



FACULTAD DE PSICOLOGIA

INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL DE UN CASO DE DEPRESIÓN EN
UN JOVEN DE 25 AÑOS

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autor:

Silva Dominguez, Daniel Sergio

Asesor:

Vallejos Flores, Miguel

ORCID: 0000-0002-6380-3412

Jurado:

Valdéz Sena, Lucia

Cerna Hoyos, José Alberto

Girón Sánchez, Rosario

Lima - Perú

2021

Referencia:

Silva, D. (2021). *intervención cognitiva conductual de un caso de depresión en un joven de 25 años* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6163>



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/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGIA

INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL DE UN CASO DE DEPRESIÓN EN UN JOVEN DE 25 AÑOS

Línea de Investigación: Salud mental

**Trabajo académico para optar el Título de Segunda Especialidad profesional
en Terapia Cognitiva Conductual**

Autor:

Silva Dominguez, Daniel Sergio

Asesor:

Vallejos Flores, Miguel

ORCID: 0000-0002-6380-3412

Jurado:

Valdéz Sena, Lucia

Cerna Hoyos, José Alberto

Girón Sánchez, Rosario

Lima – Perú

2021

Pensamientos:

«Y cuando la tormenta de arena haya pasado, tú no comprenderás cómo has logrado cruzarla con vida. ¡No! Ni siquiera estarás seguro de que la tormenta haya cesado de verdad. Pero una cosa sí quedará clara. Y es que la persona que surja de la tormenta no será la misma persona que penetró en ella. Y ahí estriba el significado de la tormenta de arena.»

Haruki Murakami

“La vida es como una carrera a pie, Marcus: siempre habrá gente más rápida o más lenta que usted. Todo lo que cuenta al final es la voluntad que ha puesto en recorrer el camino.”

Joel Dicker

Dedicatoria:

Este trabajo va dedicado para mi familia, en especial para mis sobrinas Valeria y Zoe, ya que ellas son el claro ejemplo de que si en el día haces lo que más te gusta, siempre será un buen día.

A todos mis pacientes, el que ellos crezcan como personas y afronten sus miedos, hacen que yo crezca como profesional y aprenda de ellos.

Agradecimientos

Es notable agradecer a todos los docentes de la especialidad, y entrenamientos en terapia cognitiva conductual, ya que todos aportaron en mi mayor habilidad, confianza y convicción para seguir creciendo como psicólogo.

Agradezco a mis padres por su paciencia y cariño, el poder compartir momentos con ellos, en días buenos o malos, pero siempre juntos.

A mi asesor el Mg. Miguel Ángel Vallejos Flores, por sus aportes, conocimientos, paciencia y siempre buen ánimo durante el proceso de elaboración y asesorías del trabajo

Agradezco a Gabriel por la confianza que tuvo hacia mi durante todas las sesiones, hubo momentos difíciles, pero logramos cumplir el objetivo.

RESUMEN

El presente estudio clínico tuvo como objetivo principal dar a conocer la efectividad de un Programa de tratamiento cognitivo conductual en un caso de Depresión, que presento comorbilidad con ansiedad. La persona evaluada fue un varón de 23 años de edad con educación superior en proceso de obtener su título profesional el cual vive actualmente con sus padres. Se evaluó al paciente a través de la entrevista clínica e instrumentos psicométricos los cuales permitieron confirmar el diagnóstico clínico. Los instrumentos utilizados fueron la historia clínica cognitiva conductual, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario multifacético de la personalidad de Millón, Cuestionario de Ideas irracionales de Ellis, Cuestionario de Autoestima de Rossemberg y Autorregistros. El diseño del programa Cognitivo conductual fue organizado de acuerdo a los objetivos trazados luego de la evaluación, contando con 24 sesiones, estructurado en psicoeducación y entrenamientos a través de diferentes técnicas por sesiones. De acuerdo a los resultados se puede dar a conocer el aumento de comportamiento saludables, disminución de la sintomatología depresiva, reducción de indicadores de ansiedad, depresión e ideas irracionales en el paciente. Por lo cual se puede concluir que la intervención del programa cognitivo conductual fue eficiente en su desarrollo.

Palabras claves: Depresión, Tratamiento cognitivo conductual, ideas irracionales

ABSTRACT

The main objective of the present clinical study was to present the effectiveness of a Cognitive-Behavioral Treatment Program in the case of Depression, which presented comorbidity with anxiety. The person evaluated was a 23-year-old man with higher education in the process of obtaining his professional title, who currently lives with his parents. The patient was evaluated through the clinical interview and psychometric instruments which allowed confirming the clinical diagnosis. The instruments used were the cognitive-behavioral medical history, Beck's Depression Inventory, Beck's Anxiety Inventory, Millon's multifaceted Personality Inventory, Ellis's Irrational Ideas Questionnaire, Rosenberg's Self-Esteem Questionnaire, and Self-Records. The design of the cognitive-behavioral program was organized according to the objectives outlined after the evaluation, with 24 sessions, structured in psychoeducation and training through different techniques per session. According to the results, the increase in healthy behavior, decrease in depressive symptoms, reduction of indicators of anxiety, depression and irrational ideas in the patient can be disclosed. Therefore, it can be concluded that the cognitive-behavioral program intervention was efficient in its development.

Key words: Depression, cognitive behavior treatment, irrational beliefs

INDICE

• Portada	i
• Pensamiento	II
• Dedicatoria	III
• Agradecimiento	IV
• Resumen	V
• Abstract	VI
• Indice de contenidos	VII
• Lista de tablas	IX
• Lista de figuras	X
Capitulo 1: Introduccion	11
1.1 Descripcion del Problema	11
1.2 Antecedentes	16
1.3 Objetivo	46
1.4. Justificacion	47
1.5 Impactos esperado del trabajo academico	48
Capitulo II: Metodologia	49
Tipo de Investigacion	49
Variables de Investigacion	49
Sujeto	50
Técnicas e Instrumentos	50
Evaluación	58

	8
Programa de intervención	96
Procedimientos	103
Capítulo III: Resultados	104
3.1 Análisis de resultados	104
3.2 Discusión de resultados	109
Capítulo IV: Conclusiones	114
Capítulo V: Recomendaciones	115
REFERENCIAS	116
ANEXOS	120

Lista de tablas

Número		Página
1.	Lista de diagnóstico para trastornos depresivos en el CIE-10	35
2.	Lista de diagnósticos para el trastorno depresivo según el DSM-5	36
3.	Puntajes del inventario de depresión de Beck	79
4.	Puntajes del inventario de ansiedad de Beck	79
5.	Indicadores de personalidad de Eynseck	80
6.	Indicadores de personalidad de Millon	81
7.	Puntajes de autoestima de Rosseberg	83
8.	Puntajes de inteligencia de matrices progresivas de Raven	84
9.	Puntajes de creencias irracionales del registro de opiniones de Ellis	85
10.	Lista de conductas problemas: depresión frecuencia	86
11.	Análisis Funcional del comportamiento depresivo	95
12.	Plan de tratamiento cognitivo conductual por sesiones	96

Lista de figuras

Número		Página
1.	Prevalencia de los trastornos depresivos por región de la OMS	13
2.	Prevalencia mundial por edades de los trastornos depresivos de la OMS	14
3.	Tasa de suicidio mundial por 100 000 habitantes	15
4.	Prevalencia de depresión y Ansiedad en Países Americanos	16
5.	Genograma de la Familia de Gabriel	78
6.	Genograma de interacción en la familia de Gabriel	78
7.	Frecuencias de las dimensiones de la conducta de Depresión según Pre y Post tratamiento.	104
8.	Indicadores de depresión pre y post tratamiento según el inventario de depresión de Beck.	105
9.	Comportamientos de interacción social	106
10.	Indicadores de ansiedad pre y post tratamiento según el inventario de depresión de Beck.	107
11.	Creencias irracionales pre y post tratamiento según el registro de opiniones de Ellis.	108
12.	Puntaje total del registro de opiniones de Ellis según el pre y post tratamiento.	108

I. INTRODUCCION

Alrededor 350 millones de personas sufren de depresión en el mundo de acuerdo a datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (2017) síntomas clínicos los cuales generan deterioro en las áreas sociales, laborales, entre otras, de quienes lo padecen. Actualmente la depresión es considerada uno de los trastornos que aumenta el riesgo del comportamiento suicida, segunda causa de mortalidad (Organización Mundial de la Salud, 2014) en el mundo, 800 millones de suicidios al año, aproximadamente 1 cada 40 segundos, siendo la población entre los 15 a 29 años la que presenta mayor vulnerabilidad.

La Organización Panamericana de la Salud (2017) en su boletín de estimaciones sanitarias mundiales referentes a la depresión nos indica, al igual que la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2014), que la depresión es el primer factor discapacitante en salud mental siendo casi el 7.5% de la población a nivel mundial que presenta este diagnóstico (Organización Panamericana de la Salud, 2017), incrementándose en 18.4% entre los años 2005 y 2015. Siendo las regiones de Asia (66.21, 21%, mayores casos en India=56 675 969, Indonesia=9 162 886 y Bangladesh= 6 391 760), Pacífico Occidental (85.67, 27%, mayores casos en China=54 815 739, Japón =5 058 124 y Vietnam= 3 564 934) y Mediterráneo Oriental (52.98, 16%, mayores casos en Irán= 3 637 308, Egipto=2 995 824 y Pakistán= 7 436 224) las que más han incrementado sus porcentajes a comparación de América (48.16, 15%, mayores casos en Brasil=11 548 577, EE.UU.= 17 491 047 y México = 4 936 614), Europa (40.27, 12%, mayores casos en Rusia= 7 815 714, Alemania= 4 116 728 y Italia= 3 049 986) y África (29.19, 9%, mayores casos en Etiopía=4 480 113, Nigeria = 7 079 815 y Congo = 2 871 309), manteniéndose la presencia de mayor prevalencia en mujeres que en varones. Se estima que en nuestro país existen alrededor de 1 443 513 casos de pacientes diagnosticados con depresión.

Datos del Ministerio de Salud (2011) nos señalan que los jóvenes entre 20 y 29 años los diagnósticos de depresión y el consumo de alcohol se encuentran dentro de los 5 problemas con mayor frecuencia en salud mental. Datos estadísticos referente a los

tamizajes de depresión reportan que existen 63 152 pacientes entre jóvenes y adultos que fueron diagnosticados con depresión de un total de 104 249 pacientes atendidos (niños 4%, adolescente 15%, jóvenes 28%, adultos 37% y adulto mayor 15%). Así mismo de esta cantidad de pacientes detectados solo recibieron tratamiento 32 199 pacientes, lo cual nos da a conocer que dicha problemática presenta aristas que dificultan la recepción del paciente e inserción a la intervención y tratamientos, sea psicológico o farmacológico.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades mentales, CIE-10, (Organización Mundial de la Salud, 1992) aquel paciente que presenta un episodio depresivo muestra síntomas como disminución de la atención y concentración, pérdida de motivación en realizar actividades que antes proporcionaban dicho interés, ideas de culpa y de no sentirse útil en sus responsabilidades, pérdida del apetito, problemas de sueño, sentimientos de inferioridad ante los demás. Así mismo Beck et al. (1979) indicaron que la percepción negativa sobre sí mismo, la valoración negativa de sus experiencias, y la valoración negativa sobre el futuro, sumado a lo propuesto por Martell et al. (2013) los cuales mencionan que la disminución de la frecuencia de comportamientos, que en la experiencia de vida del paciente generan agrado y disfrute, son indicadores relevantes para la evaluación y tratamiento de la depresión.

Por tanto, el presente trabajo de investigación presenta como objetivo describir un caso clínico de depresión y la eficacia de un programa de tratamientos cognitivo conductual para la reducción de la sintomatología depresiva.

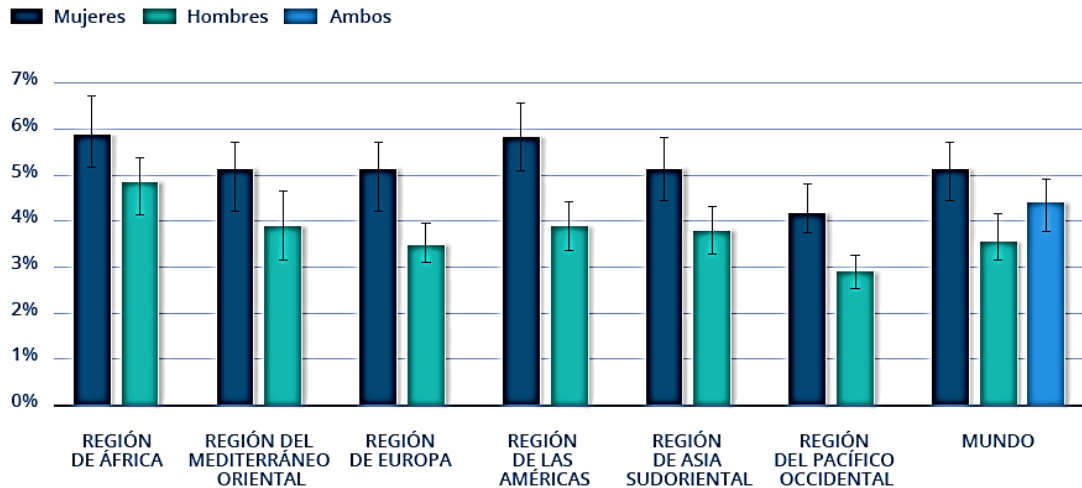
1.1 Descripción del problema

Datos de la Organización Panamericana de la Salud (2017) nos señalan que el diagnóstico de depresión se encuentra en todo el mundo. Siendo los países asiáticos, africanos y americanos los que presentan mayor prevalencia de casos por año. Como se observa en la figura 1, las mujeres en las diferentes regiones son las que muestran mayor porcentaje de depresión.

Figura 1.

Prevalencia de los trastornos depresivos por región de la OMS

**Prevalencia de los trastornos depresivos
(porcentaje de la población), por Región de la OMS**



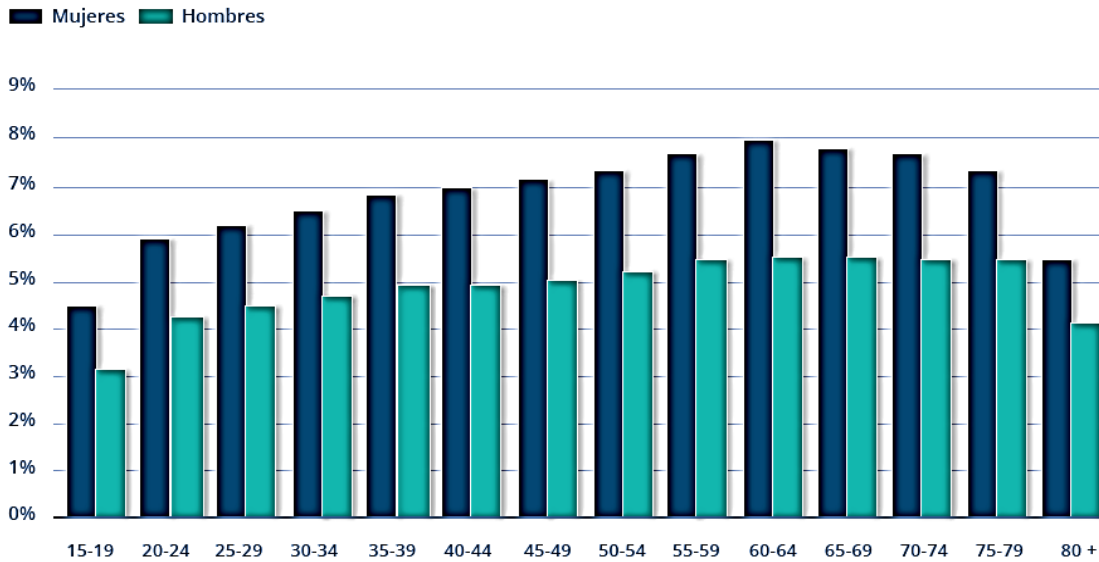
Fuente: Organización Panamericana de la salud. OMS (2017)

Así mismo la OMS señala que existe una curva ascendente referente a la edad hasta los 64 años como se observa en la figura 2, en la cual a partir de los 65 años tiende a disminuir el porcentaje de casos, cabe mencionar como lo publica en su artículo (2017) que estos datos pueden ser influenciados por la tasa de mortalidad por edad, no obstante en todas las etapas de vida las mujeres son las que presentan mayor prevalencia de casos.

Figura 2.

Prevalencia mundial por edades de los trastornos depresivos de la OMS

**Prevalencia mundial de los trastornos depresivos
(porcentaje de la población), por edad y sexo**

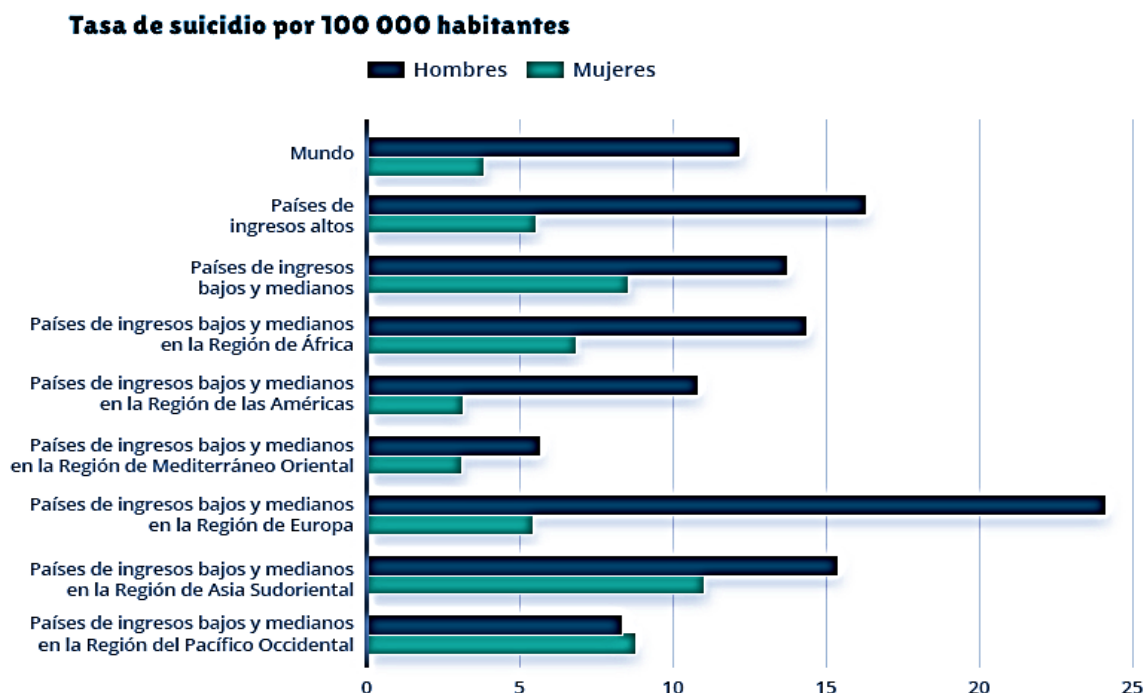


Fuente: Organización Panamericana de la salud. OMS (2017)

Si bien como se muestra en la figura 1 los países que presentan mayores casos de depresión en su población son los países asiáticos, africanos y americanos, la tasa de suicidios, segunda causa de mortalidad en el mundo, y siendo la depresión uno de los factores precipitantes a esta problemática, tiende a aumentar en los diferentes niveles socioeconómicos bajos, medios y altos, siendo las regiones de Europa y Asia las que presentan mayor índice de casos de suicidios como se observa en la figura 3, siendo los varones quienes presentan mayor tasa de suicidios en el mundo.

Figura 3.

Tasa de suicidio mundial por 100 000 habitantes



Fuente: Organización Panamericana de la salud. OMS (2017)

En el continente Americano estos datos se mantienen, tanto en depresión como en suicidios, siendo Brasil, Estados Unidos y México los países que presentan mayor prevalencia, no obstante los reportes de la OMS (2017) señalan que en el Perú aproximadamente existen 1 443 513 casos de depresión, de los cuales el 9.7% de estos casos muestra discapacidad para continuar con su rutina de vida presentando comportamiento disfuncionales en actividades y responsabilidades, como se percibe en la figura 4.

Es necesario tener en cuenta que el cuadro clínico depresivo no solo afecta en la salud mental de las personas, sino que lo deshabilita en el uso de herramientas y estrategias, previamente aprendidos, afectando de forma inmediata sus áreas de vida, ante lo cual los sujetos que presentan este cuadro clínico se perciben impedidos de afrontar dicha problemática mostrándose sin capacidad de mejora disminuyendo el disfrute al realizar actividades que antes le causaban bienestar, afectando su salud física y social.

Figura 4.

Prevalencia de depresión y Ansiedad en Países Americanos

Región de las Américas de la OMS

PAÍS	PREVALENCIA*				PÉRDIDA DE SALUD/CARGA DE ENFERMEDAD**			
	Trastornos depresivos		Trastornos de ansiedad		Trastornos depresivos		Trastornos de ansiedad	
	Total de casos	% de población	Total de casos	% de población	Total de años vividos con discapacidad	% del total de años vividos con discapacidad	Total de años vividos con discapacidad	% del total de años vividos con discapacidad
Antigua y Barbuda	4 424	5,1%	5 327	6,1%	794	9,0%	492	5,6%
Argentina	1 914 354	4,7%	2 542 091	6,3%	340 420	8,5%	235 969	5,9%
Bahamas	19 138	5,2%	22 721	6,2%	3 413	8,7%	2 093	5,4%
Barbados	14 586	5,4%	16 640	6,1%	2 575	8,0%	1 522	4,8%
Belice	14 956	4,4%	19 295	5,7%	2 713	8,9%	1 792	5,9%
Bolivia (Estado Plurinacional de)	453 716	4,4%	565 857	5,4%	82 101	8,6%	52 430	5,5%
Brasil	11 548 577	5,8%	18 657 943	9,3%	2 129 960	10,3%	1 718 833	8,3%
Canadá	1 566 903	4,7%	1 652 746	4,9%	261 307	6,9%	151 851	4,0%
Colombia	2 177 280	4,7%	2 691 716	5,8%	388 707	9,4%	250 109	6,0%
Costa Rica	216 608	4,7%	211 997	4,6%	38 445	9,1%	19 684	4,7%
Cuba	605 879	5,5%	675 037	6,1%	107 008	8,8%	62 007	5,1%
Chile	844 253	5,0%	1 100 584	6,5%	149 514	8,8%	102 106	6,0%
Ecuador	721 971	4,6%	879 900	5,6%	130 497	9,2%	81 544	5,8%
El Salvador	255 032	4,4%	267 780	4,6%	44 820	8,0%	24 732	4,4%
Estados Unidos de América	17 491 047	5,9%	18 711 966	6,3%	3 088 893	8,4%	1 709 258	4,6%
Granada	4 848	4,7%	5 910	5,7%	871	8,4%	545	5,2%
Guatemala	580 994	3,7%	652 313	4,2%	102 878	7,5%	60 518	4,4%
Guyana	33 700	4,5%	42 507	5,7%	6 025	8,1%	3 914	5,3%
Haití	437 639	4,3%	565 920	5,5%	78 379	7,1%	51 941	4,7%
Honduras	308 862	4,0%	335 907	4,3%	55 220	8,6%	31 320	4,9%
Jamaica	134 054	4,8%	159 012	5,7%	23 997	8,5%	14 640	5,2%
México	4 936 614	4,2%	4 281 809	3,6%	866 544	8,6%	399 231	4,0%
Nicaragua	238 161	4,2%	257 009	4,5%	42 494	8,8%	23 978	5,0%
Panamá	162 293	4,4%	166 598	4,5%	28 701	8,4%	15 460	4,5%
Paraguay	332 628	5,2%	483 755	7,6%	61 720	10,5%	44 812	7,6%
Perú	1 443 513	4,8%	1 730 005	5,7%	261 997	9,7%	160 659	5,9%
República Dominicana	464 164	4,7%	570 312	5,7%	83 703	9,1%	52 941	5,7%
San Vicente y las Granadinas	5 144	4,9%	6 187	5,8%	918	8,4%	570	5,2%
Santa Lucía	8 892	4,9%	10 640	5,9%	1 591	8,6%	981	5,3%
Suriname	24 914	4,8%	30 273	5,8%	4 460	8,6%	2 797	5,4%
Trinidad y Tabago	67 614	5,2%	79 574	6,1%	12 023	8,3%	7 302	5,0%
Uruguay	158 005	5,0%	203 915	6,4%	27 816	8,2%	18 881	5,6%
Venezuela (República Bolivariana de)	1 270 099	4,2%	1 322 024	4,4%	222 271	7,5%	121 610	4,1%

Fuente: Organización Panamericana de la salud. OMS (2017)

1.2 Antecedentes**Antecedentes Internacionales**

Grosse Holtforth et al. (2019) realizaron un ensayo aleatorizado controlado referente a la aplicación de la terapia cognitiva conductual con técnicas integradas de la terapia centradas en la emoción y exposición. La muestra estuvo conformada por 149 pacientes ambulatorios diagnosticados con depresión en el Reino Unido, los cuales fueron evaluados

por autoinformes pre y post tratamiento y por un periodo de seguimientos hasta de 12 meses. Los pacientes fueron divididos en dos grupos al azar, 72 para el grupo atendido con terapia cognitiva conductual (TCC) y 77 para el grupo atendido con la terapia cognitiva conductual e integrado con técnicas del enfoque centrado en la emoción y exposición (TCCEE). Los resultados indicaron que tanto los atendidos con TCC (-1.95, IC=95%) y los atendido con TCCEE (-1.77, IC=95%) redujeron sus indicadores, mostrando mantenimiento y mejoras en mediano y largo plazo. Los autores concluyeron que las técnicas centradas en la emoción y la exposición no dieron beneficios adicionales en la TCC.

Ijaz et al. (2018) realizaron un meta-análisis con el objetivo de evaluar la efectividad de las psicoterapias en adultos diagnosticados con trastorno depresivo recurrente. Para lo cual recolectaron 6 ensayos controlados aleatorios, con una muestra total de 698 pacientes diagnosticados con depresión, todos evaluados con el inventario de depresión de Beck (BDI-II), Cuestionario sobre la salud (PHQ-9) y la escala de depresión de Hamilton (HAMD). La comparación de las Psicoterapias (terapia cognitiva conductual, psicodinámica, interpersonal o dialéctica conductual) fue realizada con el tratamiento farmacológico. Los resultados indicaron que solo la psicoterapia administrada (TCC=-3.20; TPSI=-5.84, DBT=-5.81, TP Interpersonal=-0.10) en estos pacientes produjo mejoras en los síntomas y signos (puntajes del BDI-II. -7.01 a -1.07, IC=95%; Puntajes de PHQ-9, -8.79 a -9.59, IC=95% , y puntajes HAMD, -5.71 a -0.85, IC=95%). Ante lo cual los autores concluyeron que existe evidencia moderada referente a que la psicoterapia aplicada y añadida a la atención habitual (farmacológico en pacientes con depresión moderada y severa) es beneficiosa a mediano y largo plazo. No obstante, no es posible comparar cual de las psicoterapias presenta mayor beneficiosos debido a que solo la TCC presenta bases de datos amplias para su análisis.

