/10
Jueves	7/10	4/10
Viernes	7/10	4/10
Sábado	5/10	4/10
Domingo	5/10	4/10

En la tabla 31 se visualiza la disminución de la sintomatología ansiosa asociada al episodio depresivo moderado de la paciente, reduciendo la tensión en hombros, cuello y espalda de un nivel subjetivo de 7/10 pre test hacía una media de 2/10 post test, manteniéndose dentro de los niveles



esperados ante las exigencias académicas que conlleva su ciclo de estudio universitario, por otro lado, la práctica de esta técnica se realizó sólo tres días semanales debido al poco tiempo disponible en su horario.

**Tabla 32**

*Resultados pre y post de la técnica de relajación progresiva de Jacobson.*

<b>Día de la semana</b>	<b>SUD Pre Test</b>	<b>SUD Post Test</b>
Lunes	7/10	2/10
Miércoles	7/10	2/10
Viernes	7/10	2/10

Respecto al objetivo específico: Exponer gradualmente a la paciente en situaciones sociales temidas, la cual incluye centrar la atención en la interacción social mediante el entrenamiento en habilidades sociales e imaginación racional emotiva.

**Tabla 33**

*Resultados de pre y post test de las SUD mediante IRE*

<b>Situación imaginada</b>	<b>SUD Pre Test</b>	<b>SUD PostTest</b>
“me piden que me una a un grupo de trabajo para desarrollar un proyecto”	6/10	4/10
“Estoy en un salón donde no conozco a nadie”	6/10	4/10
“aunque pienso que va a ser difícil exponer mis ideas, trato de influenciar para que se decidan por las mías”	7/10	5/10
“un compañero me escucha y me pide que le explique algún tema”	8/10	5/10
“los demás no entienden mi idea/explicación”	8/10	6/10
“algunos de ellos no están de acuerdo y piden más opiniones, siento que me ponen de lado”	10/10	6/10
“No llegó a conectar con el grupo y me siento poco valorada”	10/10	6/10

En la tabla 32 se visualiza la diferencia entre las unidades subjetivas de ansiedad, se realizó una jerarquización de situaciones sociales temidas según su intensidad para que aplique la interacción en sus habilidades sociales mediante la IRE en orden creciente, teniendo una media de

8 pre test disminuyendo a una media de 5 post test, generando una reacción afectivo emocional manejable que le permitirá a la paciente enfrentar las situaciones en entornos reales.

### **3.2 Discusión de resultados**

El objetivo de este estudio fue disminuir la sintomatología depresiva de la paciente mediante la terapia cognitivo conductual. Nuestros resultados hallados demuestran la disminución de sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención basado en técnicas de TCC, este objetivo se logró mediante el uso de un diseño experimental de caso único tipo AB con seguimiento, llevado a cabo en 13 sesiones, estos resultados evidenciaron la eficacia de la TCC en casos de depresión. Nuestros resultados, refuerzan los hallazgos previos reportados por (Acevedo & Gelvez, 2018; Ballesteros, 2018; Berrio, 2019; Betancur, 2018; Espinosa, 2019; Jaime, 2019) quienes realizaron intervenciones de casos de depresión bajo el enfoque de la TCC para disminuir sintomatología depresiva. Las técnicas utilizadas en el programa de intervención también han demostrado su eficacia en los casos de depresión por grandes investigaciones (Buela – Casal, 2004; Beck et al., 2010; Caballo et al., 2007b; Diaz et al., 2007; Lega et al., 2017; Jacobson, 1939; D'Zurilla y Nezu, 2007).

Con respecto a los objetivos específicos, se buscó incrementar la frecuencia de actividades placenteras y funcionales de la paciente mediante la asignación de tareas y la técnica de dominio y agrado. Nuestros resultados demostraron que se aumentó la frecuencia de actividades placenteras, favoreciendo situaciones relajantes y mejorando su nivel de autoeficacia. Estos mismos resultados fueron encontrados por (Flores, 2019; Sánchez, 2019) quienes evidenciaron un aumento de la funcionalidad en sus pacientes a la par que se lograba una mayor frecuencia de las actividades diarias aumentando su disfrute.