Lepping et al. (2017) investigaron en Holanda, la relevancia clínica de la terapia cognitiva conductual para la depresión en ensayos clínicos. El objetivo del estudio fue evaluar la relevancia clínica de la terapia cognitiva conductual (TCC) a través de ensayos controlados aleatorios en el tratamiento de la depresión. Para lo cual se consto con una muestra de 170

conjuntos de datos de 82 estudios clínicos. Todos los pacientes fueron evaluados con la escala de Hamilton (HAMD) los cuales fueron traducidos a puntuación de impresión clínica (CGI) en la investigación. El porcentaje medio de cambio de los pacientes tratados con TCC fue de 53.66% mientras que los del grupo control, pacientes atendidos con otros tratamientos fue de 29.81% mostrando en la comparación de resultados diferencias significativas ($p < 0.001$), ante lo cual los autores señalan que el tratamiento TCC presenta mayor reducción y eficacia para el tratamiento de la depresión.

Ng y Wong (2017) realizaron un meta-análisis en China referente a la adaptación de la Terapia cognitiva conductual en dicho país con la finalidad de medir su eficiencia. Para lo cual recolectaron una muestra bibliográfica de 55 estudios tipo control aleatorizados con 6763 pacientes chinos. Realizaron un meta-análisis de tratamientos midiendo los efectos en corto plazo (pre y post tratamiento) y largo plazo (pre y post tratamiento más seguimientos de 6 meses a 2 años). Los resultados indicaron que en el tratamiento de corto plazo existe evidencia a favor de eficiencia de la terapia cognitivo conductual ($p < 0.001$, 0.46 a 0.76) así mismo existe evidencia a favor de eficiente en el tratamiento a largo plazo ($p < 0.001$, 0.37 a 0.89). Por lo que los autores señalan que la adaptación cultural de la terapia cognitiva conductual a la cultura china es beneficiosa debido a su eficacia general.

Nakagawa et al. (2017) investigaron la efectividad de la terapia cognitiva conductual como complemento para la depresión resistente a la farmacoterapia en Japón. El objetivo de este artículo es dar a conocer la eficiencia de la terapia cognitiva conductual en pacientes con depresión resistente a tratamiento farmacológico, por lo que hicieron una comparación entre el tratamiento con terapia cognitiva conductual (TCC) más tratamiento farmacológico, y solo el tratamiento farmacológico (TAU). Para lo cual llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorio, establecido con 16 sesiones de terapia y hasta 12 meses de seguimiento. La muestra fue 80 pacientes diagnosticados con depresión entre los 20 y 68 años (41 varones y 39 mujeres), agrupados de manera aleatoria en un grupo que recibía TCC y otro solo TAU, todas evaluado con la escala de depresión de Hamilton (HAMD). De acuerdo a los resultados

($p < 0.001$, 95%) se halló que los pacientes que fueron tratados con TCC disminuyeron (-12.7) más sus indicadores de depresión a comparación de los que recibieron TAU (-7.4) manteniendo este efecto hasta 12 meses después del tratamiento. ($p < 0.002$, TCC=-15.4 y TAU=11.0). Concluyendo que la terapia cognitiva conductual aporta y complementa la intervención en estos pacientes.

Unwin et al. (2016), realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar la efectividad de la terapia cognitiva conductual para la depresión y ansiedad en adultos, para lo cual hicieron una revisión sistemática de la literatura. Recaudaron 223 estudios donde a los participantes se les aplicó la TCC ante diferentes sintomatologías (ansiedad, depresión y presencia clínica mixta). Los resultados encontrados por los autores señalan que la TCC es eficiente y aplicable en pacientes sin déficit intelectual o con déficit leve. No obstante, señalan en sus recomendaciones que es preciso investigar que técnicas, estrategias y habilidades son necesarias para aumentar la evidencia de la TCC.

Andersen et al. (2016) realizaron una revisión sistemática y meta-análisis con el objetivo de evaluar la efectividad de la terapia cognitiva conductual transdiagnóstica (paciente adulto presenta ansiedad y depresión en conjunto), es decir al intervenir en solo una de las variables con técnicas centrales del modelo terapéutico, y al observar la disminución de sus indicadores, debido a la aplicación de la TCC, la otra variable debe disminuir sus indicadores también. Para lo cual recaudaron 8 ensayos controlados aleatorizados donde se estudió la efectividad de la TCC transdiagnóstica. La muestra estuvo conformada por 192 pacientes diagnosticados con ansiedad y depresión. Los pacientes que fueron atendidos con TCC transdiagnóstica disminuyeron sus puntuaciones de ansiedad (-0.90, IC=95%, -1.26 a -0.54), y depresión (-0.64, IC=95%, -0.88 a -0.41) post tratamiento. No obstante los autores concluyen que existe evidencia la calidad y eficiencia tanto en la TCC como la TCC transdiagnóstica, no obstante es necesario mayores estudios para poder recomendar el uso TCC transdiagnóstica en lugar de la TCC tradicional.

Ashworth et al. (2015), realizaron un estudio en Australia basado en un control aleatorizado con la finalidad de comparar la eficiencia de la terapia cognitiva conductual sin farmacología. y exclusivamente el tratamiento farmacológico en pacientes con depresión que presentaban insomnio. Dicho estudio se realizó en 41 participantes entre los 18 y 64 años, 25 mujeres y 16 varones diagnósticos con depresión e insomnio. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir sesiones de tratamientos durante 4 semanas, previamente evaluados con el inventario de depresión de BECK (BDI-II) y la calidad del sueño evaluada por una escala subjetiva que mide duración y calidad. Los resultados indicaron que los pacientes que fueron tratados con la terapia cognitiva conductual disminuyeron sus puntuaciones de depresión en 11.93 (IC – 95%, 6.60 – 17.27, $p < 0.001$) y mejorando la calidad de sueño a comparación de los que solo recibieron tratamiento farmacológico (6,69, ic-95%, 3.04 – 10.15; $p < 0.001$). medicación

Linde et al. (2015), realizaron un meta-análisis en Alemania, con el objetivo de medir la efectividad de tratamientos psicológicos para la depresión a comparación de tratamientos habituales o placebo en atención primaria. Para dicho estudio recolectaron ensayos controlados aleatorios comparando cada tratamiento psicológico en pacientes adultos diagnosticados con depresión, en total fueron recolectados 30 estudios con 5159 pacientes. Los pacientes fueron evaluados en los diferentes estudios por el inventario de depresión de beck (BDI), la escala de Hamilton (HRSD), la lista de Chequeo de Hopkings (HSCL-D), la escala de depresión de Mongtmerly (MADS) y la escala de ansiedad y depresión en hospitales (HAD-D). Los tratamientos en comparación fueron la terapia cognitiva conductual, la terapia de solución de problemas, terapia interpersonal y otras terapias (acupuntura, farmacológica, etc.), las cuales eran administradas de forma directa a un grupo experimental (Cara a cara) o indirecta, a un grupo control (remota, cambiando de terapeuta). Los resultados indicaron que ambas intervenciones presentan eficiencia en atención primaria sea la terapia cognitiva conductual (-0.14, -0.40 a 0.12), la terapia de resolución de problemas (-0.24, -0.47 a -0.02), la terapia interpersonal (-0.28, -0.44 a 0.12) y otras terapias (-0.43, -0.62 a -0.24) no obstante

la terapia cognitiva conductual evidencia igual o similar eficiencia con menor recursos en tratamientos más intensos.

Wiles et al. (2014) En Reino Unido realizaron un estudio acerca de la eficacia y rentabilidad de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento farmacológico de la depresión en atención primaria. El objetivo de este estudio fue evidenciar la eficiencia de la TCC como complemento en el tratamiento de la depresión tratada con farmacología (TAU). Para lo cual realizaron un diseño controlado aleatorizado con tratamiento de 12 sesiones y seguimientos de 3 a 12 meses post tratamiento. Para lo cual la muestra fue 469 participantes diagnosticados con depresión y evaluados con el inventario de Depresión de BECK (BDI-II), Escala de depresión (Phq-9) y escala de depresión de Hamiltom (HAMD), divididos en dos grupos (TCC=234 y TAU= 235) de forma aleatoria. Los resultados indicaron que los participantes del grupo TCC disminuyeron sus índices de depresión ($p < 0.001$, $OR = 0.326$, 95%) post tratamiento, y en el periodo de 6 a 12 meses los puntajes se mantuvieron ($p < 0.001$, $OR = 2.89$, 95%). También indicaron que el costo. Concluyendo que los participantes que no responden de forma adecuada a la medicación en la atención habitual (TAU), obtienen mejores resultados al sumar la TCC al tratamiento. Y que estos indicadores se mantienen hasta un periodo de 12 meses. Cabe señalar que de manera cualitativa los investigadores obtuvieron datos de los pacientes referentes a su percepción sobre la TCC, señalando que 40 participantes entrevistados al azar, mencionaron que es más difícil llevar sesiones de TCC, pero tiene mayor efectividad. No obstante, pueden llegar a no continuar con el tratamiento por razones económicas, sociales y emocionales. Así mismo los 40 pacientes señalaron que solo conocían el tratamiento farmacológico como el tratamiento habitual para la depresión previo al estudio.

Depresión

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2017) la depresión se define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida

del interés, sentimiento de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño y apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Así mismo el National Institute of Mental Health (2015) menciona que la depresión es una gama de signos y síntomas prolongados en el tiempo que interfiere en la vida diaria y funcionamiento normal de la persona.

El Ministerio de Salud (2005) describe la depresión como un trastorno que interfiere en la vida del paciente, generando una tristeza profunda la cual invalida a la persona en su desarrollo familiar, social, laboral o ante cualquier responsabilidad previamente establecida en su rutina, esto debido a una sensación de apatía intensa y una visión fatalista sobre el futuro.

Modelos explicativos de la depresión

Caballo et al. (2014) nos señalan que existen tres teorías importantes en la explicación de la etiología de la depresión: las teorías biológicas, las teorías conductuales y las teorías cognitivas

Teorías Biológicas

Dentro de las teorías biológicas se encuentran tres teorías explicativas con mayores estudios en el campo de los trastornos del ánimo, en el caso de la depresión se encuentran las teorías genéticas, endocrinas y de los neurotransmisores cerebrales

- A) Dentro de las teorías genéticas Bertelsen et al. (1977) mencionaron, a través de sus estudios en gemelos, la probabilidad de existencia de herencia genética en los trastornos depresivos, identificando que en el caso de gemelos idénticos existen hasta un 65% de probabilidad que se dé la heredabilidad y en el caso de gemelos no idénticos hasta un 35%. Así mismo ellos proponen que la heredabilidad es posible no solo entre gemelos, sino también de acuerdo al grado de intensidad de la

depresión, es decir que los pacientes que presentan en su ascendencia un trastorno depresivo grave tendrán entre un 0.59 y 0.30 de probabilidad de heredar la depresión, mientras que lo que presenten un trastorno depresivo con indicadores moderados o leves tendrán una probabilidad de 0.17 a 0.36.

En estudios similares Sullivan et al. (2000) referente a la herencia genética señalaron 2 conclusiones generales referente a la teoría genética, primero que la intensidad del trastorno no disminuye ni aumenta la probabilidad de adquirir un trastorno depresivo; y segundo que en todos los casos la probabilidad de que un paciente, en el cual en su ascendencia haya casos de trastornos depresivos, será de un 37%.

- B) En lo que respecta a las Teorías endocrinas (Perez-Padilla et al., 2017) se nos da a conocer que existen dos grandes hipótesis con mayores estudios y conclusiones, en ambos casos por la alteración de áreas específicas en el sistema endocrino, las teorías de la hipótesis del eje adrenal y la hipótesis del eje tiroideo. Las teorías del eje adrenal (hipotálamo-hipófisis-adrenal) nos señala que la excesiva excreción de glucocorticoides o corticoides producidos por la glándula suprarrenal, cortisol, está relacionado con los síntomas de los trastornos depresivos en este caso de tipo melancólico.

Por otro lado, la hipótesis del eje tiroideo (Hipotálamo-hipófisis-tiroides) nos refiere pues que los pacientes que presenten alteraciones en la glándula tiroides (hipertiroidismo o hipotiroidismo) dentro de sus síntomas clínicos podrán presentar alteración del estado de ánimo, variando entre depresión, ansiedad, manía etc. Los mismos autores refieren que las personas con este déficit que atravesaron por experiencias de situaciones traumáticas muestran mayor aceleración en la aparición de los síntomas depresivos.

C) Las Teorías de los neurotransmisores cerebrales (Arango-Davila et al., 2004) se encuentra dentro del bloque de las neurociencias o bioquímicas de la depresión, señalando dos investigaciones como referentes de estos estudios, es el caso de depresión por déficit en las catecolaminas y depresión por déficit de serotonina. La teoría catecolaminérgica nos refiere que la disminución de los neurotransmisores como catecolaminas (dopamina o adrenalina en el sistema nervioso) está relacionado con la presencia de síntomas depresivos. De igual manera la disminución de la serotonina, en las teorías serotoninérgicas, nos indican que el paciente es vulnerable a padecer síntomas depresivos. Según los autores en la mayoría de los casos estos dos déficits se producen al mismo tiempo, por lo que la vulnerabilidad y presencia de síntomas depresivos son estudiados en conjunto en estas teorías explicativas

De acuerdo a estas teorías Caballo et al. (2014) refieren que podemos observar en la actualidad 4 tipos de depresión, noradrenalinérgica, dopaminérgica, serotoninérgica y depresión por causas psicológicas.

Teorías Psicológicas

Si bien existen diferentes enfoques terapéuticos que han desarrollado teorías referentes a la depresión Caballo, Salazar y Carroble (2014) mencionan que los modelos conductuales y cognitivos son los que presentan mayores estudios e investigaciones que promuevan su evidencia.

Teorías conductuales

El modelo conductual promueve que el foco de atención vaya dirigido a explicar los trastornos mentales a través de los principios de aprendizaje (Skinner 1953, citado por Caballo et al., 2014), en el caso de la depresión la disminución o extinción de comportamientos saludables y reforzantes en contextos determinados, tiende a decaer la

motivación del sujeto, generar desgano y pérdida de interés, reduciendo la frecuencia de comportamientos saludables (Fester, 1956, citado por Caballo et al, 2014). Es decir que un sujeto con un trastorno depresivo puede mantenerse en dicho trastorno a causa de una reducción excesiva de situaciones que antes le permitían beneficiarse individualmente o socialmente (Skinner, 1953, citado por Maero y Quinteros, 2016), sumado al hecho que el mismo sujeto tienda a evitar a exponerse ante situaciones aversivas o situaciones de castigo. Todo ello provocando el mantenimiento de síntomas, por lo que se precisa un análisis funcional previo para al tratamiento, con el fin de entender que variables están presentes en la adquisición y mantenimiento de los comportamientos depresivos en el sujeto, con la finalidad de promover cambios(Maero & Quintero, 2016).

En la misma línea Fester (1973, citado por Martell, Dimidjian y Hernán-Dunn, 2013) nos indica que los sujetos con un trastorno depresivo tienden a huir y evitar situaciones altamente aversivas, por lo que al hacerlo disminuyen notablemente su tasa de recompensas en sus actividades diarias. Indicando que un paciente con depresión primero reduce actividades reforzantes sintiéndose no productivo al dejar de hacerlas, así mismo estos sujetos luego desarrollar sensaciones fisiológicas, emocionales y conductuales de desgano y desmotivación, busquen solucionarlo de forma inmediata con el menor riesgo de exposición a situaciones aversivas, por lo que dichos síntomas y conductas se mantienen a causa de reforzamiento negativos. Desde el modelo conductual las contingencias del ambiente pueden provocar y mantener síntomas depresivos.

Lewinsohn (1974, citado por Maero y Quintero, 2016) desde el modelo conductual indica referente a la depresión conceptos similares a los de Fester, señalando con mayor relevancia que la ausencia de consecuencias positivas o refuerzos son los que propician comportamientos depresivos. En otros términos, la depresión es resultante de la disminución de la frecuencia de situaciones agradables sumado a la baja frecuencia de refuerzos positivos propios. Lewinsohn también refiere que los contextos, en los que se dan los comportamientos, toman importancia sin importar el grado de agradabilidad o desagrado

para el paciente, ya que son ellos los que determina la funcionalidad del comportamiento. Por último, de acuerdo a lo propuesto por (Lewinsohn et al., 1985) señalan que los hechos estresantes experimentados por una persona influyen en la vulnerabilidad de dicha persona de forma única y específica, por lo que las evaluaciones de situaciones estresantes se deben realizar de forma particular, dándole relevancia a la probabilidad de adaptarse del sujeto al cambio, observándolo a través de su comportamiento.

Si bien Rehm (1977, citado por Martell et al., 2013) nos señala que los comportamientos depresivos no solo se mantienen por las conductas reforzantes sino también por la valoración que tenemos sobre dicha conducta, similar a lo propuesto por las teorías cognitivas, da énfasis que la realización de dichas acciones son las que promueven el cambio y futuro bienestar del paciente con depresión. Desde el punto de vista de Rehm visualizar el punto de partida donde se encuentra la persona referente a sus comportamientos, línea base, nos hace entender con un mejor pronóstico el avance del paciente, dando a entender que el aumento de la frecuencia de comportamientos que son reforzadores positivos por sí solos, más la valoración de dicho comportamiento observados de forma objetiva en la línea base, son los que mejoran la calidad de vida del paciente y disminuyen los síntomas depresivos.

Las teorías conductuales nos señalan que el mantenimiento de los comportamientos depresivos son resultado de la disminución en frecuencia de refuerzos positivos, de conductas que anteriormente por sí solas provocaban dichos refuerzos, y el aumento en la frecuencia de comportamientos de evitación que promueven la depresión, es decir al evitar situaciones aversivas se reduce la intensidad del síntoma de forma inmediata, pero se mantiene a lo largo del tiempo, por lo que no se desarrollan conductas saludable alternas de afrontamiento del problema (Martell et al., 2013, y Maero y Quintero, 2016).

Teorías cognitivas

Los modelos cognitivos, a diferencia del modelo conductual (Caballo et al, 2014), han cobrado valor debido a sus postulados teóricos referidos a los pensamientos y la influencia de esquemas mentales en las conductas y emociones, y la forma en que un paciente percibe estas respuestas, interpretando su futuro, en el caso de la depresión, de forma sombría y catastrófica.

Beck et al. (1979) nos indican que el problema principal a atender en un trastorno depresivo, más allá de los criterios clínicos, es la percepción del sujeto sobre los acontecimientos que él mismos realiza y los que ocurren alrededor. Esta percepción sesgada o radical de las conductas del sujeto, no permite procesar de forma adecuada la información proveniente del ambiente, creando experiencias desagradables y estresantes para el sujeto. Esta realidad es totalmente negativa y aversiva para el paciente, el cual se va consolidando desde la infancia hasta la adultez, creando esquemas cognitivos los cuales de forma automática llevan a interpretar erróneamente los comportamientos, evitando su realización. Los autores denominaron que esta sumatorio de errores de percepción puede ser entendida a través de una Triada cognitiva, la cual se enfoca en una interpretación negativa no solo de los comportamientos que hace el sujeto, sino como el mundo percibe de forma negativa su accionar, creando una visión desastrosa de cómo será el futuro de la persona, una proyección desesperanzadora que genera desmotivación y desgano, produciendo que los síntomas clínicos depresivos se mantengan a causa de la interpretación de dichas eventos.

Teoría cognitiva de la depresión de Beck: Triada Cognitiva

Beck (1987) indica pues que estos esquemas cognitivos, se van produciendo desde la infancia a través de aprendizajes directos al interactuar con el ambiente y al socializar. Estos esquemas son divididos en dos grupos, primitivos, los cuales generan malestar al ser globales, radicales, absolutos, invariables e irreversibles, y los maduros son relativamente

estables y generan errores de pensamientos, expresados a través de pensamientos automáticos, en este caso al ser sesgados como pensamientos distorsionados. Indicando que existen diferentes tipos de errores de pensamientos los cuales pueden llevar a un paciente con depresión a mantener su sintomatología y no poner a evaluación dichos pensamientos, los cuales son los siguientes:

1. Inferencia arbitraria, se da al hacer afirmaciones sobre qué pasa en el entorno, o que piensas las personas sin tener evidencia clara, a través de expresiones o verbalizaciones, que indiquen dicha afirmación
2. Abstracción selectiva, se da al enfocarse en visualizar solo acciones negativas de todo un conjunto de comportamientos y darle mayor importancia
3. Generalización excesiva, se refiere al dar conclusiones como reglas solo tomando en cuenta de algunos hechos aislados negativos del sujeto.
4. Maximización y minimización, se da al enfocarse en maximizar los errores, y minimizar los aciertos en una tarea específica.
5. Personalización, se refiere al direccionar todo error que percibe un sujeto como producto de comportamiento, cuando no existe información relevante para llegar a esa conclusión.
6. Pensamiento absolutista, dicotómico, se da al concluir todas las experiencias de forma absolutista, bueno o malo, limpio o sucio, etc.

Desde el punto de vista de la teoría cognitiva de Beck (1987), la forma en que el sujeto percibe sus respuestas, y los pensamientos provenientes de esquemas creados en la infancia, los cuales influyen las emociones y comportamientos, altera el estado de ánimo del sujeto llevándolo a generar síntomas depresivos, manteniéndolos a causa de los errores de pensamientos.

Terapia Racional Emotiva Conductual

Ellis (1972, citado por Ellis y Grieger, 1990), siguiendo el enfoque cognitivo, señala que la forma en que vivimos las emociones y creamos hábitos de comportamientos, depende exclusivamente de la manera en que pensamos, la manera específica como alguien interpreta sus acciones y experiencias. Desde el punto de vista de Ellis estas emociones y conductas son el reflejo del proceso de como el sujeto interactúa hacia sus valores y metas, por lo que el autor señala en su teoría a diferencia de las teorías cognitivas conductuales tradicionales, que la teoría cognitiva debe enfocarse en el contexto individual del sujeto, sus necesidades, y como la interpretación de esas necesidades promueven y mantienen comportamientos no saludables (ideas no claras y no flexibles) o saludables (claros y flexibles) para lo cual crea el modelo explicativo de la terapia racional emotiva, en conjunto con el esquema ABC para el entendimiento de la influencia de las ideas en el comportamiento. La terapia racional emotiva busca entrenar a las personas con la finalidad de crear esquemas cognitivos que sean flexibles, es decir les permita alcanzar sus metas subjetivas, evitar penas innecesarias y aprender de si mismo y las experiencias, para lo cual el existe el modelo explicativo ABC, A(Acontecimientos), B (creencias) y C(consecuencias). Este modelo explicativo permite educar a los pacientes a entender no solo como dichas creencias fueran creadas, sino como se mantienen, además permite observar cómo detrás de ellas existen inferencias generadas de forma errónea, y como todo este conjunto de creencias e inferencias son generadas a lo largo de la vida, desde la creación de esquemas mentales. En el caso de los esquemas irracionales, estos esquemas tienden a resaltar en exceso lo negativo de la experiencia, incrementar la no tolerancia a situaciones aversivas y dar una condena o calificativo a las personas o a experiencias de vida, desarrollando consigo comportamientos ansiógenos, depresivos, etc.

Dentro de las creencias irracionales propuestas por Ellis y Grieger (1990) son frecuentes en los trastornos del estado de animo las siguientes creencias:

1. Es una necesidad absoluta tener el amor y la aprobación de las demás personas

2. Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos
3. Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas
4. Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera que me gustaría
5. Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reacciona en medida que estas provocan reacciones.
6. Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocido e incierta
7. Es más fácil evitar que el enfrenar las dificultades y responsabilidades de la vida
8. Necesitamos de algo o alguien más grande y fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos
9. Los hechos de nuestros pasados tienen mucha importante para determinar nuestro presente
10. La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final

Cabe indicar que este modelo busca modificar los esquemas centrales, ya que al realizarlo automáticamente las inferencias y las ideas cambian en conjunto con ellas, promoviendo comportamientos alternos saludables para el paciente (Caballo et all, 2014)

Teoría de los esquemas desadaptativos

Desde el modelo de los esquemas desadaptativos de forma general se toma en cuenta que desde que empezamos la socialización en la niñez vamos desarrollando esquemas y hábitos de comportamientos basado en el aprendizaje, para ello Young y Klosko (1999) indican que existen 5 necesidades que se deben desarrollar en la infancia, y cuyas dificultades en el proceso de aprendizaje pueden desencadenar esquemas desadaptativos generando necesidades emocionales centrales, A) Afectos seguros con otras personas, B)Autonomía, competencia y seguridad de identidad, C)Libertad para

expresas las necesidades y emociones, D)Espontaneidad y juego y E)Limites realistas y autocontrol.

Asi mismo (Young et al., 2003) señalan que estas necesidades crean dimensiones en el desarrollo de esquemas desadaptativos, estas dimensiones son particulares y diferentes entre ellas, entre las cuales tenemos:

- Desconexión rechazo: aquí se incluyen adultos que fueron criados en ambientes que carecen de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad. Los adultos en este ambiente asumen que no van a encontrar en la vida su deseo de amor, aceptación, seguridad y empatía.
- Perjuicio en autonomía y desempeño: aquí se incluyen a adultos que provienen de un ambiente infantil complicado y sobreprotector, estos individuos en la vida adulta son demasiados dependientes de los demás y creen que carecen de habilidades para afrontar situaciones estresantes.
- Limites inadecuados: aquí se incluyen adultos que cuyos padres fueron permisivos y demasiados indulgente, lo cual hace que se sientan superiores al resto y carecen de autodisciplina
- Tendencia hacia al otro: aquí se incluyen los adultos donde sus necesidades de niño estuvieron en segundo plano a diferencia de los demás miembros de la familia, los cuales se preocupan más por el bienestar de los demás y ganar aprobación.
- Sobrevigilancia e inhibición: aquí se incluyen adultos que fueron educados basado en el perfeccionismo, dentro de familias rígidas. En la vida adulto estas personas presentan un exceso en el control, con reglas altamente elevadas.

Cabe indicar que cada sujeto presenta un esquema y dimensión de forma particular, lo cual va a ser representado por su comportamiento y forma de afrontamiento en la vida social. Young (Rodriguez, 2009) indica 3 formas de afrontar un esquema según sus estudios:

1. Rendirse ante el esquema: indica que la persona acepta tal cual el esquema, lo cual le causa dolor emocional de forma directa, de manera que en la vida adulta continúa reviviendo las experiencias infantiles que crearon el esquema
2. La evitación del esquema: se da cuando el individuo evita tanto las cogniciones, emocionales o afectos del esquema, utilizando estrategias para evitar totalmente el esquema, exagerando en actividades de la vida diaria o consumiendo drogas de forma compulsiva.
3. Sobrecompensación: se da cuando el individuo lucha con el esquema, realizando todo lo contrario a lo que siente, afecta o dirige el esquema, hacen todo lo posible por mostrar sus habilidades ante los demás.

Teoría de desesperanza aprendida

Por último, Seligman (1975), nos indica que uno de las posibles causas de la depresión está basado en la teoría de indefensión o desesperanza aprendida. Dicha teoría nos señala que una persona, la cual ha experimentado diferentes situaciones negativas o aversivas en el desarrollo de su vida sin encontrar soluciones, ha generado una percepción de imposibilidad de afrontamiento u evitación ante dichos eventos, lo cual lo deja inmóvil ante el problema. Desde este modelo teórico, la indefensión se da debido a la forma en que el sujeto se percibe, acorde a atribuciones internas, como un agente no eficiente para la búsqueda de soluciones ante sucesos negativos, estas atribuciones se mantienen estables a no intentar otros tipos de comportamientos alternos ante el problema, extendiéndolo y generalizándolo ante cualquier situación estresante vivenciado por el sujeto. Desde el punto de vista conductual Seligman (1975) señala que el sujeto no ha desarrollado un repertorio de conductas los cuales lo ayudan a responder ante situaciones críticas, y desde el modelo cognitivo presenta una visión de si mismo negativa, como no eficiente y sin grado de control para superar situaciones estresantes, provocando la ausencia de respuestas alternas o predisposición a buscar dichas soluciones, por lo que una persona que presenta dichas

características pueden desarrollar síntomas depresivos, sin la búsqueda de solucionarlos manteniéndose la condición depresiva y agravándose con la frecuencia e intensidad de los síntomas.