Con respecto al objetivo específico: decrementar la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos asociadas mediante la triple relación, detección de pensamientos automáticos y reestructuración cognitiva, se evidencio que al reestructurar los pensamientos automáticos negativos se lograba una visión más realista y flexible ante distintos acontecimientos disminuyendo las reacciones afectivo emotiva y generando una mejor disposición para el afronte. En investigaciones nacionales previas (Calderón, 2020; Flores; 2019; Sánchez, 2019; Huaynates, 2019), se da una mayor importancia a la reestructuración cognitiva para lograr cambios sustanciales en los pacientes con depresión.

Con respecto al objetivo específico: disminuir los síntomas de ansiedad, asociados a la depresión, a través de la respiración diafragmática y el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson, nuestros resultados evidenciaron una disminución en la ansiedad subjetiva percibida facilitando continuar con las actividades académicas exigidas por su universidad. Estos mismos resultados se lograron en las investigaciones realizadas por (Ballesteros, 2018, Flores; 2019; Huaynates, 2019), ante los síntomas somáticos asociados a los casos de depresión moderada o grave.

Con respecto al objetivo específico: exponer gradualmente a la paciente en situaciones sociales temidas, la cual incluye centrar la atención en la interacción social mediante el entrenamiento en habilidades sociales y la imaginación racional emotiva. Nuestros resultados demostraron que entrenar y exponer a la paciente a situaciones sociales imaginarias genera un mayor aprendizaje y mejor actitud hacia un afronte en situaciones reales. Estos mismos resultados fueron encontrados por (Calderón, 2020; Flores; 2019; Sánchez, 2019) teniendo en cuenta el entrenamiento de habilidades sociales como una forma de crear redes de apoyo y un encadenamiento de reforzadores sociales a futuro.

Por otro lado, el contexto de pandemia actual género limitaciones en el programa de intervención, evitando poder realizar ensayos conductuales en situaciones reales para no exponer a la participante ante la posibilidad de contagio, por ello se optó por entrenar estas habilidades sociales a una situación imaginaria, dejando la posibilidad de emplearlas en un contexto real luego culmine la emergencia sanitaria.

Este estudio tiene como contribución práctica, servir como guía de intervención cognitivo conductual ante los casos de depresión, problema psicológico que presenta mayor prevalencia dentro de nuestra población nacional y mundial. Esta investigación evidencia que los programas cognitivo conductuales siguen demostrando su eficacia como tratamiento.

Los estudios de metaanálisis siguen demostrando la efectividad de la TCC en los casos de depresión, frente a otras terapias y tratamientos farmacológicos (Cuijpers et al., 2013; Santoft et al., 2019; Etzelmüller et al., 2020) aplicadas en forma individual, grupal y online. Lo cual confirma la eficacia en la reducción de la sintomatología depresiva en distintos contextos.

Es importante que el programa de técnicas planteado para un paciente haya probado su eficacia en distintos estudios científicos, donde se evidencie que la TCC logra su objetivo en distintos casos y en distintos entornos.

#### IV. CONCLUSIONES

- Se logró disminuir la sintomatología depresiva moderada a una ausencia de perturbación en el estado de ánimo mediante la intervención cognitiva conductual.
- Se incrementó la frecuencia de actividades placenteras y funcionales de la paciente logrando retomar pequeñas tareas reforzantes mediante la asignación de tareas y la técnica de dominio y agrado.
- Se disminuyó la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos mediante la triple columna, identificación de pensamientos automáticos y reestructurando sus pensamientos automáticos negativos acerca de si misma, personas cercanas y respecto a su futuro, por concepciones más realistas y flexibles.
- Decrementaron los síntomas de ansiedad, asociados a la depresión mediante la respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson disminuyendo los dolores somáticos en cuello, hombros y espalda.
- Se incremento la exposición hacia situaciones sociales temidas centrando la atención en la interacción social mediante el entrenamiento en habilidades sociales e imaginación racional emotiva, generando una mejor disposición hacia el afrontamiento de estas y disminuyendo la reacción afectivo emocional de la participante, actitud que podrá extrapolar hacia situaciones reales.

## V. RECOMENDACIONES

- Reforzar los cambios alcanzados mediante un seguimiento de 1, 3 y 6 meses en donde se reforzarán los conceptos y técnicas ya realizados durante la intervención en nuevas situaciones.
- Continuar con el entrenamiento en habilidades sociales y solución de conflictos mediante ensayos conductuales en su vida diaria buscando alcanzar mejores maneras de relacionarse.
- Seguir asignando distintas actividades de dominio y agrado dentro de su agenda diaria para lograr distraerse y relajarse de las presiones académicas que genera su vida universitaria.
- Promover la aplicación de la terapia cognitivo conductual en casos de depresión en distintos niveles con fines de investigación y validación de la eficacia de este enfoque en distintos contextos.
- Se recomienda introducir el entrenamiento en habilidades sociales dentro de los programas cognitivo conductuales para generar una red de apoyo y un encadenamiento de reforzadores sociales a futuro.

## VI. REFERENCIAS

- Acevedo, M., & Gélvez, L. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Estrategias de Intervención*, 55, 146–158. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194258529012>
- Ballesteros, M (2018). *Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo mayor*. [Tesis De Especialización, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio institucional de la UPB. [https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5583/digital\\_37477.pdf?sequence=1](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5583/digital_37477.pdf?sequence=1)
- Bazán, L. (2021). Adaptación, validez y fiabilidad del inventario ansiedad rasgo-estado para adultos de la ciudad de Trujillo. *Revista de Investigación en Psicología*, 24(1), 101–116. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/20614/16766>
- Beck, A., John, A., Shaw, B., & Eremy, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19.<sup>a</sup> ed.). Dèscle de Brouwer.
- Becker, R., & Heimberg, R. (1985). Social Skills Training Approaches. *Handbook of Clinical Behavior Therapy with Adults*, 201–226. [https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2427-0\\_8](https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2427-0_8)
- Berrío, N. (2019). Clínica Contemporánea. *Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso*, 21, 1–14. <https://doi.org/10.5093/cc2019a21>
- Betancur, A (2020). *Terapia cognitiva conductual en un paciente con trastorno depresivo persistente*. [Tesis de Maestría, Universidad del Norte]. Repositorio institucional de la UN. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9511/141365.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Buela-Casal, G. (2004). *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos* (2.<sup>a</sup> ed.). Biblioteca Nueva.
- Caballo, V. (2007a). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1). Siglo veintiuno de España Editores, S.A.
- Caballo, V. (2007b). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). Siglo veintiuno de España Editores, S.A.
- Caballo, V (2007c). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo veintiuno de España Editores, S.A.
- Calderón, E (2020). *Intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión*. [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4654?show=full>
- Costello, C. (2016). Depression: Loss of Reinforcers or Loss of Reinforcer Effectiveness? – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(5), 595–599. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.08.007>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison with other Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376–385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Depresión*. (2017, 30 marzo). OPS/OMS. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Depresión*. (2021, 13 septiembre). OMS. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
- Domínguez, S., Villegas, G., Sotelo, N., & Sotelo, L. (2012). REVISIÓN PSICOMÉTRICA DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (IDARE) EN UNA MUESTRA DE



- UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA. *Revista Peruana De Psicología Y Trabajo Social*, 1(1), 45–54.  
[https://www.uigv.edu.pe/fileadmin/facultades/psicologia/documentos/revista\\_2012\\_1\\_completa.pdf](https://www.uigv.edu.pe/fileadmin/facultades/psicologia/documentos/revista_2012_1_completa.pdf)
- D’Zurilla, T., & Nezu, A. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3.<sup>a</sup> ed.). Springer Publishing Co.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Desclée de Broker, S.A.
- Espinosa, A (2019). *Intervención en terapia cognitiva, de Aaron T. Beck, en pacientes con depresión, de un centro de salud de la ciudad de Panamá*. [Tesis De Maestría, Universidad de Panamá]. Repositorio institucional de la UP. <http://up-rid.up.ac.pa/1722/>
- Etzelmuller, A., Vis, C., Karyotaki, E., Baumeister, H., Titov, N., Berking, M., Cuijpers, P., Riper, H., & Ebert, D. D. (2020). Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Care for Adults in Treatment for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8).  
<https://doi.org/10.2196/18100>
- Fernandez, C., Hernandez, R., & Batista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill Education.
- Ferster, C. (1966). The Psychological Record. *Animal behavior and mental illness*, 16(3), 345–356.
- Flores, V (2019). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo - conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio institucional USMP.  
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5567>

- Gaviria, S. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316–324. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615421008.pdf>
- Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J., & Clark, D. (1989). *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford University Press.
- Haynes, S., & O'Brien, W. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10(6), 649–668. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90074-k](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90074-k)
- Huaynates, M (2019). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa*. [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional UNFV. [http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3489/UNFV\\_HUAYNATES\\_BA\\_LDEON MARIA LOURDES SEGUNDA ESPECIALIDAD 2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3489/UNFV_HUAYNATES_BA_LDEON MARIA LOURDES SEGUNDA ESPECIALIDAD 2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. (2018). Estudio Epidemiológico De Salud Mental En Hospitales Generales Y Centros De Salud De Lima Metropolitana - 2015. *Anales de Salud Mental*, XXXIV(1), 28. <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXIV%202018%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Generales%20y%20Centros%20de%2020Salud.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. (2019). Estudio Epidemiológico de Salud Mental comparativo ciudad de Abancay 2010–2016. *Anales en Salud Mental*, XXXV(2), 28. [https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/\\_notes/Vol%20XXXV%20201](https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/_notes/Vol%20XXXV%20201)

9%20Nro2%20EESM\_comparativo%20ciudad%20de%20Abancay%20%202010-2016.pdf

Jacobson, E. (1939). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press.

Jaime, J. (2019). *Efectos de un programa cognitivo conductual en la depresión del adulto mayor del programa CAM – de la provincia de Lambayeque, 2016*. [Tesis De Maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. <https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/7751/BC%204038%20JAIMERODRIGUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3.<sup>a</sup> ed.). Pearson Educación.

Lega, L., Sorribes, F., & Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual*. PAIDOS.

Lewinsohn, P., & Shaw, D. (1969). Feedback about Interpersonal Behavior as an Agent of Behavior Change: A Case Study in the Treatment of Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 17(2), 82–88. <https://doi.org/10.1159/000286014>

Montero, I., & León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115–127. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33701007.pdf>

Mitchell, C. (2012, 9 octubre). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. OPS/OMS. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es)

- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE - 10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Pope, B. (1979). *The Mental Health Interview: Research and Application*. Pergamon.
- Ruiz, M., Diaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclèe De Brouwer.
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de Psiquiatría*. Wolters Kluwer.
- Sánchez, B (2019). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo-conductual para un caso de depresión en una adolescente con rasgos de personalidad esquizoide*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio institucional USMP. [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5571/SANCHEZ\\_LB.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5571/SANCHEZ_LB.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Santoft, F., Axelsson, E., Öst, L. G., Hedman-Lagerlöf, M., Fust, J., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(08), 1266–1274. <https://doi.org/10.1017/s0033291718004208>
- Schramm, E. (1998). *Psicoterapia Interpersonal*. Masson.
- Skinner, B. (1965). *Science and human behavior*. Free Press.
- Solís, C. (2007). *El Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II (MCMI- II): Validez y Confiabilidad en Pacientes de Dos Hospitales de Salud Mental de Lima Metropolitana*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio institucional PUCP. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/4820>
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría* (7.<sup>a</sup> ed.). Elsevier Masson.