Evaluación de la depresión

Si bien los manuales como CIE-10 y DSM-5, nos brinda información importante para la entrevista y reconocimientos de signos y síntomas propias de la depresión, es necesario apoyarse en instrumentos psicométricos o manuales de evaluación específicos que nos aporten para una mayor recaudación de información y mejor aproximación de cuadros depresivos específicos, por ello aquí se brinda una lista de los instrumentos más usados en la atención en salud para la evaluación y diagnóstico de depresión (Caballo, Salazar y Carrobbles, 2014):

Manuales de entrevista para la evaluación:

- CIE- 10, Guía de Bolsillo de la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento (OMS)
- DSM-5, Guía de consulta de los criterios diagnósticos (APA)
- Entrevista diagnóstica en Salud Mental (Vasquez y Muñoz)
- Guía de práctica clínica en depresión (MINSA)

Instrumentos Psicométricos para la evaluación:

- Escala de Depresión de Hamilton (HAMD)
- Escala de Depresión de Beck (BDI-II)
- Escala de Depresión de Montgomery -Asberg (MADRS)
- Cuestionario Sobre salud del paciente (PHQ-9)
- Inventario de Depresión Geriátrica (GDS)
- Inventario de depresión en niños (CDI)

Cabe señalar que acorde a los autores, el diagnóstico clínico de la depresión, nos permite tener un indicador de análisis de la conducta base del comportamiento a modificar, así mismo se debe también realizar un análisis funcional de comportamiento, con el fin de crear objetivos terapéuticos para la elaboración del plan terapéutico del paciente.

Criterios Clínicos

La clasificación internacional de Enfermedades, CIE-10 (1992) nos indica que el diagnóstico de depresión se encuentra ubicado en el Bloque F referido dentro del cuadro de trastornos mentales y del comportamiento como trastorno del humor o afectivos, situado con el código de F32, F33 o F34 respectivamente como episodio depresivo. Indicando que los pacientes diagnosticados con dicho código presentan las siguientes características

- Humor triste o depresivo
- Pérdida de la capacidad de disfrute y placer
- Perturbación del sueño
- Cambio en los hábitos alimenticios
- Disminución de la atención y concentración.
- Ideas de culpa o no utilidad en las responsabilidades
- Baja autoestima
- Retraso motor o desgano
- Pérdida de la confianza en sí mismo y visión negativa o catastrófica de eventos futuros,
- Ideación suicida, autoagresiones o intentos de suicidio.

Según se indica en la guía, el episodio depresivo puede clasificarse en leve, moderado, grave con o sin síntomas psicóticos, de acuerdo a la gravedad, frecuencia e intensidad de los síntomas que muestra el paciente. En la tabla 1, podemos observar los diagnósticos presentes para los trastornos depresivos según el CIE – 10.

Tabla 1.*Lista de diagnóstico para trastornos depresivos en el CIE-10*

Código	Trastorno depresivo
F32	Episodios depresivos
F32.0	Episodio depresivo leve .00 sin síndrome somático .01 con síndrome somático
F32.1	Episodio depresivo moderado .10 sin síndrome somático .11 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 del ánimo
F32.8	Otros episodios depresivos
F32.9	Episodio depresivo sin especificación
F33	Trastorno depresivo recurrente
F33.0	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve. .00 Sin síndrome somático .01 Con síndrome somático
F33.1	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado .10 Sin síndrome somático .11 Con síndrome somático
F33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
F33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual 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.
F33.4	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
F33.8	Otros trastornos depresivos recurrentes
F33.9	Trastorno depresivo recurrente sin especificación
F34	Trastorno del humor (afectivos) persistentes
F34.0	Ciclotimia
F34.1	Distimia

A su vez el Manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos mentales en su quinta edición, DSM-5, (American Psychiatric Association, 2013) en su apartado de Trastornos depresivos, con codificación 299, nos señala sintomatología significativa a tomar en cuenta para el diagnóstico del paciente, siendo estos:

- Sentimientos de tristeza y desesperanza
- Disminución del interés o placer la mayor parte del día
- Pérdida o aumento de peso importante sin una dieta nutricional

- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor mayor del día.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva casi todos los días.
- Disminución de la capacidad para tomar decisiones, concentrarse y atender.
- Pensamientos de muerte recurrente, plan determinado o intentos suicidios.

La sintomatología en el paciente puede afectar sus áreas laborales, sociales, etc. Discapacitándolo en sus actividades y responsabilidades. Cabe indicar que estos síntomas deben ser netamente conductual, y no deberse a al consumo de fármacos o drogas. En la tabla 2, podemos observar los diagnósticos presentes para los trastornos depresivos según el DSM -5.

Tabla2.

Lista de diagnósticos para el trastorno depresivo según el DSM-5

Código	Trastorno depresivo mayor
296.21	Episodio único leve
296.22	Episodio único moderado
296.23	Episodio único grave
296.24	Episodio único con características psicóticas
296.25	Episodio único en remisión parcial
296.26	Episodio único en remisión total
296.20	Episodio único no especificado
296.31	Episodio recurrente leve
296.32	Episodio recurrente moderado
296.33	Episodio recurrente grave
296.34	Episodio recurrente con características psicóticas
296.35	Episodio recurrente en remisión parcial
296.36	Episodio recurrente en remisión total
296.30	Episodio recurrente no especificado
296.99	Trastorno de desregulación perturbador del estado de animo
300.4	Depresivo persistente (Distimia)

Evaluación Conductual

Por otro lado existen también un modelo de evaluación referente a los comportamientos y actitudes prevalentes en la sintomatología depresiva, para lo cual el

terapeuta genera un clima de confianza con el paciente buscando medir de forma objetiva mediante el uso de herramientas y estrategias que situaciones antecedentes a los comportamientos depresivos se manifiestan de forma constante, tanto a nivel ambiental o interno, y luego de esto que consecuencias aparecen de forma inmediata ante dichas respuestas, de la misma manera se busca conocer el tipo de respuesta, la frecuencia, intensidad, duración y latencia de las mismas, a esto se le conoce como evaluación conductual (Buela Casal et al., 2001)

Autoinformes

Sumado al uso de entrevistas semiestructuradas el acompañamiento de autoinformes, registros individuales y específicos que los desarrolla propiamente el paciente, permite tener una observación propia del paciente acerca de su sintomatología y conductas depresivas, este tipo de registros permite tener una visión individualizada del sentir del paciente, los cuales pueden ir acompañadas de escalas psicométricas para una medición de la intensidad (Buela Casal et al., 2001).

Sin embargo, existen otros tipos de herramientas dentro de la evaluación conductual los cuales generan información relevante acerca del paciente para un diagnóstico conductual y posterior tratamiento, estas herramientas son los autorregistros los cuales permiten identificar las conductas problemas, generando una línea base o de inicio de las problemáticas (variables dependientes) para poder evaluar los efectos del tratamiento posterior a las sesiones. Dentro de estos autorregistros es importante destacar el uso de autorregistros de variables cognitivas y conductuales, las cuales se explican a continuación.

Autorregistros de variables cognitivas

Los autorregistros de variables cognitivas (Beck et al., 1979) fueron creados con el objetivo principal de registrar la presencia de pensamientos que distorsionan la percepción de los paciente generando comportamientos desadaptativos, para lo cual es necesario entrenar al paciente en el llenado, de forma diaria de los pensamientos mas frecuentes y que generan mayor inestabilidad emocional, asociados a una intensidad alta de perturbación, estos autorregistros no tienen solo fines evaluativos, sino también psicoeducativos, motivacionales y terapéuticos, ya que como menciona (Beck, 1987) el ser consciente de estas creencias y pensamientos automáticos permite enfocarse en la reestructuración y disminución de ellos. Estos autorregistros de variables cognitivas permiten conocer en que situaciones previas se dan los pensamientos, emociones y respuestas del sujeto, así como también el resultado de la autoevaluación del paciente ante estos pensamientos.

Autorregistras de evaluación conductual

Complementariamente a los autorregistros cognitivos, se mencionan la importancia de los autorregistros conductuales (Martell et al., 2013), necesarios para dar un vistazo inicial referente al registro de actividades diarias del paciente, dando conocer el grado de satisfacción y dominio del paciente en un primer momento, entendiendo que dificultades propias y situaciones no permiten afrontar de forma directa sus comportamientos depresivos. Es necesario también entender y generar un grado de registro de estado de ánimo, permitiendo que el paciente descubra o recuerde que comportamientos previos al aumento de las conductas depresivas desarrollaban experiencias agradables y satisfactorias para si, lo cual se convertirá en objetivos terapéuticos en el futuro a través del tratamiento.

Análisis funcional del comportamiento

Utilizando toda la información previa, mediante la evaluación conductual, autoinformes y autorregistros, es posible evaluar un esquema específico reuniendo todos los datos disponibles, este esquema se le conoce como Análisis funcional, los cuales agrupa datos referente a las situaciones desencadenantes, cogniciones, emociones y respuestas motoras, fisiológicas, y sus características tales como intensidad, frecuencia, duración y el grado de las cogniciones, así como también las consecuencias inmediatas de las mismas. Estos datos dentro del análisis funcional nos muestran dentro del modelo cognitivo conductual, que comportamientos se presentan en exceso o déficit, así como también en que momentos específicos aparecen y no aparecen las conductas depresivas (Buela Casal et al., 2001).

Gracias a toda la información seleccionado mediante la evaluación conductual y análisis funcional se desarrollan las posibles hipótesis de trabajo, sobre el inicio y mantenimiento de las conductas problemas del paciente, (Caballo, 2002) y con qué frecuencia dichas conductas interfieren en la vida diaria del paciente (Beck et al., 1979) estos modelos de evaluación sirven como inicio para la creación de objetivos en pro de un futuro plan de tratamiento, generando netamente los objetivos terapéuticos a trabajar por el terapeuta, evaluando la frecuencia de las conductas adaptativas y no adaptativas del paciente, mediante el uso de la línea base inicial y autorregistros post terapia. El registro continuado de las conductas permiten la creación de gráficos los cuales dan a conocer al paciente su avance, siendo el uso de estas herramientas posibles reforzadores a la motivación para el cambio y adherencia al tratamiento (Buela Casal et al., 2001).

Tratamiento de la depresión

De acuerdo a las teorías psicológicas anteriormente referidas, existen dos propósitos en la intervención en casos de depresión. Desde el modelo conductual el objetivo principal es el aumento de conductas que son reforzadores positivos en el sujeto con depresión, o que anteriormente provocaban dicho efecto. Y desde el modelo cognitivo, generar una perspectiva flexible en la percepción de acontecimientos y pensamientos que ocurren en el ambiente de la persona. (Caballo, Salazar y Carrobles, 2014). Para lo cual existen técnicas que desde el modelo conductual o cognitivo presentan eficiencia (Maero y Quintero, 2016; Martell, Dimidjian y Hernan -Dunn, 2013; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, Ellis y Grieger, 1990; Caballo, 1997, etc.); que a continuación se señalan.

Terapia conductual para la depresión

Aumento de las actividades agradables

Libet y Lewinsohn (1973, citado por Caballo, Salazar y Carrobles, 2014), nos indican pues que las personas con diagnóstico de depresión presentan baja tasa de frecuencia en reforzamientos positivos, lo cual mantiene la sintomatología, para lo cual ambos desarrollaron una estructura de terapia basado en 12 sesiones con la finalidad de modificar las contingencias del sujeto promoviendo y retomando comportamientos saludables que automáticamente provocan reforzamiento. Para lo cual busca que el paciente sea entrenado en principios de comportamientos, registro diario, asertividad, técnicas de relajación, autocontrol, toma decisiones, solución de problemas, comunicación y manejo del tiempo. Durante todo el proceso se entrena a los pacientes a reducir la frecuencia de comportamientos que generan malestar y modificarlos, cambiándolos por comportamientos que provocan sensaciones agradables, exponiéndose en algunos casos a situaciones aversivas.

Entrenamiento en relajación

Muchos de los comportamientos reforzantes que disminuyeron su frecuencia en los pacientes depresivos, se redujeron debido a que en su realización los pacientes estuvieron expuestos ante situaciones aversivas, estos comportamientos son generalizados con la finalidad de no experimentar sensaciones desagradables dejando de realizar dichos comportamientos en el tiempo. Por lo que el entrenamiento en relajación permite, mediante exposiciones graduales o cambios de contexto, retomar dichas conductas con la finalidad que vuelvan a provocar reforzamientos y sensaciones agradable para el sujeto (Libet y Lewinsohn, 1973, citado por Caballo, Salazar y Carrobles, 2014).

Manejo del Tiempo

Es de real importancia que el paciente con depresión entienda que durante momentos del día los síntomas puedan verse intensificados, mañana, tarde o noche, por lo que es importante señalarle que deben planificar actividades que provoquen reforzamientos y agradabilidad en la acción, desde el momento que se levantan hasta el momento de acostarse (Maero y Quintero, 2016). Lo cual debe estar basado en metas que son valoradas e significativas para el pacientes, con la finalidad que salga de los contextos donde aumentan los síntomas depresivos y realice conductas en otros espacios mejorando el estado el ánimo, para lo cual se plantea un cronograma de actividades placenteros y otras de responsabilidad, que no deben interrumpirse a si se presenten o no los síntomas depresivos. Lo cual permite en el sujeto exponerse ante los síntomas, sin que se interrumpan los las acciones reforzando la acción de afrontamiento del sujeto.

Toma de decisiones y solución de problemas

Nezu (1987, citado por Caballo, Salazar y Carrobles, 2014) nos indica desde el modelo conductual que un paciente depresivo tiene severos problemas en la toma de decisiones, debido a que no encuentra soluciones alternas para disminuir su sintomatología, por lo cual promueve que existan sesiones donde el sujeto sea entrenado en especificar que problemas o síntomas desea reducir de forma específica, minimizar los síntomas aversivos que puedan ir acompañado a una conducta, mostrando énfasis en los beneficios de dicha conducta; así mismo aumentar la eficiencia en la realización de dichos comportamientos agradables y saludables, y enseñar habilidades de afrontamientos de las consecuencias positivas y negativas.

Habilidades sociales

El aumento de actividades agradables y el adecuado manejo del tiempo permite al sujeto promover actividades interpersonales, por lo cual debe estructurarse entrenamientos en habilidades interpersonales, (Caballo, 1997). Estos entrenamientos permiten al sujeto con depresión poder mejorar sus desenvolvimientos en ambientes que anteriormente fueron aversivos a causa de un déficit en la comunicación. Para lo cual se busca entrenar al sujeto en expresar de forma asertiva sus emociones y pensamientos, tanto ante aspectos positivos como negativos, mostrando actitud de escucha y atención en la comunicación. Para lo cual es necesario que el entrenamiento busque como objetivo promover la iniciación de conversaciones, dar a conocer revelaciones propias, y terminarlas de manera adecuadas. Así mismo tolerar las críticas positivas o negativas de los emisores, manteniendo la habilidad de escucha y expresando sus dudas o molestias. El reinsertarse de forma adecuada en ambientes donde existen reforzadores positivos, pero fueron evitados por exposición a comunicarse con otras personas por temor a sentir sensaciones desagradables, permite al sujeto mejorar su estado de ánimo y valorar con mayor énfasis su

avance en el tratamiento. El objetivo primordial de estos entrenamientos es promover comportamientos sociales incompatibles con los síntomas depresivos.

Terapia cognitiva para la depresión

Beck et al. (1979) nos indican que la terapia cognitiva busca aportar en estrategias y técnicas para la mejora del paciente con síntomas depresivos, por lo que la unificación de tratamientos conductuales y cognitivos dan mejores beneficios durante el tratamiento (Caballo, 1997). Para lo cual, desde la teoría cognitiva de Beck, se promueve la identificación de pensamientos automáticos que puedan generar en el paciente limitaciones en su accionar o baja disposición a retomar a realizar conductas, y en conjunto con ello dar a conocer los esquemas que predisponen a la persona a mantener a la depresión. Para lo cual, se entrena al paciente para que comprenda como los pensamientos influyen en su accionar, con la finalidad que en la terapia pueda reconocer los pensamientos automáticos, identificarlos y etiquetarlos, debatirlos y modificarlos por pensamientos más reales o flexibles. Dejando tareas conductuales que afiancen lo aprendido en el consultorio. Desde la perspectiva de Ellis (Ellis y Grieger, 1990), es necesario y presenta mayor relevancia identificar los esquemas desde los cuales nacen los pensamientos automáticos, con la finalidad de flexibilizar dichos esquemas radicales, a términos reales, para que la sintomatología del paciente disminuya en intensidad y pueda exponerse a realizar comportamientos saludables. En ambos casos lo que se busca es que el paciente reestructure su visión catastrófica de sus habilidades, deje de intentar interpretar cómo la gente lo perciba y disminuya su visión negativa de cómo será el futuro con los síntomas depresivos, cambiando esto por pensamientos flexibles y tolerantes a todo tipo de situaciones, agradables o aversivas, lo cual permite al paciente generar comportamientos y pensamientos que permiten su adaptación a cualquier ambiente.

Reestructuración cognitiva

Esta estrategia presenta como objetivo principal la modificación de ideas, pensamientos, creencias, y esquemas para una percepción real sobre los acontecimientos diarios del paciente (Beck et al., 1979). En un primer momento se busca conocer los diferentes pensamientos automáticos que se generan ante situaciones conflictivas para lo cual se precisa que el paciente registre dichos pensamientos, luego dar a conocer que actitudes tuvo el paciente posterior a dichos pensamientos. Se busca contrastar con la realidad dichos pensamientos para poder cambiar o modificar mediante una discusión racional durante la sesión buscando que el paciente se dé cuenta de la forma irracional de dicho pensamiento y empieza a encontrar pensamientos alternos y flexibles (Ellis & Grieger, 1990). En un segundo momento se le pide al paciente que debata sus pensamientos en comparación a sus actividades en la vida real, generando razones reales a las consecuencias inmediatas de dichas conductas. En un tercer momento es posible la contrastación con hechos empíricos, se le pide al paciente que ponga a prueba dichos pensamientos a través de actividades en su contexto real, es decir el mismo paciente descubre la realidad o no de sus pensamientos mientras va realizando actividades adaptativas, ante lo cual tras la experiencia conductual se reestructuran los pensamientos mediante tareas específicas y prácticas cotidianas (Buela Casal et al., 2001).

Pruebas de realidad

Este tipo de herramientas se aplican mediante la realización de análisis específicos relacionados con los pensamientos. Los pensamientos automáticos distorsionados pueden ser debatidos mediante encuestas aplicadas en la interacción social. El objetivo de ello es disminuir el realismo otorgado al pensamiento irreal, el cual posiblemente este distorsionando la realidad, por ello la importancia de las opiniones y respuestas recepcionadas mediante la encuesta para la modificación (Buela Casal et al., 2001). En

algunas ocasiones la asignación de tareas graduales para la búsqueda de opiniones también puede ser aplicada para el afrontamiento de la depresión con esta técnica. (Caballo, 2002)

Registro de expectativas

Muchas veces la expectativa irreal del paciente puede llevarlo a mantener pensamientos y creencias irracionales sobre si mismo (Ellis & Grieger, 1990), por tanto utilizando tareas se le puede pedir al sujeto que evalúe el grado de expectativas de eficiencia sobre ciertos comportamientos y su nivel de dificultad, para que posteriormente a la realización de la tarea, puede tener una visión mas real sobre sus habilidades y autopercepción de eficacia al momento de realizar dichas tareas. Este tipo de herramientas permiten al paciente crear nuevas conclusiones sobre sus destrezas y motivarse a la mejora de ella, diseñando estrategias más reales en función al desarrollo de pensamientos flexibles (Buela Casal et al., 2001).

Detención del pensamiento

Este conjunto de pasos permite al paciente generar cierta mejora en la respuesta de autocontrol para la disminución de pensamientos automáticos irreales que interfieren en la vida del paciente. Un primer paso dentro de esta estrategia es poder reconocer cuales son los pensamientos perturbadores mas frecuentes, irreales y que generan mayor problema, así como también que estímulos o acontecimientos internos y externos pueden generarlos y acompañarlos. Se crea una lista de cada uno de ellos, los cuales están considerados fuera del control del paciente. Previamente es necesario psicoeducar referente a la no productividad y malestar que producen el mantenimiento de dichos pensamientos. Por ende se le pide al paciente que ante la percepción de dichos pensamientos, se haga consciente

de sus presencia haga una parada ante ello o se diga así mismo “alto”, interrumpiendo el pensamientos, y continuando con las actividades que venía realizando.

Técnicas de solución de problemas

A diferencia del modelo conductual, la técnica de solución de problemas del modelo cognitivo está basado en la operacionalización del problema y puesta en práctica de las soluciones, para lo cual el paciente debe generar conciencia del problema y orientarse hacia él, definir de forma específica y formular el problema a tratar, generar soluciones alternativas que no han sido aplicadas con anterioridad, tomar decisiones referente a que solución alterna presenta mayor viabilidad y disponibilidad, para posteriormente ser aplicada y medir las consecuencias de dicha acción (Buela Casal et al., 2001)

Por tanto, el siguiente trabajo académico busca dar a conocer la eficiencia de un tratamiento cognitivo conductual para la depresión en adultos de 25 años.

1.3 Objetivos

Acorde a las conductas problemas que presenta el paciente, se propone el siguiente objetivo general:

1. Reducir la sintomatología y respuestas depresivas mediante un programa de tratamientos cognitivo conductual en un paciente de 25 años.

Y los siguientes objetivos específicos:

1. Aumentar comportamientos saludables y de interacción social mediante programación de actividades, entrenamiento de habilidades sociales y comunicación asertiva
2. Reducir los niveles de ansiedad mediante técnica de relajación, jerarquización de situaciones, exposición encubierta y en vivo

3. Modificar creencias irracionales mediante técnicas de reestructuración cognitiva, solución de problemas y autocontrol.

1.4 Justificación

Gabriel muestra en la actualidad respuestas cognitivas y conductuales desadaptativas, los cuales vienen afectando en su vida diaria tanto en las áreas sociales, laborales, académicas como familiar y personal; los cuales han desarrollado sintomatología depresiva y conductas depresivas observadas a nivel fisiológica en el aumento de sudoración, frialdad en manos, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria; a nivel motor dificultad realizando comportamientos evitativos teniendo dificultades para interactuar y relacionarse en diferentes contextos sociales, se aísla y no quiere desea salir de su hogar o habitación: a nivel cognitivo presenta pensamientos negativos referidos hacia sí mismo, hacia el entorno el cual desenvuelve y visión negativa sobre sus metas y futuro; esto desencadena en el emociones como tristeza, frustración, cólera y culpa de forma intensa.

Es por tal motivo que es necesario iniciar un proceso de evaluación y tratamiento psicológico cognitivo conductual con la finalidad de identificar, entrenar o modificar respuestas no saludables, para lo cual es importante psicoeducar sobre el inicio y mantenimiento de comportamientos depresivos, así como también como la influencia de los pensamientos puede afectar e interferir en sus comportamientos y emociones. Ante esto es pertinente el entrenamiento de estrategias de reestructuración cognitiva para la flexibilización y debate de pensamientos distorsionados, para luego desarrollar capacidad para el autocontrol, solución de problemas y toma decisiones. El entrenamiento en habilidades para el afrontamiento de situaciones estresantes para volver a retomar sus actividades de interacción social, permitirá también la reducción de la sintomatología depresiva mediante la programación de actividades conductuales, jerarquización de situaciones y exposición en vivo. Es pertinente el entrenamiento en técnicas de relajación, expresión de emociones y habilidades sociales para reducir la intensidad de emociones

para que el paciente un mayor control sobre las situaciones que le genera malestar emocional. Todas estas herramientas permitirán a Gabriel poder enfrentar diferentes dificultades y por readaptarse a su contexto social y familiar, retomando sus actividades y metas mediante una percepción real sobre sí mismo y el futuro.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

El presente trabajo generara en Gabriel herramientas para afrontar situaciones de forma directa que le provocan malestar y miedo ante los cuales antes prefería evitarlo o aislarse ante la percepción negativa sobre ellas, le permitirá retomar sus actividades sociales, laborales y académicas, y un mejor relacionamiento a nivel familiar, así como también el poder crear metas y expectativas más reales, alcanzables y flexibles en pro de su bienestar personal. Los resultados obtenidos contribuyen también y suman a la comunidad científica sobre la eficiencia de las técnicas conductuales y cognitivas para el tratamiento de la depresión, y la necesidad de especializarse en estos temas para un mejor desarrollo profesional y atención a los futuros pacientes. Estos tipos de trabajo académico permiten también desde un segundo plano acercar y motivar a la comunidad social al poder ser atendidos por profesionales en salud psicológica y confiar en el proceso terapéutico como herramienta que permita tener una percepción más flexible e integral en la salud.

II. Metodología

Tipo de investigación

El presente caso es un estudio de tipo experimental intrasujeto o caso único, con un solo participante, siendo el mismo participante control al inicio de la investigación.

La técnica utilizada responde al diseño sin retirar ABA, por ser un diseño en el cual la intervención no se puede retirar del estudio (Montero y León, 2007). El diseño ABA se representa a través de las siguientes fases:

Fase A: Línea Base: Depresión, a través de registros conductuales y cognitivos, y las escalas de Depresión de Beck (BDI), Ansiedad de Beck (BAI), e Ideas irracionales de Albert Ellis (ROAE), para crear una medida inicial o línea base de las conductas problema.

Fase B: Intervención a través de la terapia cognitivo conductual. En el cual se aplican técnicas de relajación, programación de actividades, autocontrol, afrontamientos, reestructuraciones cognitivas, entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones, y habilidades sociales

Fase A: Evaluación al finalizar el tratamiento. Depresión, a través de registros conductuales y cognitivos, y las escalas de Depresión de Beck (BDI), Ansiedad de Beck (BAI), e Ideas irracionales de Albert Ellis (ROAE), para crear una medida inicial o línea base de las conductas problema (Post – tratamiento)

Variables de Investigación

Variables Dependiente: Depresión:

Comportamiento que se caracteriza por emociones como tristeza, culpa, frustración, vergüenza y miedo, experimentando dificultad para dormir, temblor en mano, aceleración del corazón y respiración. Apatía y desinterés por actividades que anteriormente causaban

placer. Aislamiento social, llanto, pensamientos negativos sobre sí mismo, los demás y el futuro. Los cuales se dan de forma diaria y duran mas de dos semanas

Variable Independiente: Programa de intervención cognitivo conductual

Programa de intervención basado en técnicas conductuales, programación de actividades, técnicas de relajación, exposición encubierta, exposición en vivo, jerarquización de situaciones. y cognitivas, reestructuración de pensamientos, autocontrol, solución de problemas, habilidades sociales, toma de decisiones.

Sujeto

Gabriel, paciente de 24 años, nació en Lima el 14 de agosto de 1995 estudiante universitario de la carrera de arquitectura de una universidad privada de Lima, estado civil soltero, no se encuentra actualmente en una relación sin pareja, vive junto con su padres y hermanas en el distrito de San Miguel, refiere haber sido bautizado católico, proviene de una familia religiosa, acude a consulta al Policlínico Municipal de San Miguel, en el cual llevo las evaluaciones y sesiones de tratamiento por el servicio de psicología.