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

## **VII. ANEXOS**

**ANEXO A Registro conductual de asignación de tareas graduales**

Conducta	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1 cocinar el desayuno							
2 barrer la cocina en la tarde							
3 ingresar a mis clases online							
4 bailar en mi cuarto							
5 leer unas páginas de los textos de la clase							





**ANEXO C Registro de frecuencia de pensamientos automáticos negativos**

Pensamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1 “Tengo que hacer todo bien”							
2 “Tengo que hacer un buen comentario o dar una buena respuesta. No puedo quedar mal”							
3 “Todos se van a dar cuenta. Tal vez no les guste como me visto, ¿estará bien? ¿será demasiado? ¿se verá mal?”							
4 “Todos lo han notado. Mi exposición ha sido un asco, todo fue por nada”							
5 “Hablé demasiado. Seguro los incomodé o fastidié. ¿Debería hacer menos bromas? Seguro creen que no les presté atención.”							

**ANEXO D Registro de reestructuración de pensamientos automáticos negativos**

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

**ANEXO E Registro semanal de las SUD mediante la respiración diafragmática**

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Situación activadora							
Nivel de SUD	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10

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

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

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

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

## ANEXO H Evaluación IDB – II Pre test

<b>IDB - II</b>	<b>INVENTARIO DE DEPRESION BECK SEGUNDA EDICION</b> Por: Aaron T. Beck Traducido y Adaptado por: Máximo Brush C.	Subtotal Pag. 1:	20	No: 000143
		Subtotal Pag. 2:	23	
		Puntaje Total:	43	

Nombre: GLORIA Estado Civil: S Edad: 19 Sexo: F

Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

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

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

**Continúa al Reverso**

20 Subtotal Pag. 1 *Alonso*

**11. Agitación**

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

**12. Falta de Interés**

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

**13. Indecisión**

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

**14. Falta de Valor Personal**

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

**15. Falta de Energía**

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

**16. Cambios en el Patrón de Sueño**

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

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

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

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

**17. Irritabilidad**

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

**18. Cambios de Apetito**

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

**19. Dificultades de Concentración**

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

**20. Cansancio o Fatiga**

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

**21. Falta de Interés en el Sexo**

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

**Instrucciones para después de la administración.**

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

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

**B** Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario.

Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.

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

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

**psichometrika**

Apartado 167 Lima 14 Cél.: 909-5707  
Telefax : 476-8445

23 Subtotal Pag. 2

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

## ANEXO I Evaluación IDB – II Post test

<h1 style="margin: 0;">IDB - II</h1> <p style="margin: 0;">INVENTARIO DE DEPRESION BECK SEGUNDA EDICION Por: Aaron T. Beck Traducido y Adaptado por: Máximo Brush C.</p>	Subtotal Pag. 1: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">05</span>	No: 000143
	Subtotal Pag. 2: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">02</span>	
	Puntaje Total: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">07</span> → AUSENCIA DE DEPRESION	

Nombre: G.B.A. Estado Civil: S Edad: 20 Sexo: F

Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

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

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

**Continúa al Reverso**

05 Subtotal Pag. 1



**11. Agitación**

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

**12. Falta de Interés**

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

**13. Indecisión**

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

**14. Falta de Valor Personal**

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

**15. Falta de Energía**

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

**16. Cambios en el Patrón de Sueño**

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

**17. Irritabilidad**

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

**18. Cambios de Apetito**

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

**19. Dificultades de Concentración**

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

**20. Cansancio o Fatiga**

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

**21. Falta de Interés en el Sexo**

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

**Instrucciones para después de la administración.**

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

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

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

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

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

## ANEXO J Evaluación STAI Pre test

**STAI**

A/E  
A/R

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

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres [REDACTED] GLORIA Edad 19 Sexo F

Centro..... curso / puesto..... Estado civil S

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

**A - E INSTRUCCIONES**

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

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

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

## A - R

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

0 = Casi nunca

1 = A veces

2 = A menudo

3 = Casi siempre

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

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

## ANEXO K Evaluación STAI Post test

## STAI

A/E

A/R

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

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

↳ Bajo

↳ Normal

## AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres G. B. A Edad 20 Sexo F  
 Centro..... curso / puesto..... Estado civil S  
 Otros Datos..... Fecha.....

A - E

## INSTRUCCIONES

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

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

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

Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

## A - R

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

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

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

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

## ANEXO L Evaluación Millon II Pre test

Escalas de Validez				PUNTAJE FINAL	
<b>V</b>	Validez	0	=	Válido	
<b>X</b>	Sinceridad	488	=	Válido	<b>X</b>
<b>Y</b>	Deseabilidad Social	17	=		<b>Y</b>
<b>Z</b>	Autodescalificación	26	=		<b>Z</b>

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE FINAL		
	Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.			
<b>1</b>	Esquizoide	29	75	69							<b>69</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	Evitativo	46	110	104		103					<b>103</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	Dependiente	41	97	91							<b>91</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	Histriónico	28	69	63							<b>63</b>	<b>4</b>
<b>5</b>	Narcisita	33	70	64							<b>64</b>	<b>5</b>
<b>6A</b>	Antisocial	27	66	60							<b>60</b>	<b>6A</b>
<b>6B</b>	Agresivo-sádico	32	73	67							<b>67</b>	<b>6B</b>
<b>7</b>	Compulsivo	45	89	83							<b>83</b>	<b>7</b>
<b>8A</b>	Pasivo-agresivo	34	77	71							<b>71</b>	<b>8A</b>
<b>8B</b>	Autoderrotista	45	111	105		104					<b>104</b>	<b>8B</b>

Patología severa de personalidad												
<b>S</b>	Esquizotípico	29	66		63		63	63	61		<b>61</b>	<b>S</b>
<b>C</b>	Borderline	49	73		70	69	69	69	63		<b>63</b>	<b>C</b>
<b>P</b>	Paranoide	37	67		64			64	57		<b>57</b>	<b>P</b>

Síndromes clínicos												
<b>A</b>	Ansiedad	28	91	85			85	85	78		<b>78</b>	<b>A</b>
<b>H</b>	Somatoformo	25	66	60			60	60	55		<b>55</b>	<b>H</b>
<b>N</b>	Bipolar	34	68	62							<b>62</b>	<b>N</b>
<b>D</b>	Distimia	48	93	87			87	87	82		<b>82</b>	<b>D</b>
<b>B</b>	Dependencia de alcohol	23	60	54							<b>54</b>	<b>B</b>
<b>T</b>	Dependencia de drogas	24	60	54							<b>54</b>	<b>T</b>

Síndromes severos												
<b>SS</b>	Desorden del pensamiento	24	65		62					62	<b>62</b>	<b>SS</b>
<b>CC</b>	Depresión mayor	28	62		59					59	<b>59</b>	<b>CC</b>
<b>PP</b>	Desorden delusional	13	60		57					57	<b>57</b>	<b>PP</b>

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

## ANEXO M Evaluación Millon II Post test

Escalas de Validez				PUNTAJE FINAL	
<b>V</b>	Validez	0	=	Válido	
<b>X</b>	Sinceridad	488	=	Válido	<b>X</b>
<b>Y</b>	Deseabilidad Social	17	=		<b>Y</b>
<b>Z</b>	Autodescalificación	26	=		<b>Z</b>