Técnicas e Instrumentos

Observación

Técnica mediante un apoyo técnico propio como el registro, codificación, etc se busca recolectar información del paciente de forma selectiva y experimental, a través de la observación de comportamientos, situaciones y actividades que pueda realizar el paciente. Esta herramienta se ve aplicada mediante una observación participante durante el proceso de las sesiones con un contacto directo con el paciente al realizar diferentes tipos de preguntas durante la entrevista en fases iniciales, de tratamiento o seguimiento. Puede ser acompañado del uso de autorregistros para mayor recolección de datos.

Entrevista

Técnica utilizada en la investigación para la recolección de datos e información de los pacientes, mediante la cual se establece un canal de comunicación interpersonal entre el investigador y sujeto de estudio, con la finalidad de poder recolectar respuestas de tipo verbal relacionados al problema presentado. Esta herramienta debido a su estilo permite recabar mayor información de forma precisa y eficaz a través de preguntas directas o semiestructuradas, sea el caso de la entrevista diagnóstica (DSM-5 o CIE.10) o el análisis de caso mediante el enfoque psicoterapéutico (cognitivo conductual), las cuales se presentan mediante un marco teórico conceptual con un grado de flexibilidad para que los pacientes puedan adecuarse de forma natural a la comunicación, generando motivación durante la sesiones al contar con una guía de preguntas, explicando al paciente el propósito de las pregunta de forma receptiva y empática de manera libre y espontaneo. No obstante, esta herramienta necesita ser acompañada y complementada con otras de acuerdo al tipo de investigación u objetivos que se van a realizar.

Autorregistros

Para poder complementar la información recolectada durante la observación y entrevista el uso de autorregistros permite que el paciente pueda en diferentes contextos redactar las situaciones, conductas, pensamientos, emociones y consecuencias que se dieron in situ durante la situación problemas. Del mismo modo permite poder hacer una revisión o retroalimentación de las tareas realizar en el hogar durante el proceso de las sesiones de tratamiento.

Instrumentos Psicométricos

A continuación, se presenta los instrumentos psicométricos utilizados para el siguiente caso clínico.:

Test de depresión de Beck

- **Nombre:** Inventario de Depresión de Beck – BDI
- **Autor:** Aaron T. Beck en 1961,
- **Numero de Ítems:** 21 items
- **Tiempo y duración:** 15 a 20 min aproximadamente.

Descripción del instrumento:

el inventario de depresión de Beck tiene como objetivo medir sintomatología relacionado a la depresión, consta de 21 ítems, compuesta por factores cognitivos – afectivos y somáticos. Valora la gravedad de la sintomatología depresiva, relacionado de forma directa al DSM -IV, en pacientes de 13 años a más. Presenta diferentes enunciados de respuestas por cada ítem de forma particular, presentando puntajes desde 0 a 3 para cada respuesta. El puntaje total se encuentra en el rango desde 0 a 63.

En lo que respecta a su confiabilidad diversos estudios muestran un puntaje de 0.92 evaluado por el coeficiente de alfa de Crombach. En lo que respecta al análisis en su adaptación al español el Inventario de Depresión de Beck, en la población general, presenta confiabilidad y validez, alcanzando una alfa de Cronbach de 0.87, indicando alta consistencia interna y replica los coeficientes hallados en la literatura con muestras similares. En el Perú se evaluó la validez de instrumento en población general obteniendo un alfa de Cronbach de 0.889, y adecuados niveles de consistencia señalando que el instrumento es confiable y valido para su uso.

Test de ansiedad de Beck

- **Nombre:** Inventario de Ansiedad de Beck – BAI
- **Autor:** Aaron T. Beck en 1988
- **Numero de Ítems:** 21 ítems
- **Tiempo y duración:** 15 a 20 min aproximadamente.

Descripción del instrumento:

Elaborado por Aaron Beck con el objetivo de poder determinar la severidad de los síntomas ansiógenos, para lo cual contiene 21 ítems referidos a la sintomatología, físicos y emocionales de la ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Las respuestas de cada ítem se puntúan de la siguiente manera: 0 - en absoluto-, 1 - levemente, no me molesta mucho-, 2, - moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo -, y 3 -severamente, casi no podía soportarlo. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems, los cuales dan a conocer la sintomatología presentaba durante la última semana. La frecuencia de puntajes se encuentra en el rango de 0 a 63.

Respecto a su confiabilidad estudios señalan que posee consistencia interna con un puntaje de alfa de Cronbach entre 0,90 a 0,94. La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. Y muestra La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.

En lo que respecta a su validez presenta adecuada correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Así como también relación moderada con las Escala de ansiedad de Hamilton, 0,51; con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado ,0,58; y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0.81.

Inventario clínico multiaxial de Millon

- **Nombre:** Inventario clínico multiaxial de Millon
- **Autor:** Theodore E. Millon, 1987
- **Numero de Ítems:** 175 ítems
- **Tiempo y duración:** 50 a 60 min aproximadamente.

Descripción del instrumento:

El inventario de personalidad de Millon, es considerado un instrumento objetivo que permite dar a conocer diferentes patrones de comportamientos relacionados a rasgos y trastornos de personalidad y procesos afectivos. La puntuación de las ítems se realiza de forma dicotómica (Verdadero Falso), el cual se administra de forma estandarizada a los participantes pero se administra de forma específica para cada área de evaluación. Evalúa de 13 tipos de personalidad patológicas y 9 síndromes clínicos para adultos, 22 escalas clínicas las cuales están divididas en 4 grandes grupos:

- Patrones clínicos de personalidad, Eje I, 10 en total: Esquizoide, Evitativa, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo/sádica, Compulsiva, Pasivo/agresiva y Autodestructiva.
- Patología severa de personalidad, 3 en total: Esquizotípica, Límite y Paranoide.
- Síndromes clínicos, Eje II, 6 en total: Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Distimia, Abuso de alcohol y Abuso de drogas.
- Síndromes Clínicos severo, 3 en total: Pensamiento psicótico, Depresión mayor y Trastorno delirante.

En lo que respecta a sus propiedades psicométricas en su versión en español cuenta con 3 tipos de validez: Validez de contenido (el examen de los ítems contenidos en el instrumento para determinar si mide cada área de forma específica y si los ítems evalúan

adecuadamente dichas áreas. Validez por criterio de construcción por análisis factorial. Cuenta con confiabilidad mediante índices de consistencia interna a través del coeficiente de alfa de Crombach con puntaje de 0,67 a 0.94 por escalas. Para la corrección del instrumento se deben convertir Las puntuaciones directas de las

escalas del MCMI – II a de tasa base (TB), las cuales nos permiten clasificar los diagnósticos de los pacientes evaluados, su puntuación va referenciada de la siguiente manera: Leves (puntajes menores o iguales a 74), Moderados (puntajes mayores o iguales 75 y menores o iguales a 84) y Severos (puntajes mayores o iguales a 85).

Test de personalidad de Eynseck

- **Nombre:** Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI-Forma B).
- **Autor** H. Eysenck y S. Eysenck, 1974
- **Numero de Ítems:** 57 ítems
- **Tiempo y duración:** 15 a 20 min aproximadamente.

Descripción del instrumento:

El inventario de personalidad de Eynseck es un cuestionario que tiene como objetivo evaluar dos principales dimensiones de la personalidad: Extraversión (E) y Neuroticismo (N). Es un cuestionario autodescriptivo de la personalidad esta conformado por 57 ítems dicotómicos, con un formato de respuestas de verdadero o falso. Las escalas E y N tienen 24 ítems cada una, a mayor puntaje se da a conocer mayor posibilidad de presencia de la dimensión que miden; dentro del instrumento también se encuentra una la escala L (veracidad) consta de 9 ítems, ante lo cual un puntaje mayor de 4 anula la prueba, y debe ser reevaluado al paciente. Dentro de las características de conductas más frecuentes que se tienen por dimensión se puede observar:

- Neuroticismo: cambio de humor (inestabilidad), falta de concentración, preocupaciones, nerviosismo, síntomas psicósomáticos, sensibilidad y sentimientos de inseguridad.
- Extroversión: sociabilidad, impulsividad, actividad, vivacidad y excitabilidad

En el Perú las propiedades psicométricas señalan la existencia de adecuada consistencia interna del instrumento verificando una confiabilidad entre 0.68 a 0.71 hasta en un periodo de 8 meses. Así mismo en los criterios de validez se puede señalar que de acuerdo a los estudios desarrollados de validez concurrente a través del método de criterio de jueces, 30 jueces evaluaron a 110 sujetos y su apreciación se comparó con el resultado de la prueba, detectándose en forma satisfactoria los grupos dentro de cada dimensión, con una significatividad estadística al 0.05.; en lo que respecta al método de validez clínico, se evaluó a 52 pacientes, calificados con un diagnóstico de trastorno de personalidad por 8 psicólogos, y se contrastó con los resultados del inventario, ante lo cual se encontró una relación significativa al 0.05, tomando en cuenta los postulados teóricos de Eysenck.

Test de autoestima de Rosemberg

- **Nombre:** Escala de autoestima de Rosemberg
- **Autor:** Rosemberg (1965)
- **Numero de Ítems:** 10 ítems
- **Tiempo y duración:** 7 a 8 min aproximadamente.

Descripción del instrumento:

El objetivo de este instrumento es describir y valorar la autoestima de los evaluados, consta de 10 ítems, con 5 posibles respuestas que van desde 0 a 5, las puntuaciones se obtienen mediante la suma de la totalidad de ítems, a mayor puntajes mayor valoración de

la autoestima. En lo que respecta a sus propiedades psicométricas la escala obtuvo un coeficiente de reproductibilidad de 0.92 y un coeficiente de estabilidad de 0.72; además se obtuvo un valor de 0,76 en el coeficiente Alpha de Cronbach, así como también mediante el método de test-retest con puntuaciones de 0.85 con un intervalo de dos semanas. Así mismo en lo que se respecta a su validez se realizaron estudios bajo el criterio de validez concurrente en donde se observa mediante correlaciones que a menores puntajes de autoestima en la escala se presentaban comportamientos relacionados a las conductas depresivas. Por otro lado, referente a la validez por constructo La varianza de la escala explica el 53.07% a través de 2 factores.

Registro de Opiniones de Ellis

- **Nombre:** Registro de opiniones de creencias irracionales de Ellis
- **Autor:** Albert Ellis (1986)
- **Numero de Ítems:** 100 items
- **Tiempo y duración:** 25 a 30 min aproximadamente.

Descripción del instrumento:

El objetivo principal de este instrumentos es evaluar la existencia de creencias irracionales del evaluado, mediante la presencia o no de un tipo específico de pensamiento, evaluado a trave de ítems. El Registro está constituido por 100 items en total, se evalúan las diez principales creencias irracionales aprendidas e incorporadas en nuestro repertorio comportamental a lo largo de nuestra crianza, las cuales se presentan a continuación.

1. Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.
2. Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.
3. Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas
4. Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.

5. Lo acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.
6. Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.
7. Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.
8. Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.
9. El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.
10. La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.

Respecto a la confiabilidad de este instrumento, fue evaluado a través del coeficiente de consistencia interna obteniendo un puntaje de 0,78 señalando que es adecuado, como también mediante el coeficiente de alfa de Cronbach donde se obtuvo puntaje de 0,74 a 0.79 entre las diferentes creencias

Evaluación

Para la evaluación del paciente se recolecto información mediante las siguientes herramientas:

Historia clínica cognitiva conductual

Nombre y Apellido	:	Gabriel MZ
Edad	:	24 años
Fecha y Lugar de Nacimiento	:	Lima, 14 de agosto de 1995
Grado de Instrucción	:	Universitario
Estado Civil	:	Soltero
Ocupación	:	Arquitecto
Vive con	:	Padres y hermana
Informante	:	El paciente
Dirección	:	San Miguel
Religión	:	Católica
Fecha de Entrevista	:	2019
Lugar de Entrevista	:	Consultorio de Psicología – Policlínico Dafi Salud
Psicólogo	:	Lic. Daniel Silva Dominguez

Observaciones generales:**A. Descripción Física**

Gabriel, es un paciente de contextura delgada, raza blanca, cabello lacio, mide apropiadamente 1.65, con un peso de 65 kg. Aparenta su edad cronológica y presenta prendas adecuadas a la estación, mostrando higiene, siendo aseado y ordenado en su aseo personal.

B. Descripción de la conducta

Se encontró lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Hace uso de un lenguaje claro, coherente y funcional de acuerdo al contexto con un tono de voz adecuado. Al inicio de la evaluación mostro labilidad emocional al comentar el motivo de consulta, escaso contacto visual con el entrevistador, fijando su mirada de forma intermitente entre el entrevistador y las paredes.

Con el transcurso de las sesiones presento mayor desenvolvimiento y seguridad, mostrando iniciativa al responder las preguntas, dando detalles y esforzándose por seguir las instrucciones dadas en las sesiones demostrando colaboración para el recabado de información. Asiste a las sesiones con puntualidad y realiza las tareas asignadas durante el proceso de terapia.

Motivo de consulta

Gabriel, acude al departamento de psicología del Policlínico mencionando que siente angustia (8/10), tristeza (9/10), culpa (7/10), preocupación, pena y falta de motivación para realizar sus actividades. Indica que siente un nudo en la garganta el cual le provoca llanto durante 4 o 5 veces al día, dolor de cabeza, tensión muscular, dificultad para poder dormir, así como también problemas para concentrarse con sus responsabilidades. Indica que diariamente presenta pensamientos como “nadie me va a querer”, “no me van aceptar”, “mis papas van a cambiar su trato conmigo, que va decir mi familia”, “mi hermana se va a

decepcionar de mí, yo soy el mayor y debo dar el ejemplo”. “no quiero que las personas se alejen de mi por mi sexualidad, ni que me traten diferente”. Por lo que ha comenzado a aislarse, no avanzar su tesis y dejar de comunicarse tanto con amigos y familiares, no saliendo de su cuarto, o tener respuestas rápidas e impulsivas cuando solicitan su ayuda en el hogar.

El paciente menciona que estos comportamientos y pensamientos se incrementaron hace dos meses con la ruptura de su relación de pareja (7 meses), ante lo cual señala que comenzó a sentirse solo y triste (10/10) por lo que decidió comentarle a su madre referente a su bisexualidad y su primera relación con una pareja de su misma sexualidad, y al observar la reacción de su madre incrementaron la frecuencias de los síntomas, el cual indica “ella me miro sorprendida y solo me abrazo, no me dijo nada”, sus dudas sobre como responderán los demás miembros de su familia y amigos se intensifico, teniendo como pensamientos como “si mi mamá se asustó, que dirá mi papa”, “ seguro me van a botar o me van insultar mis primos”, “mis amigos se van alejar, se van a burlar de mi”. Por otro parte presenta problemas organizar sus actividades académicas y se encuentra en busca de un trabajo nuevo para poder solventar sus trámites de licenciatura.

Gabriel indica “siento que tengo algo mal en mí”, “me siento muy mal y no puedo hablar con nadie”, “mi madre me mira raro, creo que la estoy decepcionando”, “mi ex (pareja), no me habla, no le importo”, “la gente me va a rechazar, no sé cómo decirle a los demás lo que siento”, “no debería ser así, ahora que voy hacer con las metas que tengo”. Menciona que no desea ir al trabajo, porque le recuerda a su ex y debido a que considera que él ha comentado a sus compañeros del trabajo acerca de su relación, y no quiere que lo miren raro por su sexualidad. Así mismo indica que últimamente se queda en cama y no puede dormir, por lo

que tiende a llorar y pensar “nadie me va aceptar”, “me voy a quedar solo” o “no puedo con esto, no sé que hacer”.

Problema actual

Conductas depresivas y de evitación escape al tener que realizar actividades sociales fuera de casa.

Gabriel menciona que estas conductas se incrementaron hace dos meses al terminar su relación con su antigua pareja, ya que con él podía conversar libremente sobre su sexualidad. Indica que al recordar las conversaciones con el presenta pensamientos, conductas y sensaciones fisiológicas antes señaladas. Siente las mismas sensaciones al recordar la expresión de su madre cuando le comento sobre su bisexualidad, igual que ante el recuerdo de sus compañeros del trabajo o amigos de la universidad preguntando sobre su sexualidad, y también al observar los estados y publicaciones de sus amigos y contacto en redes sociales. Menciona que siente lo mismo ante recuerdos de los comentarios de sus familiares, primos, tíos, abuelos, referente a la homosexualidad o lesbianismo, ya que Gabriel percibe que ellos debido a su religión tienden a alejarse de personas con diferente orientación sexual a la heterosexualidad. También menciona que presenta estas conductas al almorzar con su padre y hermana, o compartir tiempo con ellos, al no poder decirles sobre su sexualidad, sintiendo que les oculta información, percibiendo que lo observan diferente. Así mismo cuando sus amigos le envían mensajes de invitación para salir en grupo y les dice que no por no tener que exponerse a sus preguntas.

Estas situaciones producen en el a nivel fisiológico sudoración, aumento en la frecuencia de la respiración y aceleración de los latidos del corazón, insomnio, sensación de presión en el pecho, la garganta y temblor en las manos. A nivel Emocional menciona que siente tristeza (8/10), frustración (8/10), culpa (7/10) miedo (9/10), colera (5/10),

vergüenza (6/10). A nivel cognitivo presenta ideas como “Les estoy ocultando información a mi familia”, “se van a decepcionar de mí”, “me voy a quedar solo”, “quisiera tener alguien junto a mí para poder conversar”, “Mis amigos me van a mirar mal y tratar diferente”, “tan notorio es mi sexualidad”, “no soy masculino”, “tengo algo malo en mí”, “Seguro que me van a rechazar”, “Mi papá me va a mirar diferente”, “que pensara mi hermana de mí”, “No podré cumplir mis metas”, “que será de mí en el futuro”, “no tendré una familia, ni hijos”, “y si esto solo es momentáneo, mejor no digo nada”, “nadie me quiere”, “no quiero tener esto”, “siento colera hacía mí”. A nivel motor realiza comportamientos como aislarse en su cuarto, estar echado en su cama, llorar, escuchar música, ordenar sus cosas o hacer responsabilidades en el hogar, ha dejado de ir al trabajo, de conversar y salir con amigos, avanzar su proyecto de tesis, como también evitar el ir al gimnasio, dejando de realizar actividades que le agradan como pintar, dibujar o tomar fotos. Ha comenzado a tener pesadillas, ha disminuido las conversaciones, presenciales o por redes sociales con amigos, así como también visitas a sus familiares, señalando que a veces responde con irritación y cólera. Menciona tener falta de ánimo, apatía, desánimo referente a lo que pueda ocurrir en el futuro, y desinterés por hacer actividades o iniciarlas.

Al realizar estos comportamientos siente alivio momentáneo al escuchar música o ver videos por internet, lo cual menciona que lo distraen, así como también sensación de tranquilidad ante de ir dormir, o cuando conversa con su mamá sin que ella le haga preguntas, o cuando sus amigos cercanos le envían mensajes o visitan a su casa, diciendo le que tiene que enfocarse en su tesis que es muy buen alumno, o le piden ayuda con sus trabajos. Comparte con sus padres y hermanas tiempo para ver películas o compartir en familia ante lo cual hace un esfuerzo para estar con ellos. Refiere que tiene pensamientos como “no se que voy hacer”, “talvez tengo algo malo”, “Tengo que decirles, no debo ocultarlo”, “siento que los estoy tratando diferente”, “el problema soy yo”.

Desarrollo cronológico del problema

Gabriel señala que él ha vivido siempre con sus padres (papa 58 años y mama 46 años) y hermana (20 años). Indica que desde pequeño siempre ha tenido mayor confianza al conversar con su madre, debido a que su padre trabaja la mayor parte del tiempo, y llegaba en la noche para la cena. Con su hermana indica que comparten tiempo y gustos en común, por lo que tienen conversación frecuente entre ambos (actualmente se encuentra en USA, debido a trabajo temporal antes de las clases de la universidad).

Gabriel recuerda que cuando estaba en inicial, se esforzaba por hacer tareas y sacar buenas notas para que sus padres lo feliciten, en muchas ocasiones su profesora le indicaba que era muy bueno y lo premiaba, enviando anotaciones a los padres sobre su buen rendimiento. Indica que tenía facilidad para conversar con otros niños y jugar con ellos. Señala que en ese entonces sentía atracción por una niña de su salón, y se acercaba a ella constantemente para jugar. No obstante, la profesora a veces realizaba juegos agrupando niños y niñas por separado, ante lo cual recuerda que a veces otros niños lo insultaban y le decían que debía irse con el grupo de las chicas. Lo cual le generaba miedo (7/10), quedándose callado sin dar respuestas, o tendía a irse y dejar la dinámica grupal. sintiéndose solo. Por lo que empezó a esforzarse en jugar e imitar los juegos que ellos realizaban con el fin de entrar y ser parte del grupo.

Indica que siempre ha tenido facilidad para conversar con sus familiares, primos, tíos y abuelos, le agradaba conversar con ellos y aprender de lo que decían en las reuniones familiares. En su salón tenía también esa facilidad, pero con las chicas. Menciona que cuando estaba en la primaria, aproximadamente 9 años. comenzó a sentir atracción por un compañero de clase, lo cual no le parecía un problema porque era su amigo. Al interactuar con él y otros chicos se divertía, sin embargo, recuerda que en ocasiones algunos chicos de su clase, cuando jugaban o hacían deportes le decían que se vaya jugar con las chicas, que no jugaba bien. Ante lo cual sentía colera (7/10) y miedo (7/10), quedándose callado, saliendo del grupo de juego y sintiéndose solo.

Comenta que cuando era adolescente, aproximadamente 13 años, en reuniones familiares conversando entre primos, tíos, sus padres, hermana y abuelos, sobre algunos amigos de la familia, sus primos refirieron que entre sus amigos tenían miembros en sus familias homosexuales, ante lo cual sus abuelos mencionaron que “no entendían que pude haberles pasado, pero necesitaban ayuda”. también recuerda mencionar a su madre decir “cómo deben sufrir sus padres por eso, debe ser frustrante”. Sus primos realizaban comentarios mencionando personajes famosos que son homosexuales y lesbianas, ante lo cual los demás miembros mostraban rostros (ha percepción del paciente) de tristeza y rechazo. Sintiendo Miedo (8/10), quedándose callado y no opinar en la conversación.

Indica que aproximadamente a los 15 años, en la secundaria, sentía atracción por una compañera de clase, menciona que siempre había un grupo en el salón que les gustaba interrumpir la clase, hacer bromas pesadas a otros compañeros y a él también. Ante lo cual en una ocasión este grupo de chicos en clase lo empezaron a molestar, ante lo cual el paciente respondió a los insultos, y uno de los chicos le pregunto en frente de toda la clase y con el profesor delante de ellos, si él (Gabriel) era gay, ante lo cual respondió de forma inmediata que no, alzando la voz, gritando e insultándolo. Indica que nunca más se volvió a repetir ello. En ese momento siento colera (8/10), Miedo (7/10) y Vergüenza (8/10). Ante lo cual decidió dejar de conversar y voltearse a mirar solo su cuaderno, avanzando sus actividades. Indica que ahí tuvo pensamientos como “tengo algo malo”, “¿en verdad seré gay?”, “¿Cómo sabre si soy gay, si me gustan las chicas?”, “¿me gustan las chicas y los chicos?”.

Recuera en una ocasión su padre lo invito a hacer deporte con él, estuvieron jugando basquetbol un rato en una cancha cerca de su casa, y mientras su padre le contaba historias acerca cuando él jugaba de joven, mencionando comportamientos que el realizaba con sus amigos, entre hombres, como molestarse de gay, hacer muletillas, o cambiar el tono de voz diciendo que le gustaban los chicos u otros insultos, y como él

y sus amigos se reían de eso en el camerino, burlándose de las personas que tienen orientación sexual diferente a la heterosexualidad. Ante lo cual el paciente sintió cólera (7/10), Vergüenza (7/10), miedo (7/10), pensando “tendré comportamientos así”, “se notará que me gustan las chicas y chicos”, “no me gusta como algunos exageran los comentarios con los homosexuales”, “ojalá mi papa no cambie conmigo”, “talvez tengo que comportarme como él y sus amigos para que no me molesten más adelante”. Ante lo cual no dio ningún comentario, y forzó sonrisas a los comentarios del padre.

Menciona recordar que, en una cena con sus padres y su hermana, ella comento que en su salón de clase una de sus compañeras dio a conocer que era lesbiana, y a partir de ello varias de sus compañeras comenzaron también a mencionar sobre su opción sexual. Ante lo cual su madre respondió “pobre los padres deben estar sufriendo y sentirse preocupados o hasta decepcionados con ellos mismo, por los cambios que va a pasar su hija y sobre todo si la aceptaran en los demás grupos”. Indicando que “los homosexuales tienden a tener comportamientos muy excéntricos para llamar la atención o vestirse de forma muy llamativa, lo cual se ve feo y genera rechazo”. Ante lo cual la hermana respondió que “no todos hacen ello, igual van a seguir siendo sus amigas y compartirán tiempo en el colegio”. Ante lo cual Gabriel solo atino a asentir y quedarse callado, sintiendo culpa (7/10), tristeza (7/10), vergüenza (7/10) y colera (8/10), pensando “a mi me aceptaran”, “les causare problemas a mis papas”, “que bueno que mi hermana piense así”, “mis papas se decepcionaran de mi”, “de repente no tengo nada, y es pasajero”. “si ellos cambian conmigo me sentiré fatal”, “espero que mi hermana tenga la misma percepción conmigo”.

Al ingresar a la universidad, recuerda que siempre se hacían trabajos grupales, el tenía buenos amigos con los que siempre hacía los grupos de trabajo. Recuerda que en un trabajo importante que lo estaba realizando en la casa de uno de ellos, uno de los compañeros de grupo le pregunto de forma directa durante la conversación en frente de los demás si era gay, ante lo cual respondió alzando la voz y de forma inmediata diciendo

que no. Su compañero respondió, tranquilo no te molestes, solo que a veces tienes comportamientos poco masculinos. Ante lo cual Gabriel sintió colera (7/10), vergüenza (8/10), culpa (7/10) y tristeza (/10), tendiendo a quedarse callado después de la respuesta, con pensamientos como “me quiero ir de aquí”, “¿seré poco masculino?”, “¿qué tengo que hacer, para ser más masculino?”, “tanto se me nota”, “ojala que no cambien conmigo”, “a otros amigos por ser gay lo tratan diferente, ojala que no pase eso”, “¿les habrán comentado a alguien que soy poco masculino?”. Indica que ese compañero luego de la respuesta empezó a conversar menos con él y alejarse. Indica que en esos tiempos él sentía atracción por chicos y chicas en la universidad.

A partir de ello tuvo dificultad para poder comunicarse con chicas y chicos cercanos a él, si se sentía atraído por alguien, se le hacía difícil invitarlos a salir, por miedo a ser rechazado, que le pregunte por su sexualidad o que le digan que es poco masculino. Ante lo cual comenzó a usar aplicaciones de internet para conocer personas nuevas, que también le gusten los hombres y las mujeres. Lo cual le dio curiosidad al inicio, sintiéndose tranquilo al realizarlo, creando un perfil para comunicarse, sintiéndose libre de poder conversar sobre sus gustos y compartir conversaciones con personas bisexuales. Refiere que sintió tranquilidad de reconocer que no era un problema y que lo trataban con normalidad, sin embargo tenía miedo (8/10) de no ser aceptado por su familia o mejores amigos, ya que cuando conversaba con chicos o chicas por la aplicación le comentaban su experiencia de rechazo por parte de amigos o familiares de ellos. Pensando “si yo les cuento a mis papas, pasara igual”, “me trataran diferente mis amigos”, “me quedare solo”, “si tengo una pareja varón, que me dicen los demás”, “no creo que pueda soportar estar solo”. Ante lo cual empezó a usar aplicaciones para conversar con gente nueva, y hablar sobre su sexualidad.

Cuando entro en su primer trabajo, menciona que dentro de su área había chicos que expresaban abiertamente su homosexualidad, lo cual lo hacían de manera exagerada, vistiéndose de forma muy llamativa, y modulando la voz de forma aguda, lo

cual le generaba desagrado. Se sentía atraído por una chica de otra área, a la cual conocía poco, y también hacia un chico de su área de trabajo, tenía miedo de invitarlos a salir o conversar con ellos, pensando que talvez le van a preguntar si es gay o porque es tan poco masculino. Recuerda que, en una reunión social de trabajo, uno de sus compañeros de área en frente del grupo, le pregunto de forma graciosa si era gay, y que si lo es no hay problema que todos somos colegas, no va pasar nada somos un equipo. Ante lo cual el respondió de forma rápida diciendo que “no”, sintiendo colera (8/10), vergüenza (7/10), Miedo (7/10), tristeza (7/10), frustración (7/10). Pensando “seguro que ahora me van a mirar diferente”, “este tipo que le pasa”, “todo el mundo ya se dio cuenta”, “ahora me dirán que soy poco masculino”, “que le importa mi vida”, “yo no soy como los otros, que se visten muy pegados”, “seré amanerado como ellos”. Ante lo cual decidió quedarse callado en la reunión, escuchando las conversaciones de los demás y sintiendo ganas de irse por lo que dejo de disfrutar la reunión.

Así mismo señala que en la aplicación que usaba, encontró un compañero del trabajo, Marco, el cual lo contactó con él mediante la red, y le menciona que el era homosexual. Le conto sus experiencias e invito salir. Ante lo cual Gabriel por curiosidad acepto la invitación. Salieron y se sintió atraído por él, durante el transcurso de las citas se sentía más atraído hacia su colega, por lo que decidieron iniciar una relación ocasional, menciona que se sentía bien con él, ya que era su primera relación de pareja, que podía expresar sus ideas y emociones tranquilamente con él, el paciente indica que el tomo la relación como algo serio. Se veían a escondidas por pedido de Gabriel ya que no quería que se enteren sobre su orientación sexual. Se sentía tranquilo y alegre, pensando “a el no tengo que ocultar nada”, “puedo decir lo que pienso”, “me siento bien”, “el me acepta como soy”, “me gusta mucho conversar de lo que sea con el”, “no tengo nada malo”. Durante el transcurso de meses en el trabajo, conversando con compañeros del trabajo él se fue enterando que Marco, tenía relaciones ocasionales con chicos, y que todos en el trabajo lo sabían, porque en sus redes sociales constantemente publicaba

sus salidas y reuniones sociales. Ante lo cual sintió colera (8/10), frustración (8/10), vergüenza (8/10), culpa (9/10), miedo (10/10), ansiedad (8/10) pensando “seguro que todo se enteraron de mi”, “ahora que voy hacer”, “me van a mirar mal”, “me van a tratar diferente”, “ahora todos se van a enterar que soy bisexual”, “no se que voy hacer”, “como pude haber estado con este tipo”, “que me pasa, seguro tengo algo mal en mi”, “no se que hacer”. Ante lo cual pidió permiso y se fue del trabajo, fue a su casa, no había nadie y decidió encerrarse en su cuarto llorando.

Días después indica que decidió mandarle un mensaje a Marco indicando que lo odiaba, no quería saber nada de él, que se enteró de todo, que en el trabajo saben que es homosexual y sale con varios chicos”. Menciona que Marco respondió que no eran exclusivos, solo era algo ocasional y que pues, si él deseaba no había problema en terminar la relación. Ante lo cual Gabriel respondió de forma rápida que si y corto el teléfono. Sintiendo presión en el pecho y en la garganta, sudoración en las manos, problemas al dormir, aceleración del ritmo cardiaco y la respiración. Pensamiento como “y ahora que voy hacer”, “estoy solo”, “nadie me quiere”, “seguro todos se van a enterar”, “se van a alejar de mi”, “ahora me van a preguntar s soy gay”, “tengo algo malo, soy poco masculino”, “ni mis padres me van a aceptar”. Sintió emociones como Vergüenza (7/10), culpa (8/10), tristeza (8/10), miedo (7/10), frustración (8/10).

Menciona Gabriel, que comenzó a sentir falta de ánimo, apatía, desgano, dejo de ir al trabajo, y al gimnasio, estaba casi todo el día en su cuarto escuchando música, revisando las redes sociales sin conversar con nadie, se dirigió al comedor de su mesa, pensando “nadie me quiere”, “me voy a quedar solo”, “nadie me entiende”, “seguro que ahora todos saben que soy bisexual”, “me van a tratar diferente”, “nadie se va acerca a mí”, “me van a comparar como los homosexuales que son muy extravagantes”, “que me gusta llamar la atención”, “dirán que solo me gustan los hombres, no me van a entender”, por lo que empezó a llorar en la mesa del comedor de su casa, sentía presión en el pecho y en la garganta, miedo (8/10), vergüenza (7/10), Culpa(7/10), Ansiedad (8/10),

frustración (7/10), su madre luego de su trabajo, lo encontró en su sala, menciona que intento consolarlo, ante ello el decidió contarle todo lo sucedido con su expareja y su opción sexual, comenta que ella no respondió nada, pero al observar su rostro le dijo “que lo perdone”, “que no sabe que hacer”, “que no quiere decepcionarla”, “que no quiere que cambie con él”, “que por favor lo entienda”. Ante lo cual la madre respondió que “siempre le dará apoyo, que no se preocupe, que todo va a estar bien”. Disminuyendo los síntomas fisiológicos. Gabriel recuerda que le pidió a su madre, que no le dijera nada a su padre ni a su hermana por ahora, que él iba a buscar la forma de decirles lo que siente.

Tratamientos psicológicos o psiquiátricos recibidos

El paciente indica nunca haber acudido previamente a un tratamiento de ningún tipo

Conciencia del problema y motivación para el cambio

Gabriel reconoce que presenta dificultades para la expresión de emociones y poder comunicarse con sus familiares y amigos, así mismo presenta inconvenientes para realizar interacciones sociales y laborales, es consciente de sus dificultades por lo que acude a consulta con la finalidad de poder afrontar las diferentes problemáticas las cuales aumentan su sintomatología.

Historia personal

Desarrollo inicial

Gabriel indica que según comentarios de su madre no tuvo ninguna complicación en su etapa prenatal, ninguna enfermedad o problemas durante la gestación. El nació por parto normal, tuvo un peso adecuado y fue llevado a su hogar a los 3 días de nacer.

No tuvo ninguna complicación durante sus primeros meses y se le realizó las vacunas respectivas. Indica que según referencias de su madre el recibió alimentación mixta (leche materna y leche en polvo) ya que presentaba buen apetito. Su madre era la que la cuidaba debido a que su padre trabaja todo el día.

Desarrollo psicomotor

Indica que aproximadamente, según conversaciones con sus padres, el empezó a gatear a los 4 meses y pararse por sí sola a los 9. Pudo caminar a partir del 1er año con 4 meses. Señala que era un niño tranquilo, lloraba poco, y se entretenía con la televisión y sus juguetes. Empezó a balbucear a los 11 meses, según recuerdos proporcionados por la madre hacia el sus primeras palabras y frases se dieron al 1era año y 11 meses. Indica que el desarrollo el control de esfínteres antes de los 3 años, ya que según comentarios de su padre, en inicial de 3 años ya no presentaba problemas (enuresis o encopresis) ni de día ni de noche.

Conductas inadecuadas en la infancia

Menciona que desde pequeño ha presentado miedo ante la crítica de las personas, tendiendo a tener sudoración en las manos de forma constante, nunca fue a un profesional a atenderse por dicho tema.

Educación

Gabriel menciona que ingreso a los 3 años al centro educativo inicial "Divino niño Jesús", estudio en un centro educativo inicial particular mixto. Sus padres la matricularon allí con el fin de estimularlo y puede desarrollar sus habilidades, El paciente menciona que le gustaba aprender y compartir con los compañeros, Recuerda que se esforzaba

con el fin de recibir premios o manden felicitaciones a sus padres por su rendimiento. Era responsable y siempre hacia sus labores en el centro educativo. Le gustaba participar en clase

En la etapa escolar, estudio en el colegio "San Antonio Marianistas" indica que tenía facilidad para conversar con otros niños y niñas. Le gustaba realizar las labores del hogar, nunca tuvo problemas de conductas, pero que sus compañeros lo molestaban constantemente, lo criticaban por sus comportamientos, ya que no era muy bueno para los deportes y sacaba altas notas. Participaba constantemente en clase, tenía buenas notas, se esforzaba por estar en los primeros puestos. Recibía felicitaciones constantemente por parte de los profesores.

En la secundaria menciona que tenía muchos amigos, le gustaba realizar trabajos en grupo, participaba en actividades del colegio como pintura y arte, menciona que tenía habilidad para ello. Participaba en clase, tenía notas sobresalientes, le gustaba ser el mejor de la clase, por lo que se esforzaba en cumplir con los trabajos académicos. Menciona que al igual que en la primaria compañeros de su año y de años mayores lo criticaban por sus conductas y no jugar deportes. Lo insultaban o descalificaban por ello. No obstante, los profesores lo felicitaban por rendimiento.

En la universidad, según indica pudo a conocer a muchas personas nuevas y hacer nuevas amistades, menciona que era una competencia constante mantener el nivel académico, por la cantidad de trabajos y clases. Indica que se sentía bien al mantener un promedio académico alto y que sus compañeros de clase le pedían apoyo por sus notas. Tenía buena consideración por los docentes, por lo que en ocasiones se esforzaba por tener un rendimiento excelente y no disminuir ese concepto sobre él.

Historia de trabajo

Gabriel empezó a laborar luego de egresar de la universidad, con su bachiller a los 22 años, trabajo como diseñador y publicista, menciona que en su primera experiencia laboral quería causar buena impresión a sus jefes y compañeros. No tenía muchos amigos cercanos en el trabajo, pero compartió buenos momentos en la empresa y seguía los proyectos que se le daba. Indica que no tenía opción de ser totalmente creativo, ya que le daban parámetros listos para crear y hacer, pero a pesar de ello daba lo mejor de sí, y se esforzaba por cumplir con los requerimientos sobre él.

Refiere que el prefiere obtener experiencia en empresas para poder tener su propia consultora y generar proyectos individuales, donde pueda dejar llevar su creatividad.

Desarrollo psicosexual

Menciona Gabriel, que en el colegio siempre había compañeros que veían y llevaban pornográfica, lo que inicio su curiosidad sobre el sexo. Veía películas en la cuales tenía escenas de actos sexuales no explícitos, desde los 11 años. En su desarrollo comenzó a tener necesidad de masturbación por experimentación. Su primera relación sexual la tuvo a los 18 años. Ha salido y tenido citas tanto con chicas y chicos, pero considera que su primera relación en pareja de forma seria la tuvo a los 24 años con Marco.

Nunca recibió información o educación directamente por parte de sus padres, sino que el conocimiento que presenta sobre la sexualidad la obtuvo por amigos, charlas en el centro educativo o en la universidad. Los cuales estuvieron basados en métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. Mas no sobre orientación sexual.

Considera que para el es difícil iniciar intimidad o proponer realizarlo debido a miedo o desconfianza.

Educación y actitudes religiosas

El y su familia pertenecen a la religión católica, cuando cumplió los 7 años comenzaron a obligarlo a asistir a misa todos los domingos y algunos feriados. Refiere que “no era agradable levantarme temprano para ir allí”, pero a pesar de que no quería ir hacia un esfuerzo para ir con su madre y su padre, ha realizado el bautismo, primera comunicación y confirmación.

Refiere que actualmente no es muy cercano a las iglesias ni la religión, ya que no siente iniciativa de ir, ahora que es adulto solo va a misa cuando es por asuntos familiares, ya que luego de la misa realizan cenas o almuerzos donde interactúan los miembros de la familia en conjunto.

Hábitos e intereses

Gabriel menciona que disfruta dibujando, pintando o diseñando artículos, le encanta tomar fotos a paisajes o lugares vistosos, así como visitar museos u obras de arte. Le gusta la música, ver series de televisión por Netflix, ir al cine y bailar. Refiere que antes le agrada leer, pero no ha vuelto a realizar dicha actividad. Una de sus metas es poder viajar y conocer lugares turísticos en otros países.

Manifiesta que le entretiene la cerámica en frío y su pintura, pero que no ha tenido la oportunidad de perfeccionar esto en talleres, así como también salir a caminar e ir al gimnasio, lo cual lo hace esporádicamente. Le agrada capacitarse académicamente y ayudar en proyectos nuevos a sus compañeros.

Enfermedades y accidentes

No menciona haber estado hospitalizado o tener algún accidente. Refiere tener Asma y que de pequeño tenía crisis por lo que era llevado de emergencia al hospital y allí era controlado. Actualmente no ha vuelto a experimentar dicho problema.

Historia de interacción social

Con el mismo sexo:

Gabriel menciona que desde pequeño (3 a 5 años) tuvo facilidad para relacionarse y hacer nuevos amigos, pasando la mayor parte de tiempo jugando tanto con chicas y chicos en el centro inicial donde estudio. En esta etapa de su desarrollo jugaba con sus primos en las reuniones familiares que asistía.

Así mismo en la etapa escolar, nivel primaria y secundaria, no presentaba dificultades para conocer niños y niñas de su edad, frecuentemente participaba en el aula durante las horas de clase y compartía con amigos en el recreo. Por otro lado, indica que solo tenía un mejor amigo con el que jugaba y conversaba todos los días con él. Recuerda que en secundaria se sentía atraído por su mejor amigo, pero no le dijo nada debido al miedo de ser rechazado o que él se aleje y debilite la amistad.

En el nivel universitario, compartió y conoció a más chicos y chicas con facilidad debido a los trabajos en grupo, tuvo un mejor amigo también llamado Gabriel igual que el, señala que estudiaron juntos los 5 años, por lo que se hicieron buenos amigos. Ambos competían por quien tenía las mejores notas, sin embargo, a pesar de ello conversaban y pasaban tiempo juntos.

En su centro de labores, no tenía dificultad para iniciar conversaciones, era muy participativo en sus reuniones y conversaciones de trabajo, todo el grupo con el que trabajaba les parecía divertidos y graciosos según indica, sus jefes también “eran muy

graciosos y amables” según menciona, “siempre había algo para reír o pasarla bien”, disfrutaba estar con ellos, sobre todo aprender”.

Con el sexo opuesto:

Refiere Gabriel que, en su etapa de educación inicial, podía jugar con niños y niñas, pero cuando se sentía atraído por una chica intentaba acercarse, pero se sentía tímido y con falta de iniciativa en la conversación. Le costaba dar a conocer sus sentimientos.

En la etapa escolar, tanto en primaria como en secundaria, recuerda que tenía muchas amigas, hablaban con él y conversaban de forma dinámica. Recuerda que todos tenían apodos, y que se llamaban por apodos entre ellos. En ocasiones recuerda tener dificultad para iniciar conversación cuando una chica de otro salón le parecía muy atractiva y quería acercarse a conocerla.

A los 18 años, según recuerda conoció a una amiga de la universidad, con la cual tuvo su primera relación sexual, la conoció en clase al ayudarlo en su proyecto académico en el primer año de estudio. Comenta que ella se le acercó a pedirle ayuda y solo fue dos veces, debido a que tenía fama de estar con muchos chicos en la universidad, y esto era comentado por sus amigas de su grupo cercano. No quería ser criticado por ello o que lo molestaran por lo cual le dio vergüenza y dejó de verla. No obstante, mantiene comunicación con amigas de la universidad, a las cuales recuerda como muy graciosas y amables, en ocasiones tiene reencuentros y tiene facilidad para comunicarse.

Historia familiar

Datos familiares

A continuación, se presentan a los diferentes miembros de la familia y la relación que presentan en la interacción con el paciente.

Padre.

- **Nombre y Apellido** : Karlo M
- **Edad** : 58 años
- **Grado de Instrucción** : Técnico Superior
- **Ocupación** : Independiente

Actitudes del padre:

Su padre tiene 58 años trabaja de forma independiente. Secundaria completa y estudios técnicos superior. Según comenta Gabriel la relación con su padre era “muy fría”, casi no conversaban, desde su punto de vista “él es muy renegón, siempre estaba molesto y no podía conversar, porque se irritaba rápido”, siempre me cuestiona mis opiniones, es muy terco y le gusta hacer las cosas como el considera correctas. A veces nos alzamos la voz y me critica. Indica que su padre discute también con su madre y su hermana, por lo que ambas tienden a solo seguir sus reglas.

Madre

- **Nombre y Apellido** : Camila Z
- **Edad** : 64 años
- **Grado de Instrucción** : Técnico superior
- **Ocupación** : Ama de casa

Actitudes de la madre

Su madre tiene 46 años, trabaja de forma independiente temporalmente, actualmente ama de casa. Secundaria completa y estudios técnicos superiores. La relación con su madre es muy estrecha, con ella podía conversar, ayudarle, contarle sus cosas del colegio, ya que ella era comprensiva, cariñosa y gustaba mucho de su compañía. Recuerda que su madre le decía “que él puede ser el mejor de todos en el colegio, o donde solo debe esforzarse en lo que hace”. Su madre intenta que el mejore

la relación con su padre dándoles trabajos en común de remodelación del hogar o actividades de compras juntos.

Hermana.

- **Nombre y Apellido** : Cecilia MZ
- **Edad** : 20 años
- **Grado de Instrucción** : Estudiante universitaria
- **Ocupación** : Estudiante

Actitudes de la Hermana

Su hermana tiene 20 años, secundaria completa estudiante universitaria, labora temporalmente en Disney de intercambio cultural. Menciona que tiene una buena relación con su hermana, ella es cariñosa, comprensiva, conversadora y siempre tiene buen ánimo, es muy graciosa. Ella le pide ayuda con trabajos de la universidad o, debido a que Gabriel es creativo en el diseño, le ayude a crear nuevos logos en los proyectos de clase, ya que ella estudia administración de empresas. Comparte tiempo en común en vacaciones.

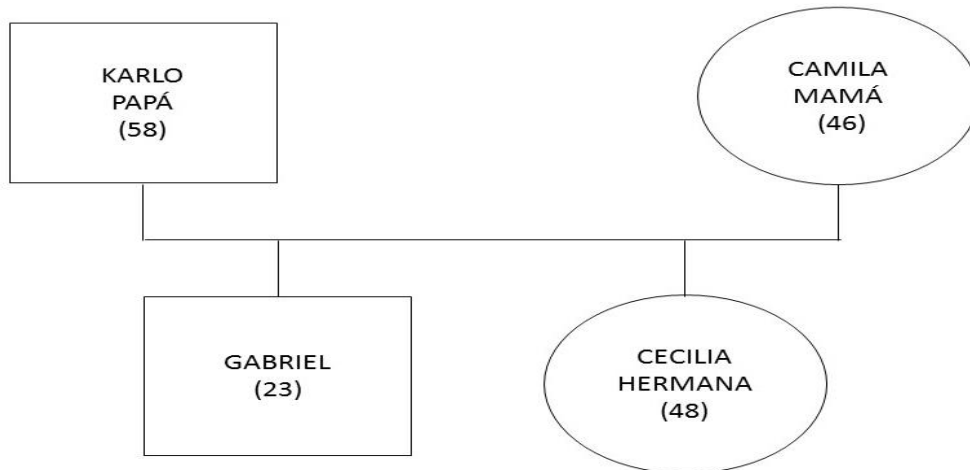
Antecedentes familiares

Refiere que una tía por parte de su madre tiene depresión. Así mismo que algunos de sus primos por parte del padre han llevado atención psicológica por ansiedad en la adolescencia.

Estructura familiar

Figura 5.

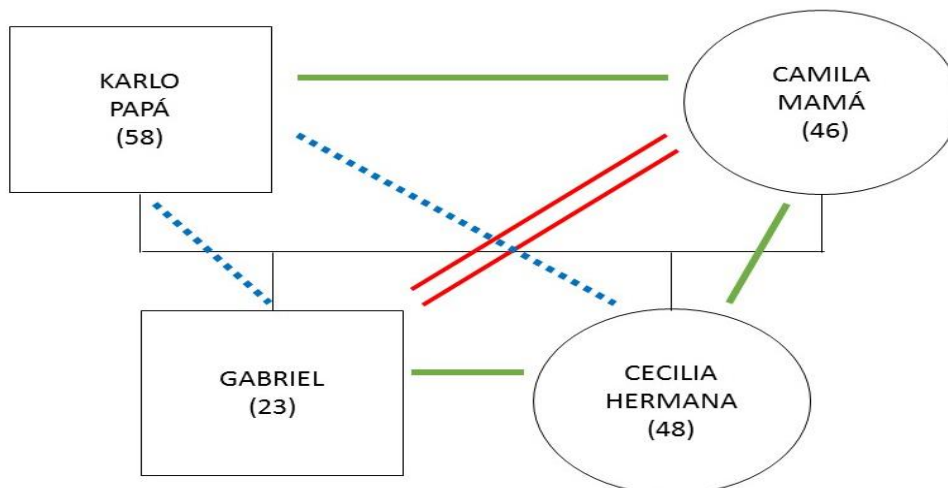
Genograma de la familia de Gabriel



Interacción familiar:

Figura 6.

Genograma de interacción de la familia de Gabriel



Evaluación psicométrica

De acuerdo a los instrumentos utilizados se presentan los siguientes informes de evaluación:

Inventario de depresión de Beck

En la tabla 3 se observan los puntajes obtenidos del inventario de depresión de Beck

Tabla 3.

Puntajes del inventario de depresión de Beck

PUNTAJE TOTAL	CATEGORIA
24	Depresión moderada

Interpretación de resultados

De acuerdo al puntaje obtenido del inventario de depresión de Beck, el evaluado se ubica en la categoría depresión moderada.

Recomendaciones y sugerencias.

Se recomienda la aplicación de técnicas cognitivas y conductuales, enfocado a la modificación y reestructuración de pensamientos, con la finalidad de que cuestionar y flexibilizar sus pensamientos automáticos distorsionados.

Inventario de ansiedad de Beck

En la tabla 4 se observan los puntajes obtenidos de ansiedad de Beck

Tabla 4.

Puntajes del inventario de ansiedad de Beck

PUNTAJE TOTAL	CATEGORIA
30	Ansiedad moderada

Interpretación de resultados

De acuerdo al puntaje obtenido en el inventario de ansiedad de Beck, el evaluado se ubica en la categoría ansiedad moderada, en el cual se señalan síntomas fisiológicos, emocionales y cognitivos referentes al miedo de no poder controlar las sensaciones.

Recomendaciones y sugerencias

Se recomienda la aplicación técnicas cognitivas y conductuales, con el fin de disminuir los síntomas fisiológicos y emocionales, con el fin de poder afrontar de forma saludable las sensaciones y situaciones que producen ansiedad.

INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYNSECK

En la tabla 5 se observar los puntajes obtenido del inventario de personalidad de Eynseck

Tabla 5.

Indicadores de personalidad de Eynseck

PUNTAJE	ÁREA	CATEGORIA
15	EXTROVERSION	T. EXTROVERSION
7	INESTABILIDAD	T. ESTABILIDAD

Interpretación de resultados

De acuerdo al puntaje obtenido en el inventario de personalidad de Eynseck, el evaluado en el área de Extroversión – Introversión, presenta

tendencia a realizar comportamientos extrovertidos, es decir tiene capacidad para iniciar o mantener una conversación, mencionar sus sentimientos y emociones a personas de confianza y poder sentirse cómodo en espacios y actividades grupales. Por otro lado, en el área de Estabilidad – Inestabilidad, presenta tendencia a realizar comportamientos estables es decir realiza comportamientos planificados, manejando las consecuencias de sus actos, intentando disminuir aspectos impulsivos de su comportamiento, sin embargo, puede llegar a vivir las emociones de forma intensa cuando no puede controlar o solucionar problemas por sí solo.

Recomendaciones y sugerencias

Se recomienda la aplicación técnicas cognitivas y conductuales, con el fin de reestructurar ideas y pensamientos de control de consecuencias y mejorar la habilidad de solución de problemas.

Inventario de personalidad de Millon para adultos

Resultados

En la tabla 6 se observar los puntajes obtenido del inventario de personalidad de Millon

Tabla 6.

Indicadores de personalidad de Millon

P. B	P.T	RASGOS INDICES ELEVADOS
52	96	COMPULSIVO
25	100	DISTIMIA
25	100	NARCISISTA

Interpretación de resultados

De acuerdo al puntaje obtenido en el inventario multiaxial de personalidad de Millón, el evaluado presenta rasgos elevados en el Patrón Compulsivo, es decir tiende a aceptar las condiciones que les imponen los demás. Su conducta es prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social, resuelve esta dificultad no sólo suprimiendo el resentimiento sino también sobre aceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás. Así mismo presenta rasgos clínicos elevados de Ansiedad mostrando sensaciones de tensión, indecisión e inquietud, tendiendo a quejarse de malestares físicos como excesiva sudoración, dolores musculares o presión. Muestran estado generalizado de tensión manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Indicadores elevados de síntomas clínicos de Distimia lo cual refiere sentimientos de desánimo o culpabilidad, carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. Puede darse conductas de llantos, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso, pobre concentración, pérdida marcada de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.

Recomendaciones y sugerencias

Se recomienda la aplicación técnicas cognitivas y conductuales, con el fin de disminuir los síntomas fisiológicos y emocionales, psicoeducar y modificar el comportamiento creando hábitos saludables, reestructurando y flexibilizando ideas para el mejor afrontamiento de situaciones estresantes.

Escala de autoestima de Rosemberg

Resultados

En la tabla 7 se observar los puntajes obtenido de la escala de autoestima de Rosemberg

Tabla 7.

Puntajes de autoestima de RosseMBERG

PUNTAJE TOTAL	CATEGORIA
27	Autoestima media

Interpretación de resultados

De acuerdo al puntaje obtenido en la escala de autoestima de Rosemberg el evaluado se ubica en la categoría autoestima media, en el cual se señalan adecuadas percepciones sobre si mismo.

Recomendaciones y sugerencias

Se recomienda la aplicación técnicas cognitivas y conductuales, con el fin de flexibilizar las percepciones del evaluado sobre si mismo, los demás y el futuro, para una mejora en la valoración de sus propias conductas.

Test de matrices progresivas de Raven

Resultados

En la tabla 8 se observan los puntajes obtenidos de inteligencia de Raven

Tabla 8.*Puntajes de inteligencia de matrices progresivas de Raven*

P.B	PARCIAL	CATEGORIA
46	75	Superior al término medio

Interpretación de resultados

De acuerdo al puntaje obtenido en el test de inteligencia de Raven, el evaluado se ubica en la categoría Superior al término medio, el cual indica que presenta capacidad para el análisis perceptual y solución de problemas.

Recomendaciones y sugerencias

Se recomienda la aplicación técnicas cognitivas y conductuales, con el fin de desarrollar la habilidad de solución de problemas y toma de decisiones.

Informe de registro de opiniones de Albert Ellis**Resultados**

En la tabla 9 se observan los puntajes obtenidos del registro de Opiniones de Albert Ellis

Tabla 9.