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE FINAL		
	Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.			
<b>1</b>	Esquizoide	29	75	69							<b>69</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	Evitativo	32	85	79		79					<b>79</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	Dependiente	41	97	91							<b>91</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	Histriónico	28	69	63							<b>63</b>	<b>4</b>
<b>5</b>	Narcisita	33	70	64							<b>64</b>	<b>5</b>
<b>6A</b>	Antisocial	27	66	60							<b>60</b>	<b>6A</b>
<b>6B</b>	Agresivo-sádico	32	73	67							<b>67</b>	<b>6B</b>
<b>7</b>	Compulsivo	45	89	83							<b>83</b>	<b>7</b>
<b>8A</b>	Pasivo-agresivo	34	77	71							<b>71</b>	<b>8A</b>
<b>8B</b>	Autoderrotista	34	87	81		81					<b>81</b>	<b>8B</b>

Patología severa de personalidad												
<b>S</b>	Esquizotípico	29	66		63		63	63	61		<b>61</b>	<b>S</b>
<b>C</b>	Borderline	49	73		70	69	69	69	63		<b>63</b>	<b>C</b>
<b>P</b>	Paranoide	37	67		64			64	57		<b>57</b>	<b>P</b>

Síndromes clínicos												
<b>A</b>	Ansiedad	28	91	85			85	85	78		<b>78</b>	<b>A</b>
<b>H</b>	Somatoformo	25	66	60			60	60	55		<b>55</b>	<b>H</b>
<b>N</b>	Bipolar	34	68	62							<b>62</b>	<b>N</b>
<b>D</b>	Distimia	48	93	87			87	87	82		<b>82</b>	<b>D</b>
<b>B</b>	Dependencia de alcohol	23	60	54							<b>54</b>	<b>B</b>
<b>T</b>	Dependencia de drogas	24	60	54							<b>54</b>	<b>T</b>

Síndromes severos												
<b>SS</b>	Desorden del pensamiento	24	65		62					62	<b>62</b>	<b>SS</b>
<b>CC</b>	Depresión mayor	28	62		59					59	<b>59</b>	<b>CC</b>
<b>PP</b>	Desorden delusional	13	60		57					57	<b>57</b>	<b>PP</b>

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

**ANEXO N****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Apellido y Nombre del Paciente .....G.B.A.....D.N.I:...714249.....

He recibido información suficiente acerca del tratamiento, al que presto voluntariamente mi consentimiento, de acuerdo a las siguientes condiciones:

**CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO**

1.- Se realizará un tratamiento psicológico orientado a la atención al motivo de consulta expuestos.

2.- El abordaje terapéutico será el adecuado a la situación clínica y se inscribe dentro del marco de la psicoterapia cognitivo conductual.

3.- Por el presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.

**DURACIÓN Y MODALIDAD DEL TRATAMIENTO**

1.- El tratamiento se llevará a cabo con una determinada periodicidad indicada por el profesional tratante. Las consultas tienen una duración promedio de 45 a 60 minutos, pudiendo habiendo variaciones según los acontecimientos que surjan durante el proceso.

2.- El plazo del tratamiento será un aproximado de 12 sesiones, extendiéndolo si se ve la necesidad.

3.- La ausencia a dos entrevistas seguidas sin aviso previo por parte del paciente, será interpretada como abandono del tratamiento, dándose por finalizado el mismo.

**EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO**

1.- El tratamiento podrá ser interrumpido en forma unilateral por el paciente en el momento en que lo considere oportuno, informando de esta decisión al profesional tratante, quien evaluará



si esta interrupción puede ser perjudicial para la participante o para terceros. Reservándose el derecho de notificar a quien considere responsable.

2.- Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por la paciente, cuyo límite solo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.

3.- La paciente se responsabiliza a seguir las indicaciones terapéuticas que el profesional tratante le imparta.

Lugar: .....Callao.....

Fecha, 26/07/21



Firma de la Paciente



Firma del Psicólogo