Puntajes de creencias irracionales de registro de opiniones de Ellis

N°	CREENCIA IRRACIONAL	Ptj.
1	Es una necesidad absoluta tener el amor y la aprobación de las demás personas	08
2	Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos	06
3	Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas	06
4	Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera que me gustaría	04
5	Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reacciona en medida que estas provocan reacciones.	07
6	Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocido e incierta	06
7	Es mas fácil evitar que el enfrenar las dificultades y responsabilidades de la vida	06
8	Necesitamos de algo o alguien mas grande y fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos	05
9	Los hechos de nuestros pasado tienen mucha importante para determinar nuestro presente	01
10	La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final	03

Interpretación de resultados

De acuerdo al puntaje obtenido en el registro de opiniones de Raven, el evaluado presenta un puntaje total de 46, mencionando que presenta mayor puntaje en las creencias N°1 *“Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas y , N°5 “Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reacciona en medida que estas provocan reacciones”.*

Recomendaciones y sugerencias

Se recomienda la aplicación técnicas cognitivas y conductuales, con el fin de modificar las creencias irracionales, siendo mas flexibles y saludables para el evaluado.

En la tabla 10 se puede observar el registro de conductas problemas de la variable depresión según su frecuencia semanal

Tabla 10.

Lista de conductas problemas: depresión frecuencia semanal (pre-test)

Área	Conductas	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	Frecuencia
		1	2	3	4	5	6	7	
FISIOLÓGICO	Sudoración	x	x	x	x	x	X	x	7
	Temblor de manos	x	x	x	x	x	X	x	7
	Aceleración de la respiración	x	x	x	x	x	X	x	7
	Aceleración del ritmo cardiaco	x	x	x	x	x	X	x	7
	Presión en el pecho	x	x	x	x	x	X	x	7
	Presión en la garganta	x	x	X	x	x	x	x	7
EMOCIONAL	Emociones: Tristeza, frustración,	x	x	X	x	x	x	x	7

Avanzar proyecto de tesis									0
Dibujar									0
Pintar									0
Tomar fotos									0
Quedarse en la habitación	X	x	x	x	x	x	x	x	7
Mencionar su sexualidad a su familia									0

Diagnostico clínico

De acuerdo a la entrevista clínica semiestructurada basada en los indicadores del CIE 10 y DSM 5, se puede mencionar que el paciente presenta el siguiente diagnóstico:

De acuerdo al Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales (DSM-5), el paciente presenta el diagnóstico de:

Trastorno depresivo mayor moderada (296.22)

Presentando los siguientes síntomas depresivos por más de dos semanas:

- ❖ Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, según desprende de la información subjetivo o de la observación de otras personas.
- ❖ Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
- ❖ Insomnio casi todos los días

- ❖ Retraso psicomotor casi todos los días
- ❖ Fatiga o pérdida de energía
- ❖ Sentimiento de culpa excesiva casi todos los días
- ❖ Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones todos los días
- ❖ Efectos fisiológicos no atribuibles a consumo de sustancias o de otra afectación medica

Y síntomas de ansiedad como:

- ❖ Sensación de nervio o tensión
- ❖ Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones
- ❖ Miedo a que pueda pasar lo peor.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10) el paciente presenta el siguiente diagnóstico:

Episodio depresivo mixto (F32.1)

Presentando los siguientes síntomas por más de dos semanas:

- ❖ Disminución de la atención y concentración
- ❖ Pérdida de la confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad
- ❖ Ideas de culpa e inutilidad
- ❖ Perspectiva sombría del futuro
- ❖ Pérdida de interés o la capacidad de disfrutar actividades que anteriormente eran placenteras.
- ❖ Pérdida de agitación psicomotora
- ❖ Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos ambientales placenteros.

Diagnostico funcional

Problema. Conductas depresivos y evitación en interacción social fuera de casa.

Adaptativas

- Comunicación con su madre
- Aseo personal
- Alimentación
- Sueño

No adaptativas

- Conductas Depresivas

Análisis funcional

Depresión:

Definición Operacional: Comportamiento que se caracteriza por emociones como tristeza, culpa, frustración, vergüenza y miedo, experimentando dificultad para dormir, temblor en mano, aceleración del corazón y respiración. Apatía y desinterés por actividades que anteriormente causaban placer. Aislamiento social, llanto, pensamientos negativos sobre sí mismo, los demás y el futuro. Los cuales se dan de forma diaria y duran mas de dos semanas.

Estímulos discriminativos

Externos

- ❖ Al almorzar con su familia
- ❖ Conversar o interactuar con su padre
- ❖ Conversar o interactuar su hermana
- ❖ Recibir mensajes de invitación de amigos por redes sociales
- ❖ Ver las redes sociales de sus amigos

Internos

- ❖ Recordar las conversaciones con su ex pareja
- ❖ Recordar la expresión de su madre al contarle sobre su sexualidad
- ❖ Recordar comentarios de sus familiares sobre personas homosexuales
- ❖ Percibir que le oculta información a su padre y hermana.
- ❖ Recordar experiencias con compañeros de trabajo preguntando sobre su sexualidad
- ❖ Recordar experiencias con amigos cercanos preguntando sobre su sexualidad

Variables organísmicas

E1: Condiciones ambientales históricas responsables de aprendizaje y constitución de la personalidad:

- ❖ Temperamento extrovertido
- ❖ Rasgos de personalidad narcisista y compulsiva
- ❖ Poca comunicación con los padres referente a la sexualidad
- ❖ Insultos y burlas de compañeros de clase y trabajo
- ❖ Creencias irracionales N°1 necesito ser amado y aceptado por las personas significativas de mi entorno
- ❖ Creencia irracional N°5 las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en medida en que estas provocan emociones.

E2: Condiciones biológicas actuales que pudieran afectar a los ya aprendidos repertorios básicos de conducta

- ❖ No refiere tratamiento farmacológico

03: Condiciones biológicas actuales que pueden interferir en las condiciones ambientales actuales:

- ❖ Vulnerabilidad biológica

- ❖ Terminó de relación de pareja
- ❖ Problemas en la interacción con amigos
- ❖ Problemas en la interacción familiar

Respuestas

Motor

- ❖ Se queda en la habitación,
- ❖ Llorar
- ❖ Escucha música
- ❖ Se queda callado
- ❖ Se aísla de la familia
- ❖ Se aísla de los amigos
- ❖ Deja de ir al trabajo
- ❖ Dejar de ir al gimnasio
- ❖ Dejo de avanzar la tesis
- ❖ Dejo de dibujar, pintar y tomar fotos.

Cognitivo

Pensamiento sobre sí mismo:

- ❖ “No soy masculino”,
- ❖ “siento colera hacia mí”,
- ❖ “no quiero tener esto”,
- ❖ “tengo algo malo en mí”.
- ❖ “tan notorio es mi sexualidad”,
- ❖ “no soy masculino”.

Pensamientos sobre los demás:

- ❖ “no me van a aceptar”,
- ❖ “me van a mirar diferente mis amigos”,
- ❖ “me van a rechazar”,
- ❖ “se van a decepcionar de mi”,
- ❖ “que pensara mi papá y mi hermana”,
- ❖ “le estoy ocultando información a mi familia”.

Pensamientos sobre su futuro:

- ❖ “no cumplir mis metas”,
- ❖ “no tendré una familia, ni hijos”,
- ❖ “Que será de mi en el futuro”.

Emocional

- ❖ Tristeza (7/10),
- ❖ Frustración (8/10),
- ❖ Culpa (7/10),
- ❖ Miedo (9/10),
- ❖ Colera (5/10)
- ❖ Vergüenza (6/10)

Fisiológico

- ❖ Sudoración,
- ❖ Temblor de manos,
- ❖ Aceleración de la respiración
- ❖ Aceleración del ritmo cardiaco,
- ❖ Sensación de presión en el pecho

- ❖ Sensación de presión en la garganta.

Estímulos Reforzadores

Externos

- ❖ Revisar redes sociales (R-)
- ❖ Escuchar música (R-)
- ❖ Conversar con su mamá, sin hablar de su sexualidad (R-)
- ❖ Los amigos dicen que es buen alumno y le envían mensajes por redes. (R+)
- ❖ Su padre y hermana lo invitan a ver películas juntos. (R-)
- ❖ Sensación de tranquilidad y alivio (R-)

Internos

- ❖ “Talvez tengo al malo” (R+)
- ❖ “tengo que decirles, no debo ocultarlo” (R+)
- ❖ “el problema soy yo” (R+)
- ❖ “no sé qué voy hacer” (R+)
- ❖ “los estoy tratando diferente” (R+)

Parámetros:

- ❖ Duración: Mas de dos semanas
- ❖ Frecuencia: Diario
- ❖ Latencia: Inmediata

Tabla 11.

Análisis funcional del comportamiento depresivo en Gabriel

Depresión: Comportamientos que se caracteriza por emociones como tristeza, culpa, vergüenza, apatía y cólera, pensamientos disfuncionales sobre sí mismo, los demás y el futuro. Evidencia aislamiento social, pérdida de interés, autocrítica e inseguridad, estas conductas tienen frecuencia diaria, todo el día.

Antecedentes Estímulos discriminativos	Variable orgánica	Respuesta: Depresión	Consecuencias Estímulos reforzantes
<p>Externos Al almorzar con su familia Conversar o interactuar con su padre Conversar o interactuar su hermana Recibir mensajes de invitación de amigos por redes sociales Ver las redes sociales de sus amigos</p> <p>Internos: Recordar las conversaciones con su ex pareja Recordar la expresión de su madre al contarle sobre su sexualidad Recordar comentarios de sus familiares sobre personas homosexuales Percibir que le oculta información a su padre y hermana. Recordar experiencias con compañeros de trabajo preguntando sobre su sexualidad Recordar experiencias con amigos cercanos preguntando sobre su sexualidad</p>	<p>01: Condiciones biológicas históricas potencialmente responsable en la constitución de la personalidad: Temperamento extrovertido y evitativo, rasgos narcisistas y compulsivos. Creencia irracional: necesidad de ser aceptado y aprobado por todos.</p> <p>02: Condiciones biológicas actuales que pueden afectar a los ya aprendidos repertorios básicos de la conducta: No refiere ingesta de fármacos</p> <p>03: Condiciones biológicas actuales que pueden interferir en las condiciones ambientales actuales: Vulnerabilidad biológica, termino de relación de pareja, problemas en la interacción con amigos y familia.</p>	<p>Fisiológica: Sudoración, temblor de manos, aceleración de la respiración y ritmo cardíaco, sensación de presión en el pecho, y garganta.</p> <p>Motora: Se queda en la habitación, llorar, escucha música, se queda callado, Se aísla de la familia y de los amigos, deja de ir al trabajo, al gimnasio, dejo de avanzar la tesis, dibujar pintar y tomar fotos.</p> <p>Emocional: Tristeza (7/10), Frustración (8/10), Culpa (7/10), Miedo (9/10), Colera (5/10) y Vergüenza (6/10)</p> <p>Cognitivo: Pensamiento sobre sí mismo: "No soy masculino", "siento colera hacia mí", "no quiero tener esto", "tengo algo malo en mí". "tan notorio es mi sexualidad", "no soy masculino". Pensamientos sobre los demás: "no me van a aceptar", "me van a mirar diferente mis amigos", "me van a rechazar", "se van a decepcionar de mí", "que pensara mi papá y mi hermana", "le estoy ocultando información a mi familia". Pensamientos sobre su futuro: "no cumplir mis metas", "no tendré una familia, ni hijos", "Que será de mi en el futuro".</p>	<p>Externas: Revisar redes sociales (R-) Escuchar música (R-) Conversar con su mamá, sin hablar de su sexualidad (R-) Los amigos dicen que es buen alumno y le envían mensajes por redes. (R+) Su padre y hermana lo invitan a ver películas juntos. (R-) Sensación de tranquilidad y alivio (R-)</p> <p>Internas: "Talvez tengo al malo" (R+) "tengo que decirles, no debo ocultarlo" (R+) "el problema soy yo" (R+) "no sé qué voy hacer" (R+) "los estoy tratando diferente" (R+)</p>

Programa de intervención cognitivo conductual

Establecimiento del repertorio de entrada

Línea base de la conducta problema de depresión

Conductas Pre recurrentes

Capacidad de seguimiento de instrucciones

Capacidad de adecuada atención

Capacidad de observación, retención e imitación

Elaboración del programa de tratamiento

Este caso clínico cuenta con un programa cognitivo conductual elaborado por sesiones en las cuales se desarrolló la elaboración de la historia clínica, el análisis funcional de las respuestas del paciente, antecedentes y consecuencias que mantienen dicha conducta, sumado a la evaluación psicológica a través de instrumentos psicométricos. Luego de ello se describe las técnicas usadas por sesiones y como se desarrollaron. Toda esta información se describe en la siguiente tabla.

Tabla 12.

Plan de tratamiento cognitivo conductual por sesiones

EVALUACION PSICOLOGICA		
N°	TECNICAS	ACTIVIDADES
SESIONES		
Sesión N°1	Entrevista Psicológica	Consentimiento informado. Datos de filiación. Observaciones generales y motivos de consulta
Sesión N°2	Entrevista Psicológica	Elaboración de historia clínica cognitiva conductual. Aplicación de inventario de Ansiedad y Depresión de Beck. Y escala de Autoestima de Rossemer

Sesión N°3	Entrevista Psicológica	Elaboración de historia clínica cognitiva conductual. Aplicación del Inventario Multiaxial de Millon.
Sesión N°4	Entrevista Psicológica	Elaboración de histórica clínica cognitiva conductual. Aplicación de Pruebas de matrices progresivas RAVEN.
Sesión N°5	Entrevista Psicológica	Elaboración de historia clínica cognitiva conductual. Aplicación de Registro de opiniones de Ellis. Y registro conductual de actividades diarias.

INFORME PSICOLOGICO

Sesión N°6	Procesamiento de Datos.	Elaboración de informe psicológico de las pruebas aplicadas y registros. Devolución al paciente.
-------------------	-------------------------	--

PROGRAMA DE INTERVENCION COGNITIVA CONDUCTUAL

N°	TECNICAS	ACTIVIDADES
SESIONES		
Sesión N°1	Psicoeducación	Dar a conocer las características y consecuencias de la depresión y ansiedad. A nivel emocional, cognitivo y fisiológico
Sesión N°2	Técnicas de relajación	Entrenamiento en el uso de Respiración diafragmática y reconocimiento de las unidades subjetivas de disturbio (SUDS). Registro de aplicación de la técnica y SUDS. (tarea en casa)
Sesión N°3	Técnicas de Relajación	Revisión de las actividades de la semana pasada y SUDS. Entrenamiento en relajación muscular progresiva (Cabeza, cuello, espalda, hombros, brazos y piernas). Aplicación de las técnicas en casa (tarea para la casa)
Sesión N°4	Psicoeducacion en TCC	Explicación del modelo cognitivo relación entre pensamientos y emociones, y conductual en el aprendizaje y mantenimiento de comportamientos y

			<p>pensamientos. Registro de pensamientos y conductas. (tarea en casa)</p>
Sesión N°5	Reestructuración Cognitiva		<p>Identificación de pensamientos automáticos a través de registro de pensamientos en el consultorio. Expresión de emociones. Registro de pensamientos (tarea en casa)</p>
Sesión N°6	Terapia Emotiva	Racional	<p>Debate o refutación de creencias irracionales e incorporación de creencias sobre Necesidad de amor y aprobación. Tarea activa (Contraste con la Realidad)</p>
Sesión N°7	Terapia Emotiva	Racional	<p>Discriminar creencias irracionales e incorporación de creencias sobre Necesidad de amor y aprobación. Tareas Activas (Contraste con la realidad)</p>
Sesión N°8	Terapia Emotiva	Racional	<p>Referencia o descripción global de situaciones donde se dan estas creencias irracionales e incorporación de creencias adaptativas Tareas Activas. (Contraste con la realidad)</p>
Sesión N°9	Programación de actividades	de	<p>Planificación de actividades físicas, sociales y recreativas acorde a su estilo de vida.</p>
Sesión N°10	Programación de actividades	de	<p>Planificación de actividades laborales, académicas y familiares acordes a su estilo de vida.</p>
Sesión N°11	Autocontrol (Auto observación)	(Auto	<p>Registro de características adecuadas y positivas de si mismo, que realiza en su vida cotidiana que no se percibían.</p>
Sesión N°12	Autocontrol (Auto - instrucciones)	-	<p>Registro de afirmaciones positivas antes, durante y después de realizar conductas planificadas.</p>
Sesión N°13	Autocontrol reforzamiento	(Auto-	<p>Lista de reforzadores que pueden ser auto aplicados ante que conduzcan que</p>

			favorezcan su plan de actividades y estado emocional
Sesión N°14	Solución de problemas	de	Entrenamiento y practica de los 5 pasos para la solución de problemas y el uso de la balanza decisional.
Sesión N°15	Entrenamiento comunicación asertiva		Explicación de los tipos de comunicación (agresiva, pasiva y asertiva). Entrenamiento en comunicación asertiva
Sesión N°16	Entrenamiento Habilidades Sociales		Entrenamiento de habilidades para el afrontamiento de la crítica y exposición de opiniones personales.
Sesión N°17	Jerarquización de situaciones	de	Lista de situaciones y jerarquización por intensidad, donde el paciente tendrá que opinar sobre su sexualidad.
Sesión N°18	Exposición encubierta		Entrenamiento encubierto sobre el proceso de exposición en la comunicación sobre de su sexualidad
Sesión N°19	Exposición en vivo		Exponer ante sus padres y hermana su sexualidad.
Sesión N°20	Prevención de Recaída	de	Detección de situaciones de alto riesgo y desarrollo de estrategias de afrontamiento.
Sesión N°21	Proyecto de vida		Reconocimiento de lo avances y limitaciones en terapia. Establecimiento de metas a corto y largo plazo
Sesión N°22	Evaluación Post Test		Aplicación de inventario de ansiedad y depresión de Beck, y escala de autoestima de Rosenber.
Sesión N°23	Evaluación Post Test		Aplicación del Registro de Opiniones de Ellis. Registro Conductual de actividades.
Sesión N°24	Evaluación Post Test. Finalización		Devolución de los avances del programa de intervención.

SEGUIMIENTO MENSUAL POR 6 MESES

Técnicas cognitivas conductuales aplicadas.

Se diseñó un programa de tratamiento acorde a los objetivos encontrados después de la evaluación, para lo cual se elaboró una lista de técnicas con el fin de lograr eficiencia durante la intervención, las cuales se explican a continuación:

Psicoeducación: Esta técnica tuvo como objetivo en primera instancia dar a conocer al paciente toda la información referente a su diagnóstico (síntomas, signos, conductas y pensamientos recurrentes, etc.) con el fin de poder resolver todas las dudas sobre el mismo y motivarlo a superarlo. En un segundo momento, se entrenó en los principios de aprendizaje y mantenimiento de las conductas, los cuales pueden ser modificados a través del uso de técnicas cognitivas y conductuales entrenadas en próximas sesiones.

Técnicas de relajación: el objetivo fue entrenar al paciente en técnicas de respiración diafragmática y muscular, con el fin de generar sensación de tranquilidad ante los síntomas fisiológicos. Generando confianza y motivación en el afrontamiento.

Reestructuración cognitiva: Tiene como objetivo poder enseñar al paciente como los pensamientos pueden influir en la forma en que percibimos las situaciones afectando de manera directa como vivimos las emociones e interactuamos en el contexto. Estos pensamientos son automáticos y provienen de un esquema cognitivo aprendido desde la infancia. Así mismo se instruye al paciente en como estos pensamientos se aprenden y se mantienen en el tiempo. Por lo que se entrenó al paciente en identificar, describir, analizar pensamientos automáticos y cambiarlos por pensamientos reales y flexibles.

Terapia Racional Emotiva: tuvo como objetivo identificar el esquema prevalente en el paciente (necesidad de amor y aprobación por los demás), y entrenarlo a través de las estrategias de debate, redefinición, discriminación y contraste con la realidad modificar estos esquemas a uno más flexible y real para el paciente. Para lo cual se explicó el modelo A-B-C-D-E de la terapia racional emotiva, donde A es el evento actividad, B los pensamientos o esquemas sobre el evento, C las respuestas emocionales y conductuales influenciadas por el

pensamientos, y D es la aplicación de las técnicas de debate y reformulación del pensamiento evaluando la validez del mismo modificándolo a uno más adaptativo, y por último la E, es el cambio logrado por el paciente a un pensamiento más racional.

Programación de actividades: el objetivo de esta técnica es poder incrementar actividades que mejoren la calidad de vida del paciente y refuercen su autoeficacia. Se dividió en dos momentos, el primero consistió en elaborar un listado de actividades basado en metas de áreas de recreación (pitar, dibujar, leer), estilo de vida (salir a caminar, hacer ejercicios), comunicación social (conversar con amigos presencial o virtual, salir con amigos a fiestas o paseos) y familiar (conversar con sus padres y hermanos, o hacer actividades recreativas) para fomentar la autoeficacia. Para lo luego realizarlo en actividades que anteriormente existió experiencias negativas significativas, como el área laboral (volver al trabajo y/o buscar trabajo nuevo o independiente) y educativa (buscar asesor y avanzar su tesis).

Autocontrol: Este objetivo tuvo como objetivo que el paciente pueda reconocer sus habilidades y comportamientos por mejorar ante situaciones donde se perciba criticado o no aceptado. Para lo cual se dividió esta técnica en tres fases. Primero se elaboró la autoobservación, donde se enseñó al paciente que ante cualquier situación estresante perciba las respuestas adecuadas y no adecuadas ante el evento. En segunda fase, se entrenó al paciente a través del role playing los beneficios de responder de forma adecuada ante situaciones estresantes, realizando una lista de beneficios que adquiriría el paciente con una respuesta adecuada ante el evento estresante. Y por último, luego de poder observar, y realizar conductas adecuadas para el afrontamiento del problema, en la tercera fase, se entrena que luego de realizar el comportamiento adecuado de afrontamiento se debe auto reforzar por si mismo de forma social (verbalizar frases como “esta bien”, “lo lograste”, “si pudiste hacerlo”, etc) y de forma externa (comidas favorita, postres, salidas con amigos o padres) donde pueda comentar su eficiencia de solución ante el problema.

Solución de problemas: esta técnica tiene como objetivo entrenar al paciente en poder describir y plantear problemas, proponer soluciones, tomar decisiones y asumir las

consecuencias de la misma. La finalidad principal es poder resolver situaciones complejas anteriormente experimentadas o nuevas, con el fin que no se interrumpan sus actividades previamente planificadas y de favorecer la calidad de vida, para lo cual se utilizó experiencias de su vida diaria y experiencias estresantes. Para lo cual a través de esta estrategia el paciente pueda realizarlo en forma de experimentación como tarea en su día a día.

Comunicación asertiva: Esta técnica tiene como objetivo que el paciente aprenda a responder de manera asertiva ante preguntas que puedan ser incómodas o críticas de su entorno que genere malestar, ya que anteriormente respondía de forma impulsiva, evitando, gritando o huyendo de la situación. Para la cual se entrenó al paciente en los tipos de comunicación, la circularidad de la comunicación, y como una respuesta con un tono de voz adecuados y gestos adecuados proponen una mejora en la comunicación.

Entrenamiento en Habilidades sociales- afrontamiento de la crítica: Este objetivo tiene como finalidad poder instruir al paciente en reconocer que las críticas que se desarrollen por amigos, familiares o en el área laboral, se hace énfasis en conductas específicas, en momentos específicos, con la finalidad de tolerar o perder el temor ante la exposición a opiniones. Por lo que se entrena al paciente en poder aceptar la crítica, preguntar cuál fue el comportamiento se le critica, analizar la conducta, generar una conducta alterna.

Exposición en vivo: este objetivo tiene como finalidad generar estrategias de afrontamiento ante la decisión de decirle a sus padres sobre su orientación sexual. Para lo cual se entrenó primero de manera encubierta, realizando una lista de posibles situaciones donde el paciente tendría que comunicar su orientación. Lo cual se fue entrenando usando todas las técnicas previamente utilizadas, con el fin de que el paciente pueda crear el entorno para realizar la conversación con sus padres. Segundo después de afrontar las situaciones a través de la imaginación, se realizó role playing en el consultorio, con el fin de mejorar y dar estrategias de forma directa en la situación, y por último comunicarse con sus padres, de acuerdo al planteamiento de solución realizado

Prevención de Recaída: tiene como objetivo poder discriminar situaciones complejas donde lo aprendido puede haberse afectado y no realizar comportamientos adaptativos, para lo cual se creó una lista de posibles situaciones complejas en las cuales el paciente se sienta expuesto o rechazado con el fin de que no interrumpa su plan de actividades. Y si fuera el caso, donde el malestar fuera intenso e interrumpa el comportamiento, poder ser flexible al aprendizaje visualizando los aciertos y errores en el afrontamiento.

Procedimientos

Para poder elaborar el siguiente trabajo clínico en primero instancia se le consulto al paciente el uso y autorización de su información para su desarrollo, luego se realizo la firma de consentimiento informado y clarificación del proceso de creación del trabajo. Se le indico al paciente los pasos a seguir para luego, iniciar con el proceso de evaluación clínica, intervención psicológica, y e evaluación post tratamiento para medición de resultados.

III. RESULTADOS

Análisis de resultados

Luego de la intervención a través del programa de tratamiento cognitivo conductual en el caso de Gabriel, el cual estuvo conformado por 24 sesiones realizadas de manera semanal. Los resultados evaluados a través de los diferentes instrumentos se detallan a continuación:

Los niveles de depresión observados en el pre tratamientos, luego de la intervención disminuyeron como se observa en la figura 7, en la evaluación post tratamiento. Evidenciando la eficiencia del tratamiento en depresión. Ya que el inicio del tratamiento el paciente presentaba según el inventario de depresión de Beck, un puntaje de 24 indicando depresión moderada, y al terminar el tratamiento el paciente obtiene un puntaje de 4, no indicadores de depresión.

Figura 7.

Indicadores de depresión pre y post tratamiento según el inventario de depresión de Beck.

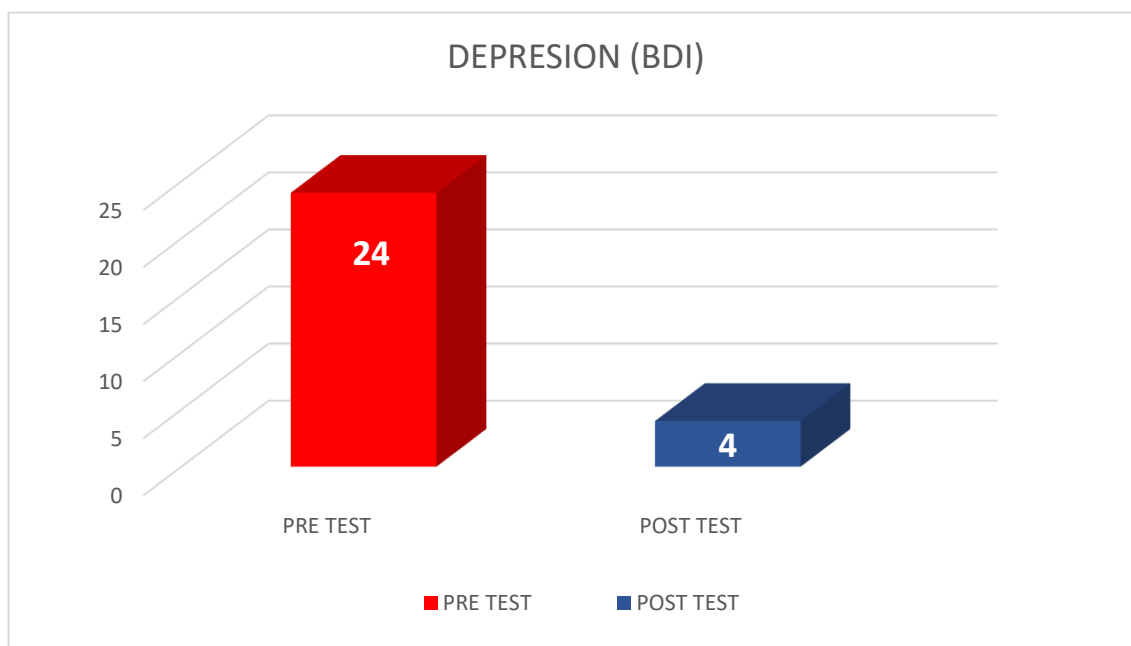
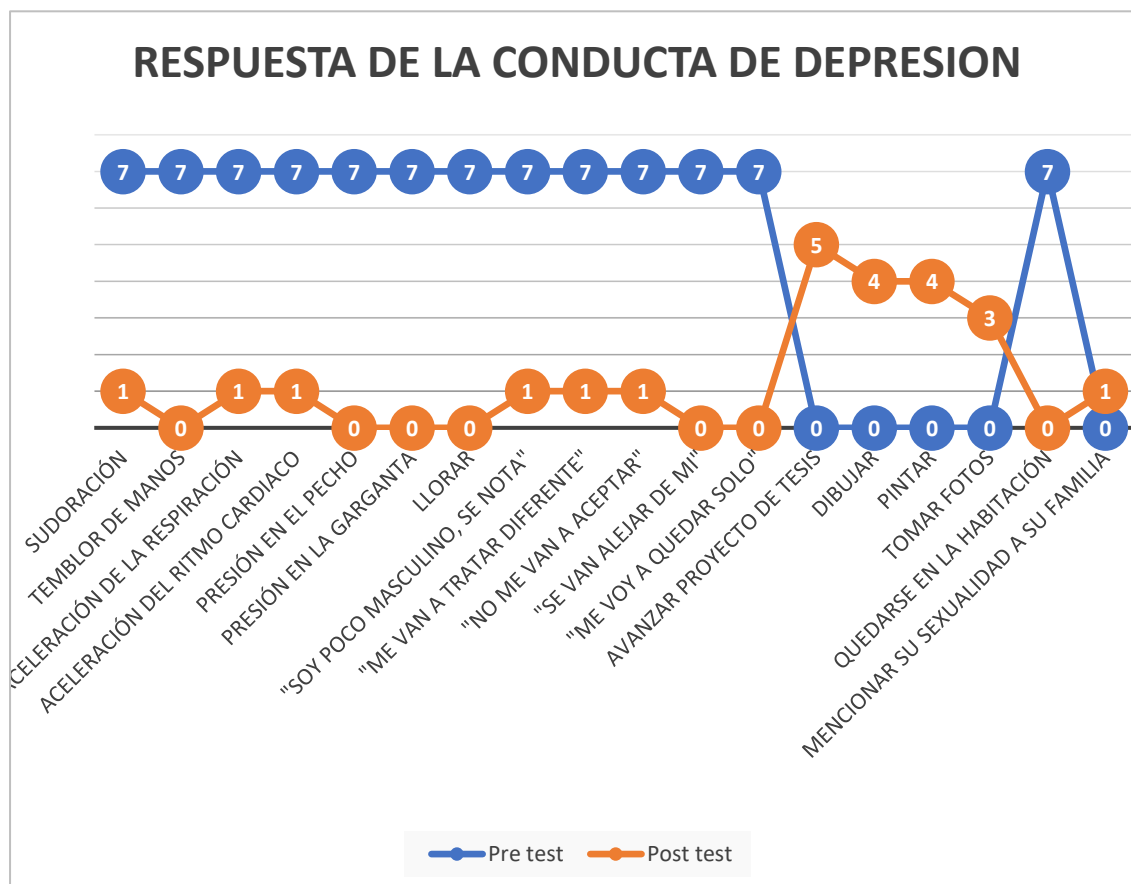


Figura 8.

Frecuencias de respuestas de la conducta de Depresión según Pre y Post tratamiento.

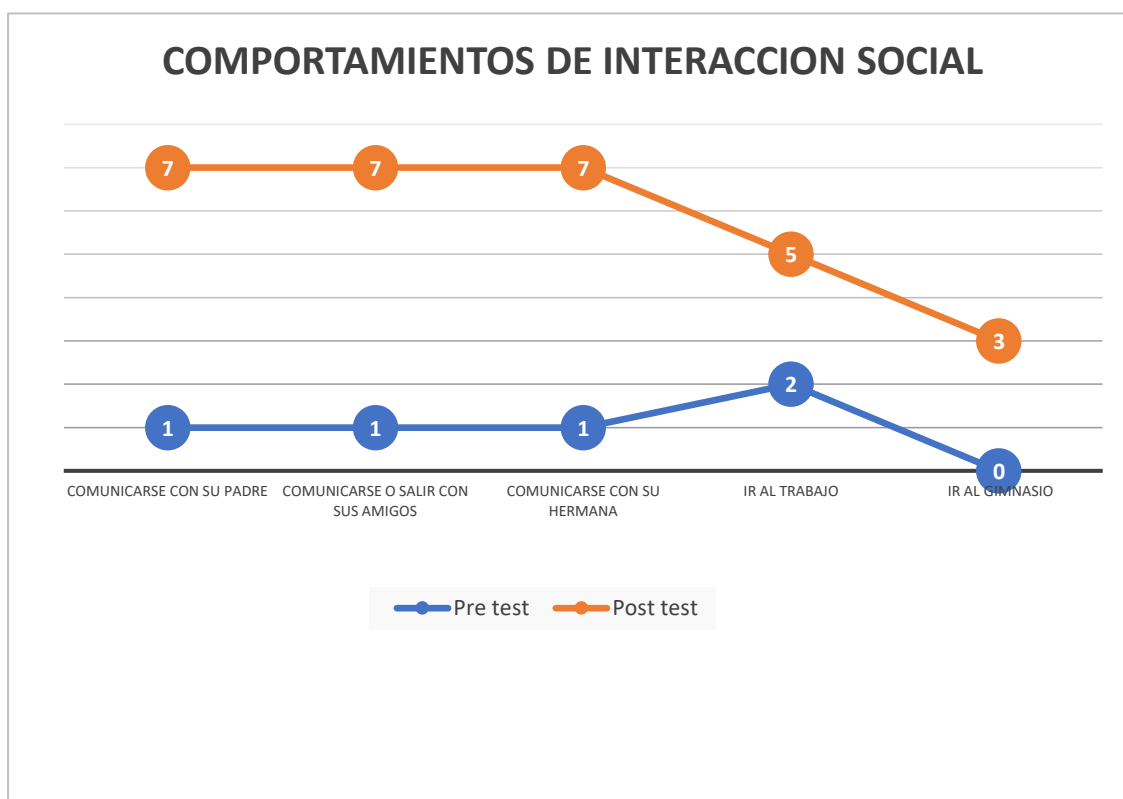


Resultados específicos

Como se puede observar en la figura 8, las respuestas de conducta de depresión observadas en el pre tratamiento fueron modificadas debido a las técnicas aplicadas, de acuerdo a los registros de post tratamiento se disminuyó los **comportamientos fisiológicos** como sudoración, temblor en manos, aceleración de la respiración, aceleración del ritmo cardiaco, presión en el pecho y la garganta y la conducta de llorar; así mismo referente a los **comportamientos cognitivos** se disminuyó los pensamientos frecuentes referente así mismo ("soy poco masculino"), sobre el entorno ("no me van a aceptar", "me van a tratar diferente") y sobre el futuro ("me voy a quedar solo). Así como también se aumentaron comportamientos agradables recreativos que el paciente realizaba previo al problema.

Figura 9.

Frecuencias de comportamientos de interacción social según Pre y Post tratamiento.

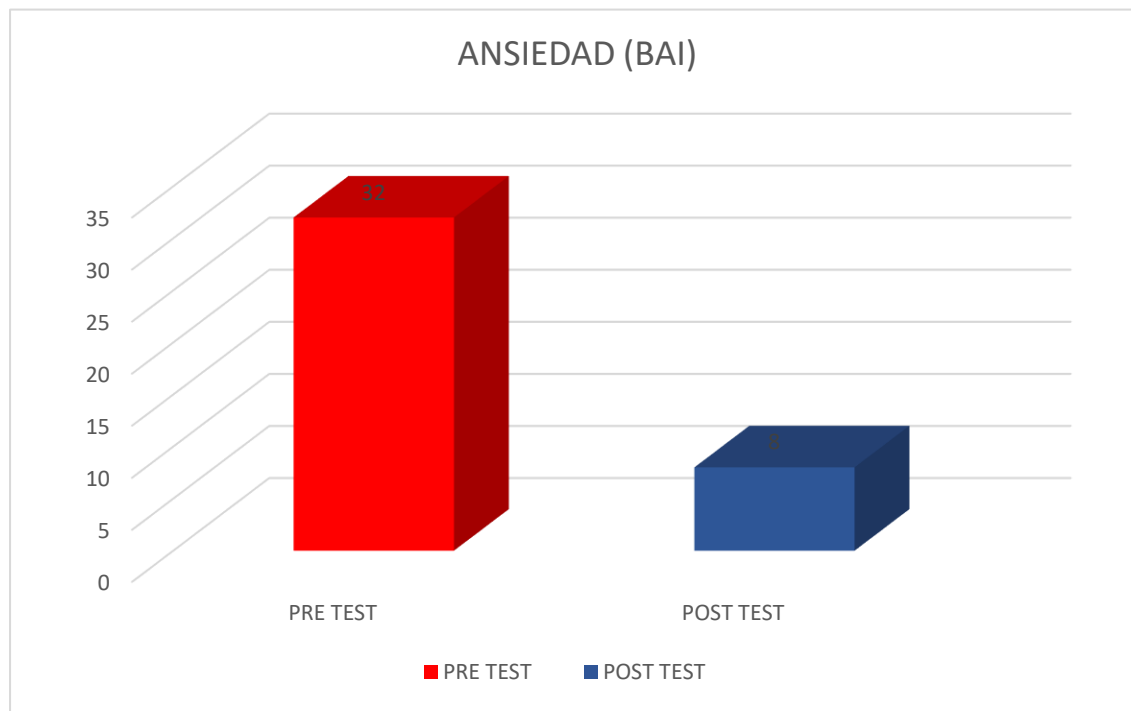


Se aumentaron Comportamientos de interacción social como comunicarse con su padre, con sus amigos ir al trabajo, ir al gimnasio, avanzar el proyecto de tesis y hablar sobre su sexualidad a sus padres. Y disminuyendo conductas como aislarse o quedarse en su habitación como se ve en la Figura 9.

Así mismo los niveles de ansiedad observados en el pre tratamientos, luego de la intervención disminuyeron como se observa en la figura 10, en la evaluación post tratamiento. Evidenciando la eficiencia del tratamiento. Ya que el inicio del tratamiento el paciente presentaba según el inventario de ansiedad de Beck, un puntaje de 32 indicando niveles de ansiedad alta, y al terminar el tratamiento el paciente obtiene un puntaje de 8, niveles de ansiedad baja .

Figura 10.

Indicadores de ansiedad pre y post tratamiento según el inventario de depresión de Beck.



En la figura 11, observamos los indicadores por creencia irracional evaluados con el Registro de opiniones de Ellis, según post y pre tratamiento, donde se refleja que las ideas irracionales C1 (Es una necesidad absoluta tener el amor y la aprobación de las demás personas) y C5 (Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reacciona en medida que estas provocan reacciones.) disminuyeron en el post tratamiento, demostrando la eficiencia de la técnica. No obstante, a pesar de que se enfocó el tratamiento en la flexibilidad de estos esquemas se pueden observar que otros esquemas también disminuyeron en el post tratamiento. Cabe indicar también que el puntaje total de registro de opiniones disminuyó en el post tratamiento (30 puntaje total) a comparación del pre tratamiento (puntaje total 40) como se observa en la figura 5.

Figura 11.

Creencias irracionales pre y post tratamiento según el registro de opiniones de Ellis.

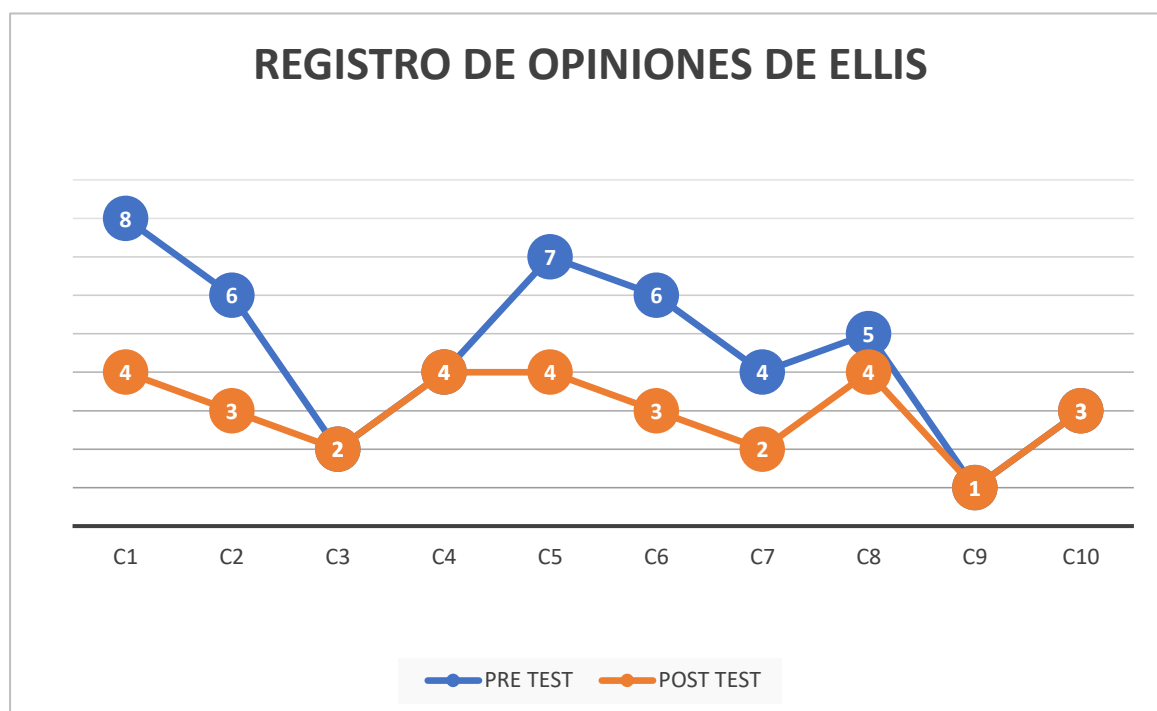
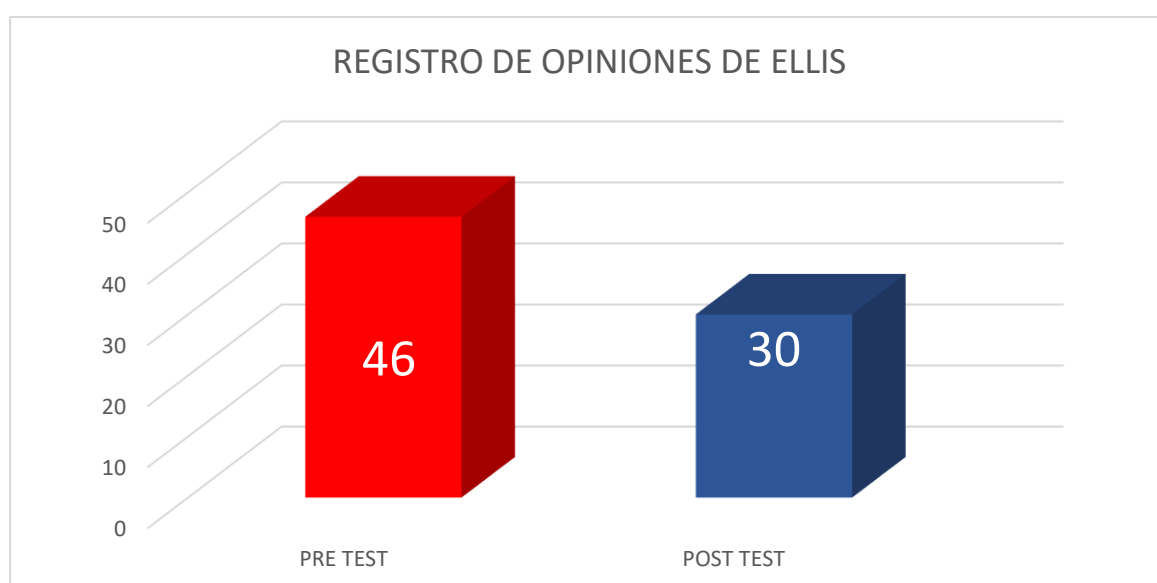


Figura 12.

Puntaje total del registro de opiniones de Ellis según el pre y post tratamiento.



Discusión de resultados

De acuerdo a lo mencionado por la Organización Panamericana de la Salud (2017) la depresión es uno de los principales trastornos que genera discapacidad en salud mental, teniendo en cuenta que aproximadamente existen 350 millones de casos a nivel mundial que padecen este diagnóstico como refiere la Organización mundial de la salud (2017). La preocupación es grande por ambas instituciones debido a que este trastorno se encuentra asociado al comportamiento suicida, como un factor determinante dentro los factores multicausales expuesto por la Organización Mundial de la Salud (2014), siendo la población con mayor vulnerabilidad a presentar, ideación, planeación o acto suicida las personas entre los 15 a 29 años.

En nuestro continente se reportan datos de que el 15% población presenta algún trastorno relacionado a la depresión, siendo los países de Brasil, EEUU y México lo que presentan mayor problemática. En Perú, datos del (Ministerio de Salud, 2011) nos indica que los diagnósticos prevalentes entre los jóvenes de 20 a 29 años son el consumo de alcohol y la depresión, por lo que es de vital importancia tener instrumentos confiables y válidos para la rápida detección de estos casos, con la finalidad de insertar al paciente a una rápida intervención psicológica.

Es por esto la relevancia que implica la terapia psicológica como eje en la mejora de la salud mental, en este caso el tratamiento a la depresión. Priorizando de acuerdo a los hallazgos en los resultados en las investigaciones propuestas por Grosse, et al (2019), Ijas, et al (2018), Leeping et al (2017), Ng (2017) entre otros, el tratamiento a través de la terapia cognitiva conductual, por su eficiencia en el tratamiento por la depresión con o sin acompañamiento de tratamiento farmacológico.

En el caso de Gabriel, la terapia cognitiva conductual se realizó sin tratamiento farmacológico, con el objetivo general de mejoras en el estado emocional y conductual del paciente, buscando de forma específica reducir la frecuencia de síntomas fisiológicos, los

niveles de depresión y ansiedad; aumentar comportamientos de ir a trabajar, realizar su tesis, comunicarse con amigos y familia. Entrenar en habilidades afrontamiento, solución de problemas y toma decisiones, Modificar esquemas y creencias irracionales y por último dar a conocer su sexualidad a su familia. De acuerdo a los resultados obtenidos evaluados pre y post tratamiento se observan diferencias significativas en el cumplimiento de los objetivos y la mejora de la salud psicológica del paciente.

El plan de intervención fue estructurado con estrategias tanto cognitivas y conductuales con la finalidad de cumplir con los objetivos específicos del tratamiento, buscando mejorar el estado de ánimo del paciente, activando sus áreas afectadas.

Dentro de las técnicas conductuales utilizadas (Maero y Quintero, 2016; Caballo, et all., 2014, y Martell, et all, 2013) se aplicó psicoeducación referente a la sintomatología de la depresión, así como también sobre los principios de adquisición y mantenimiento de comportamientos, el uso de autoregistros conductuales, entrenamiento en respiración y relajación, programación de actividades de dominio y placer basado en valores o metas por cada área de vida, entrenamiento en habilidades sociales para la mejora del estilo comunicacional, y jerarquización de situación y exposición en vivo para la comunicación sobre su sexualidad a la familia del paciente.

En lo que respecta a las técnicas cognitivas (Beck et all, 1979, Ellis y Grieger, 1990, y Seligman, 1975) se psicoeduco al paciente en la influencia de los pensamientos en las emociones y comportamientos, el uso de autorregistros cognitivos, la identificación de pensamientos automáticos, modificación de pensamientos, reestructuración de ideas y pensamientos no funcionales a través de la terapia racional emotiva. Se entreno en técnicas de autocontrol, solución de problemas y toma decisiones (Caballo, et all., 2014).

A través del análisis funcional se realizaron objetivos y técnicas de acuerdo a la topografía de la conducta, en lo que respecta a la conducta fisiológica, se trabajaron técnicas de respiración y relajación para disminución de síntomas. Acorde a las conductas motoras se

activó conductualmente al paciente a causa del programa de actividades de responsabilidad y recreación. Así mismo en las conductas sociales se entrenó al paciente en habilidades sociales y técnicas de exposición en vivo. Y en conductas cognitivas en modificación de ideas, reestructuración de pensamientos a través de técnicas de la terapia racional emotiva conductual. Por lo que a través de las sesiones la sintomatología fue disminuyendo como se observa en los autorregistros e instrumentos psicológicos.

De acuerdo a la propuesta teórica de Ellis (Ellis y Grieger, 1990) se entrenó al paciente en el reconocimiento de pensamientos bajo el modelo ABC, con la finalidad de encontrar el esquema desadaptativo presente, para lo cual también se recurrió al uso de instrumentos psicológicos. Una vez encontrado el esquema se aplicó técnicas de refutación, diferenciación, redefinición, proyección en el tiempo y descripción global. Con lo cual se buscó disminuir la visión catastrófica del pensamiento y visión en condena, aumentando su tolerancia a estos pensamientos. Disminuyendo su sintomatología depresiva al poder percibir de manera flexible el contexto en el cual se desenvuelve en cada área social.

Del mismo modo siguiendo lo expuesto por Beck et all (1979) mencionando que la depresión surge y se mantiene en el paciente a causa de la triada cognitiva, es decir una visión sesgada y negativa de si mismo, sobre como las personas puedan observarlo, y una visión pesimista y catastrófica del futuro. Se entreno al paciente en técnicas de modificación de pensamientos, con la finalidad que pueda tomar mejores decisiones sobre sus conductas. Para lo cual utilizo técnicas de reevaluación y debate socrático.

El paciente durante las sesiones de trabajo logro entender como sus comportamiento pueden ser por sí solos reforzantes para el (Martell et all., 2013) para lo cual a través de la técnica de activación conductual (Maero y Quintero, 2016) se trazaron objetivos por cada área de vida en la cual se desenvolvía el paciente (Familiar, social, laboral, académico, estilo de vida, etc.) estructurando comportamientos específicos por cada área, por lo que la realización de dichos comportamientos, reforzaba su eficacia para la superación de la depresión y disminución de los síntomas.

En lo que respecta la comunicación con su familia referente a su sexualidad, se entrenó al paciente en habilidades sociales y exposición en vivo (Caballo, 1997), por lo que las sesiones fueron dirigidas en role playing, y jerarquización de situaciones. Disminuyendo las autoexigencias y el miedo a las reacciones de sus familiares. Se realizaron entrenamientos encubiertos a través de la imaginación, cambio de roles con el terapeuta, modificación de ideas y jerarquización de situaciones para la exposición, utilizando técnicas de respiración y relajación. Luego de la exposición y comunicación a sus padres referente su sexualidad el paciente refirió sentir mayor tranquilidad y aumento la frecuencia comportamientos positivos y eficientes en su plan de actividades. Genero comportamientos alternos para el afrontamiento de la depresión y toma decisiones. Por lo que se buscó mantener metas a corto plazo para el fortalecimiento de su desarrollo integral.

Gabriel, desarrollo habilidades de autocontrol, relajación, solución de problemas y toma de decisiones. Aumento sus habilidades comunicativas, para la expresión de emociones y afrontamiento a situaciones estresantes, modifíco la presencia de pensamientos de ideas y esquemas irracionales por pensamientos flexibles, exponiéndose de manera controlada a situaciones que antes evitaba disminuyendo comportamiento de evitación y escape, aumentando comportamientos de responsabilidad y recreación que lo auto reforzaban a cumplir sus metas, disminuyendo la sintomatología depresiva y ansiogena.

La evaluación post tratamiento da a conocer la eficiencia del tratamiento cognitivo conductual, afirmando a lo expuesto por Grosse et all (2019); Ljas, et all (2018) Leeping, et all (2017); Ng, Wong y Keung (2017) Nakagawa et al. (2017); Urwin et all (2016); Andersen et all (2016); Ashworth et all (2015); Linde et all (2015); y Wiles et al. (2014). Los cuales en sus artículos refirieron que la terapia cognitiva conductual, o terapias basadas del modelo conductual de primera, segunda o tercera generación, son eficientes en el tratamiento de la depresión, esté acompañado o no de tratamiento farmacológico.

La presente investigación muestra la eficiencia la terapia cognitiva conductual en un caso de depresión, disminuyendo la sintomatología depresiva y de ansiedad presente en el

paciente, datos los cuales se corroboran con la diferencia entre las evaluaciones pre y postratamiento (BDI, BAI, IR) expuestas en los resultados. Si bien los datos debido a solo ser un paciente no pueden ser generalizados, aportar a la investigación actual sobre la eficiencia de la terapia en esta problemática.

Es importante señalar que el presente trabajo clínico se da en un solo paciente, caso único, siendo este el sujeto control y experimental, por lo que los resultados no pueden ser generalizados al no contar con una muestra más amplia y aleatorizada, así mismo el paciente presente características específicas dentro de la región en donde se encuentra. No obstante, se nos presenta el proceso de intervención bajo el modelo cognitivo conductual, desde la evaluación hasta el seguimiento y resultados medibles durante el proceso.

Este tipo de trabajo académico nos muestra la efectividad de los programas cognitivos conductuales en sus tratamientos para el diagnóstico de depresión, observando de forma objetiva la disminución de la sintomatología depresiva, ansiógena y modificación a una visión más flexible de las situaciones estresantes vivenciadas del paciente, como se ve en la evaluación final, si bien este programa fue desarrollado de manera individual, estudios nos señalan la eficiencia de un programa mixto, por lo que es necesario incorporar técnicas conductuales cognitivas de manera individual y grupal para evaluar mayores avances en la recuperación del paciente en futuros casos clínicos.

IV. CONCLUSIONES

Ante los hallazgos encontrados se puede concluir que:

- 4.1 El programa de tratamiento cognitivo conductual aplicado en la intervención demostró su efectividad al disminuir los síntomas de estado de ánimo y conductas depresivas a través de técnicas de reestructuración cognitiva, activación conductual, técnicas de exposición con prevención de recaídas y relajación.
- 4.2 Aumentaron comportamientos que mejoraron las áreas familiar, social, estilo de vida, recreación, académica y laboral a través de estrategias como planificación de actividades, entrenamiento en habilidades sociales y expresión de emociones, solución de problemas, toma de decisiones, autocontrol, jerarquización de situaciones y exposición gradual.
- 4.3 Se logro reducir los niveles de ansiedad y mejorar el estado emocional del paciente mediante técnicas de relajación, autocontrol, exposición encubierta y en vivo,
- 4.4 Se logro reestructurar esquemas desadaptativos del paciente por esquemas con mayor flexibilidad sobre si mismo y su entorno social mediante estrategias de identificación de pensamientos, debate y refutación de creencias, contraste con la realidad, y referencia o descripción global para la modificación de pensamientos.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Replicar la investigación en pacientes con características similares (sexo, edad, grado de instrucción, sexualidad, nivel socioeconómico) con la finalidad de verificar la eficiencia del programa cognitivo conductual.
- 5.2 Implementar dentro del programa de tratamiento individual, la terapia de grupo para que el paciente pueda entrenar las estrategias aprendidas durante las sesiones.
- 5.3 Contrastar los resultados del presente trabajo académicos, con artículos similares donde se utilicen técnicas cognitivas conductuales.
- 5.4 Realizar seguimientos mensuales durante el periodo de 6 meses y volver a evaluar al paciente para observar el mantenimiento de los comportamientos.

VI REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de Diagnostico y Estadísticas de los trastornos mentales. (5ta edición)*.
- Andersen, P., Toner, P., Bland, M., & McMillan, D. (2016). Effectiveness of Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety and Depression in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Behav Cogn Psychother*, 44(6), 673-690.
<https://doi.org/10.1017/s1352465816000229>
- Arango-Davila, C., Escobar, M., & Pimienta, H. (2004). Fundamentos moleculares y celulares de la depresión y de los mecanismos antidepressivos. *REvista Colombiana de Psiquiatria*, 33.
- Ashworth, D., Sletten, T., Junge, M., Simpson, K., Clarke, D., Cunnington, D., & Rajaratnam, S. (2015). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: An Effective Treatment for Comorbid Insomnia and Depression. *Journal of counseling psychology*, 62, 115-123. <https://doi.org/10.1037/cou0000059>
- Beck, A. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Guilford.
- Bertelsen, A., Harvald, B., & Hauge, M. (1977). A Danish twin study of manic-depressive disorders. *Br J Psychiatry*, 130, 330-351. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.4.330>
- Buela Casal, G., Sierra Freire, J., & Xavier Méndez, F. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*.
- Caballo, V. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España editores.
- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Volumen 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*.
- Caballo, V., Salazar, I., & Carrobes, J. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2ª edición) / Handbook of psychopathology and psychological disorders (2nd edition)*.
<https://doi.org/10.13140/2.1.5172.2244>

- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva*
- Grosse Holtforth, M., Krieger, T., Zimmermann, J., Altenstein-Yamanaka, D., Dörig, N., Meisch, L., & Hayes, A. M. (2019). A randomized-controlled trial of cognitive-behavioral therapy for depression with integrated techniques from emotion-focused and exposure therapies. *Psychotherapy Research*, 29(1), 30-44. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1397796>
- Ijaz, S., Davies, P., Williams, C. J., Kessler, D., Lewis, G., & Wiles, N. (2018). Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, Cd010558. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010558.pub2>
- Lepping, P., Whittington, R., Sambhi, R. S., Lane, S., Poole, R., Leucht, S., . . . Waheed, W. (2017). Clinical relevance of findings in trials of CBT for depression. *European Psychiatry*, 45, 207-211. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.07.003>
- Lewinsohn, P., Hoberman, H., Teri, L., & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. In S. Reiss and R.R. Bootzin (Eds.), . *Theoretical issues in behavior therapy*, 331-359.
- Linde, K., Sigterman, K., Kriston, L., Rücker, G., Jamil, S., Meissner, K., & Schneider, A. (2015). Effectiveness of Psychological Treatments for Depressive Disorders in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analysis. *The Annals of Family Medicine*, 13(1), 56-68. <https://doi.org/10.1370/afm.1719>
- Maero, F., & Quintero, P. (2016). *Tratamiento breve de activacion conductual para Depresion. Protocolo y guia clinica.*
- Martell, C., Dimidjian, S., & Hernán-Dunn, R. (2013). *Activacion conductual para la depresion. Una guia clinica.*
- Ministerio de Salud. (2005). *Modulo de Atencion en Salud mental: Depresion*. Direccion General de Promocion de la Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud mental y cultura de Paz.
- Ministerio de Salud. (2011). *Documento tecnico: Analisis de situacion de las y los jovenes. Una mirada al Bono demografico.*

- Nakagawa, A., Mitsuda, D., Sado, M., Abe, T., Fujisawa, D., Kikuchi, T., . . . Ono, Y. (2017). Effectiveness of Supplementary Cognitive-Behavioral Therapy for Pharmacotherapy-Resistant Depression: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry, 78*(8), 1126-1135. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10511>
- National Institute of Mental Health. (2015). *La depresion: lo que usted debe saber*.
- Ng, T. K., & Wong, D. F. K. (2017). The efficacy of cognitive behavioral therapy for Chinese people: A meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 52*(7), 620-637. <https://doi.org/10.1177/0004867417741555>
- Organizacion Mundial de la Salud. (1992). *Clasificacion Estadistica Internacional de las Enfermedades. Trastorno Mentales y del Comportamiento (10ma edicion)*.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2014). *Prevencion del suicidio. Un imperativo global*.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2017). Hablemos de depresion. Campaña mundial del Dia de la Salud Mental. *Boletin*.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2017). *Depresion y otros trastornos mentales comunes*.
- Perez-Padilla, E., Cervantes-Ramirez, V., Hijuelos-Garcia, N., Pineda-Cortés, J., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresion mayor. *Revista Biomedica, 28*, 89-115.
- Rodriguez, E. (2009). La terapia centrada en los esquemas de Jeffrey young. *Avances en Psicologia, 17*(1), 59-74.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry, 157*(10), 1552-1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>

Unwin, G., Tsimopoulou, I., Kroese, B. S., & Azmi, S. (2016). Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) programmes for anxiety or depression in adults with intellectual disabilities: A review of the literature. *Res Dev Disabil*, 51-52, 60-75.

<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.12.010>

Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Barnes, M., Carroll, F., Ridgway, N., . . . Lewis, G. (2014). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: the CoBaT randomised controlled trial. *Health Technol Assess*, 18(31), 1-167, vii-viii.

<https://doi.org/10.3310/hta18310>

Young, J., & Klosko, J. (1999). *Reinventando tu vida*. Plume.

Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Terapia de Esquemas. Una guía práctica*. Guilford Press

ANEXOS

Anexo A.


CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACEPTACION DE MI PARTICIPACION VOLUNTARIA EN LA INVESTIGACION
 MEDIANTE ESTUDIO DE CASO: "INTERVENCION COGNITIVO
 CONDUCTUAL DE UN CASO CLINICO DE DEPRESION"

A CARGO DEL PSICOLOGO: LIC. DANIEL SERGIO SILVA DOMINGUEZ


EN: LIMA - PERU

Se me informo que:

- ❖ En cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de la investigación
- ❖ Tengo conocimiento que algunas sesiones serán anotadas y/o gravadas con fines terapéuticos y para la investigación
- ❖ Tengo conocimiento que el contenido de estas anotaciones y/o grabaciones solo puede ser utilizado con mi permiso por mi terapeuta, solo el podrá ver el contenido
- ❖ Tengo conocimiento que los resultados será expuestos en la UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL, cambiados mi nombre respectivamente.
- ❖ Se me brindara toda información que sea posible sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación
- ❖  investigación, por eso firmo

Firma

Participante Carlos Gabriel Montoya Zevallós

Psicologo de la investigación Daniel Silva Dominguez CPsp. 29132 

Lugar y Fecha Lima, 05 de abril de 2019

Anexo B.

CONSENTIMIENTO INFORMADO**ACEPTACION DE MI PARTICIPACION VOLUNTARIA EN LA INVESTIGACION
MEDIANTE ESTUDIO DE CASO: "INTERVENCION COGNITIVO
CONDUCTUAL DE UN CASO CLINICO DE DEPRESION"**

A CARGO DEL PSICOLOGO: LIC. DANIEL SERGIO SILVA DOMINGUEZ

EN: LIMA – PERU

Se me informo que:

- ❖ En cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de la investigación
- ❖ Tengo conocimiento que algunas sesiones serán anotadas y/o grabadas con fines terapéuticos y para la investigación
- ❖ Tengo conocimiento que el contenido de estas anotaciones y/o grabaciones solo puede ser utilizado con mi permiso por mi terapeuta, solo el podrá ver el contenido
- ❖ Tengo conocimiento que los resultados será expuestos en la UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL, cambiados mi nombre respectivamente.
- ❖ Se me brindara toda información que sea posible sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación.
- ❖ Cuento con toda la información necesaria de esta investigación, por eso firmo voluntariamente.

Firma

Participante Carlos Gabriel Montoya ZevallósPsicologo de la investigación Daniel Silva Dominguez CPsp. 29132Lugar y Fecha Lima, 05 de abril de 2019

ANEXO C

MCMII-
Millon Clinical
Multiaxial Inventory - II

MILLON II. REVISION 2008-2

HOJA DE RESULTADOS

Edad: 23 años

Escala de Validez			PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0 = Válido	65	X
X	Sinceridad	408 = Válido	82	Y
Y	Deseabilidad Social	18 =	70	Z
Z	Autodescalificación	16 =		

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE FINAL		
	Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.			
1	Esquizoide	15	53	52							52	1
2	Evitativo	21	69	68		68					68	2
3	Dependiente	33	78	77							77	3
4	Histriónico	41	80	79							79	4
5	Narcisista	45	90	89							89	5
6A	Antisocial	21	57	56							56	6A
6B	Agresivo-sádico	41	93	92							92	6B
7	Compulsivo	52	97	96							96	7
8A	Pasivo-agresivo	31	74	73							73	8A
8B	Autoderrotista	19	70	69		69					69	8B

Patología severa de personalidad												
S	Esquizotípico	12	56		56		57	61	61		61	S
C	Borderline	33	69		69	69	70	74	74		74	C
P	Paranoide	38	71		71			73	73		73	P

Síndromes clínicos												
A	Ansiedad	18	85	84			85	100	100		100	A
H	Somatiforme	30	68	67			68	81	81		81	H
N	Bipolar	31	64	63							63	N
D	Distimia	25	85	84			85	100	100		100	D
B	Dependencia de alcohol	17	60	59							59	B
T	Dependencia de drogas	25	61	60							60	T

Síndromes severos												
SS	Desorden del pensamiento	14	61		61					61	61	SS
CC	Depresión mayor	25	67		67					67	67	CC
PP	Desorden delusional	17	61		61					61	61	PP

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

ANEXO D

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)
(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4

21

ANEXO E

R.O.A.E. Registro de Opiniones de Albert Ellis

IDEAS IRRACIONALES DE ELLIS


Pac. Trast.

Resultados del Registro de Opiniones

Tipo de Creencia	Puntaje Obtenido	Tipo de Creencia	Puntaje Obtenido
Creencia Irracional #1:	8	Creencia Irracional #6:	6
Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.		Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta.	
Creencia Irracional #2:	6	Creencia Irracional #7:	4
Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos.		Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida.	
Creencia Irracional #3:	2	Creencia Irracional #8:	5
Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas.		Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos.	
Creencia Irracional #4:	4	Creencia Irracional #9:	1
Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría.		Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente.	
Creencia Irracional #5:	7	Creencia Irracional #10:	3
Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en medida que estas provocan emociones.		La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final.	

ANEXO F

PRE. T.


[REDACTED]
BD
[REDACTED]

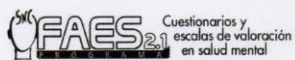
Identificación Carlos Gabriel Mantoya Zavallos Fecha 06/09/2019

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.	<input type="radio"/> No me siento triste. <input type="radio"/> Me siento triste. <input type="radio"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. <input checked="" type="radio"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	3
2.	<input type="radio"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. <input checked="" type="radio"/> Me siento desanimado respecto al futuro. <input type="radio"/> Siento que no tengo que esperar nada. <input type="radio"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	1
3.	<input checked="" type="radio"/> No me siento fracasado. <input type="radio"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. <input type="radio"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. <input type="radio"/> Me siento una persona totalmente fracasada.	0
4.	<input type="radio"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes. <input type="radio"/> No disfruto de las cosas tanto como antes. <input checked="" type="radio"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. <input type="radio"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	3
5.	<input type="radio"/> No me siento especialmente culpable. <input checked="" type="radio"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones. <input type="radio"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. <input type="radio"/> Me siento culpable constantemente.	1
6.	<input type="radio"/> No creo que esté siendo castigado. <input type="radio"/> Me siento como si fuese a ser castigado. <input type="radio"/> Espero ser castigado. <input checked="" type="radio"/> Siento que estoy siendo castigado.	3
7.	<input type="radio"/> No estoy decepcionado de mí mismo. <input type="radio"/> Estoy decepcionado de mí mismo. <input type="radio"/> Me da vergüenza de mí mismo. <input checked="" type="radio"/> Me detesto.	3

1/3

ANEXO G



Pae +

BAI

Identificación Fecha

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32

TOTAL:

A.F.

A.S.

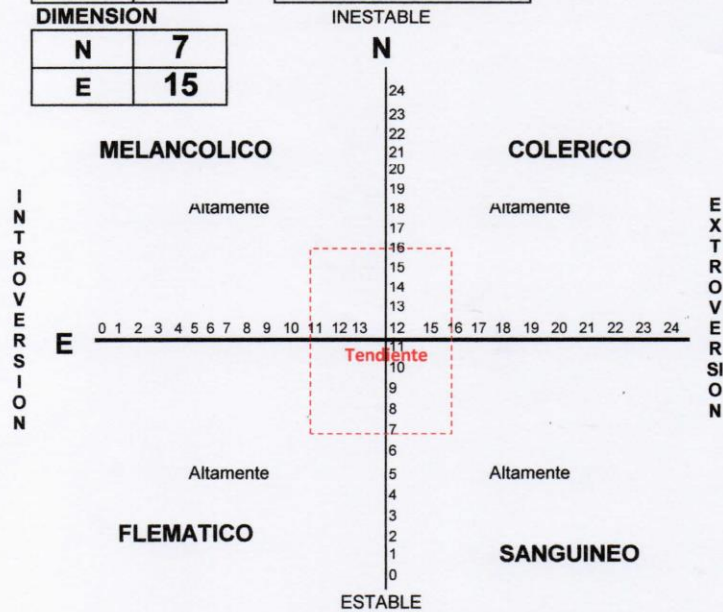
ANEXO H

APELLIDOS Y NOMBRES:

EDAD 23 FECHA 3/09/2019
 OCUPACION 0
 GRADO 0
 EXAMINADO POR: 0

ESCALA	
L	3
DIMENSION	
N	7
E	15

Si L > 4 = INVALIDO; Si L < 4 = VALIDO
 VALIDO



DIAGNOSTICO

Si **N = 7** y **E = 15** GABRIEL MONTOYA es una persona con una tipología TENDIENTE A ESTABLE TENDIENTE A LA EXTROVERSION y corresponde al tipo MELANCOLICO
 Y presenta procesos neurodinámicos FUERTES Y DESEQUILIBRADOS

0
 Examinador

ANEXO I

PROGRAMACIÓN DE METAS CONDUCTUALES

Área de vida	100% de tiempo
Familiar	10%
Académico	5%
Laboral	0%
Social	5%
Personal (estilo de vida)	10%
Personal (tiempo libre)	10%
Pareja	5%
OTRO:	

En el siguiente recuadro se colocaran las metas posibles a cumplir durante un año en las diferentes áreas de vida, Metas por cada área:

Área de vida	Metas
Familiar	Decidir a mi's padres y Herme sobre mi sexualidad // Convivir más con ellos
Académico	Aumentar la teoría // conseguir un examen
Laboral	Conseguir un trabajo // tener un proyecto propio.
Social	Salir con amigos // aceptar invitaciones
Personal (estilo de vida)	Salir a caminar // ir al gimnasio LEER 4
Personal (tiempo libre)	Dibujar // Pintar //
Pareja	Salir con chicos // Chicos Cambiar pasados nuevos
Otro:	

ANEXO J

09 de julio

AUTORREGISTRO DE CONDUCTAS

(Línea Base)

N°	HORAS // ACTIVIDAD	mier LUN	jue MAR	vie MIÉR	sáb JUEV	dom VIER	lun SÁB	mar DOM	
1	Salir con amigos	-	-	-	-	-	-	X	0d.
2	" a caminar	-	-	-	-	-	-	X	0d.
3	lugares nuevos / eventos	-	-	-	✓	-	-	X	0d.
4	salir con fam / comunicarse	-	-	-	✓	-	-	X	0d.
5	cantar / ver videos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7d.
6	respiraciones	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	5d.
7	ane / cosas nuevas	-	-	-	-	-	-	-	0d.
8	trabajo	✓	✓	-	-	-	✓	✓	4d.
9	tesis	-	-	✓	-	-	-	-	2d.
10	netflix	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	5d.

Especificación

CONDUCTA 1: -

CONDUCTA 2: solo por trabajo

CONDUCTA 3: "pollada de las hermanas"

CONDUCTA 4: solo el cumpleaños de mi tía

CONDUCTA 5: ✓

CONDUCTA 6: ✓

CONDUCTA 7: -

CONDUCTA 8: siempre

CONDUCTA 9: solo 1 día

CONDUCTA 10: toda una temporada de AH5 en casi 1 día
- Stranger things

ANEXO K

12/09/19

AUTORREGISTRO DE CONDUCTAS

(Línea Base)

N°	HORAS // ACTIVIDAD	LUN	MAR	MIÉR	JUEV	VIER	SÁB	DOM
1	Salir con amigos	-	-	✓	-	-	✓	-
2	salir a caminar	✓	-	✓	✓/-	-	✓	✓
3	lugares nuevos / eventos	✓	-	✓	-	-	✓	-
4	Salir con familia / comunicarme	-	-	✓	-	-	-	-
5	cantar / ver videos	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓
6	respiraciones	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓
7	cine / cosas nuevas / teatro	-	-	-	-	-	✓	-
8	trabajo	✓	✓	-	✓	✓	-	-
9	tesis	-	-	-	-	-	-	-
10	netflix / series	-	-	-	-	-	✓	✓

EspecificaciónCONDUCTA 1: Salí con Claudia y Gato, me distraje bastanteCONDUCTA 2: no para en a lugaresCONDUCTA 3: restaurantes y teatro Peruanos - japonesesCONDUCTA 4: salí con mi hermana al centro comercialCONDUCTA 5: siempreCONDUCTA 6: cuando tengo estrés / ansiedadCONDUCTA 7: fuí a ver Pantaleón y las ventadorasCONDUCTA 8: trabajé hasta muy tardeCONDUCTA 9: -CONDUCTA 10: vi Crimson Peak en Quevana

* Mirko me escribió en mi cumpleaños, y me "movió el piso", me sorprendió en serio, no he dejado de pensar en él desde ese día

* Me siento con menos paciencia con todo y todos

* Siento la necesidad de atención

ANEXO L

AUTOREGISTRO DE IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

SITUACION I	PENSAMIENTO II	EMOCION III	CONDUCTA IV
Decirle a Alfredo que no busco nada...	- Puede tomarlo de 2 maneras ↳ mal (ofendido) ↳ "bien" (tratando de disimular)	- nervios - incertidumbre	- decirle - cambiar de tema
Mi mamá dijo que no estaba de acuerdo con la salida, pero que ya soy adulto y puedo ver mis decisiones	- decepción - confusión - comprensión	- No se si es por la manera en que lo comen o por el hecho que sea un chico	- Mantenerme en silencio - seguir
Gran Carlo me preguntó: ¿que te gustan los hombres o las mujeres?	WTF ¿Tan gay me puedo ver? ¿Que digo?	Incomodidad TOTAL	...
GC me estresaba con demasiados cambios sobre los planes	- ¿Acaso soy el único en la empresa?	- Cansancio - Frustración	- Actuar como si nada pasara - Hacer caso

ANEXO M

IDENTIFICACIÓN Y MODIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

SITUACION	PENSAMIENTO	EMOCION	CONDUCTA
<p>(2) torres tu Diana Peletro Pese.</p>	<p>"Cumpleas me rete" "Es una mujer grande"</p>	<p>o Alegría</p>	<p>---</p>
<p>(P) Mis manos Te regalo Alegrias</p>	<p>"Muy bonito" "esto bien que" "tu mano las regalo" "Alegria se que yo"</p>	<p>o Alegria o Felicidad</p>	<p>---</p>
<p>"</p>	<p>"no puedo unir la mano" "de que yo" "no es a otro"</p>	<p>o tristeza o Soledad</p>	<p>---</p>
<p>(2) cuando Nunca en Familia</p>	<p>"Que lo que se algun efecto tu convenciendo a los retras"</p>	<p>Tristeza Alegria</p>	<p>---</p>
<p>(5.5/10) Tener el diseño en 3D listo en 1 día</p>	<p>"Cuento de los Reinos" "Fernando no va a responder" "Al final si lo logro"</p>	<p>- Duda - ansias (5.5)</p>	<p>- escribir a Fernando - tratar de arreglar con otra cosa</p>
<p>(4.5/10) Que Romina piense que soy abandonado Romina viene... no la veo desde mucho</p>	<p>---</p>	<p>- estrés (un poco) - nervios</p>	<p>- ocuparme en mi trabajo - restarle importancia</p>

ANEXO N

(CARLO)

IDENTIFICACIÓN Y MODIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS
AUTOMÁTICOS

	SITUACION I	PENSAMIENTO III	EMOCION II	CONDUCTA IV
(10/10) E	El dueño de mi contador iba a ser reemplazado... Fernando desvió automáticamente otro...	"No están tomando mis deseos en serio" "Ya habrá otra oportunidad" (v) "Por qué"	- frustración - indignación - calma	Trata de pensar en otra cosa Hablar con sus papás Hablar con mi amiga (Pensar demasiado en el tema) Respirar mucho
(6/10) + E	Conoció a alguien en el bus.	"Quizá sea la persona indicada" (v) "Al fin" (v) "No paso mucho tiempo después de todo"...	- muchos nervios - alegría - con ganas de intentar todo lo que pueda	tratar de estar tranquilo tratar de ir con calma
(8.5/10) E	El chico nunca escribió...	"Quizá no le interesé mucho" (v) "Lo amé" (v) " soy muy joven para él"	- frustración - tristeza - decepción	Respirar Ocuparme en mi trabajo (-) Ver demasiados redes sociales
(6/10) E	Fernando no está dispuesto a ayudar	"Quiero ganarme sea como sea" (v)	- indignación - sospechas	"Ocuparme de lo mío" "No pedirle favores"
(5/10) E	Daniel aún no me paga	"Como puede confiar" (v) "envíale a Diego"	- mucha indignación - estrés	Olvidarme del tema Contarle a los chicos de mi ex trabajo.

ANEXO O

PRÁCTICA 5: FORMULARIO 1: MONITOREO DIARIO (PLANIFICACIÓN) (CONSIGNAR DISFRUTE E IMPORTANCIA)

Horario	Lunes	Martes	Miérc.	Jueves	Viernes	Sáb.	Dom.
5-6 am							
6-7 am	Despertar bañarme		Despertar bañarme	Despertar bañarme	Despertar bañarme		
7-8 am	Desayunar alistarme		Desayunar alistarme	Desayunar alistarme	desayunar conversar	Despertar bañarme	
8-9 am	bus	Despertar bañarme	bus	bus	Enviar 3Ds	Desayunar Ayudar en cam	
9-10 am	trabajo	avanzar trabajo	trabajo	trabajo	Arreglar mi cuarto	Ayudar con la mesa	Despertar desayunar
10-11 am	trabajo	"	trabajo	Workshop Casacar	"	Ayudar con la parrilla	bañarme ver partido
11-12 am	trabajo	"	trabajo	"	"	Conversar con familia	conversar redes sociales
12-1 pm	Almuerzo	Almorzar	Almuerzo	"	Almorzar	Parrilla	"
1-2 pm	trabajo	Descanso	trabajo	"	Arreglar mi cuarto	"	Almuerzo
2-3 pm	trabajo	Descanso	trabajo	"	Descansar	"	Dormir
3-4 pm	trabajo	Gym	trabajo	Almuerzo	Gym	"	Dormir
4-5 pm	trabajo	Gym	trabajo	Salida bus	Gym	Conversar	Dormir
5-6 pm	transporte	Comer bañarme	bus	Avanzar trabajo	Descansar	Descanso	Dormir
6-7 pm	psicologo	descansar	Cortar me el cabello	Avanzar trabajo	Reunión con Gabo	Ir a comprar regalo	
7-8 pm	Cenar/ conversar	Compo/ trabajo	gym	Descansar redes soc.	"	Rev de Claudia	
8-9 pm	Descansar/ redes soc.	redes soc.	gym	"	"	"	
9-10 pm	Dormir	Dormir	Descansar	"	"	"	
10-11 pm			redes sociales/ Dormir	Dormir	Hacer renders	"	
11-12 pm					"	"	
12-1 am					"	"	
1-2 am					" / Dormir	"	

"

ANEXO P

PRÁCTICA 5: FORMULARIO 1: MONITOREO DIARIO (PLANIFICACIÓN) (CONSIGNAR DISFRUTE E IMPORTANCIA)

Horario	Lunes	Martes	Miérc.	Jueves	Viernes	Sáb.	Dom.
5-6 am							
6-7 am	Despertar bañarme		Despertar bañarme		Despertar bañarme		
7-8 am	desayunar alistarme	Despertar bañarme	desayunar alistarme		desayunar alistarme		
8-9 am	bus	desayunar	bus	Despertar* dormirme	bus	Despertar bañarme	
9-10 am	trabajo	rates soc/ conversar	trabajo	desayunar ver tv	trabajo	desayunar trabajo	Despertar bañarme desayunar
10-11 am	trabajo	trabajo	trabajo	trabajo	"	Ayudar a mi papá	Misa
11-12 am	trabajo	"	"	trabajo	"	"	Feria del Libro
12-1 pm	trabajo	Almuerzo	"	trabajo	"	"	"
1-2 pm	Almuerzo	Descansar	Almuerzo	trabajo	Almuerzo	bañarme comer	"
2-3 pm	trabajo	Descansar	trabajo	Almuerzo	Trabajo	descansar	"
3-4 pm	trabajo	Gym	"	trabajo	"	trabajo	"
4-5 pm	trabajo	Gym/bañarme	"	trabajo	"	"	Almuerzo
5-6 pm	trabajo	Dentista	"	Descansar	"	"	descansar
6-7 pm	bus	Visitar a familia	bus	Comer	bus	Comer pizza, ver pébs	trabajo
7-8 pm	Descansar	trabajo	Descansar comer	trabajo	Comer	trabajo	"
8-9 pm	"	"	trabajo	"	Conversar, ver videos	"	"
9-10 pm	"	"	"	"	trabajo	"	Comer/ Rates soc.
10-11 pm	Dormir		"	Dormir	"	Dormir	Dormir
11-12 pm			"		Dormir		
12-1 am			Dormir				
1-2 am							

ANEXO Q



BAI

Identificación: [Redacted] Fecha: [Redacted]

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo


	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

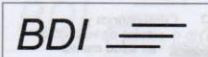
8

TOTAL: A.F. A.S.

ANEXO R

Pas. T.


 Cuestionarios y escalas de valoración en salud mental



Identificación: [REDACTED] Fecha: 06/04/19

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.	<input checked="" type="radio"/> No me siento triste. <input type="radio"/> Me siento triste. <input type="radio"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. <input type="radio"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2.	<input checked="" type="radio"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. <input type="radio"/> Me siento desanimado respecto al futuro. <input type="radio"/> Siento que no tengo que esperar nada. <input type="radio"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3.	<input checked="" type="radio"/> No me siento fracasado. <input type="radio"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. <input type="radio"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. <input type="radio"/> Me siento una persona totalmente fracasada.
4.	<input checked="" type="radio"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes. <input type="radio"/> No disfruto de las cosas tanto como antes. <input type="radio"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. <input type="radio"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.	<input checked="" type="radio"/> No me siento especialmente culpable. <input type="radio"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones. <input type="radio"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. <input type="radio"/> Me siento culpable constantemente.
6.	<input checked="" type="radio"/> No creo que esté siendo castigado. <input type="radio"/> Me siento como si fuese a ser castigado. <input type="radio"/> Espero ser castigado. <input type="radio"/> Siento que estoy siendo castigado.
7.	<input checked="" type="radio"/> No estoy decepcionado de mí mismo. <input type="radio"/> Estoy decepcionado de mí mismo. <input type="radio"/> Me da vergüenza de mí mismo. <input type="radio"/> Me detesto.

1/3