



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LOS SÍNTOMAS DE
LA DEPRESIÓN EN UNA MUJER ADULTA**

Línea de investigación:
Salud mental

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

Autora:

Torres Nieto, Magaly

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

(ORCID: 0000-0003-1946-6831)

Jurado:

Aguirre Morales, Marivel

Carlos Ventura, David

Barboza Navarro, Evelyn

Lima - Perú

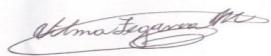
2022

Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:	1A TORRES NIETO MAGALY - OFICIO Nº 047-2022- OGGE -AS-FAPS-UNFV
Fecha del Análisis:	22/02/2023
Operador del Programa Informático:	Salazar Chamba Sofia Teresa
Correo del Operador del Programa Informático:	ssalazar@unfv.edu.pe
Porcentaje:	27 %
Asesor:	Mendoza Huamán, Vicente Eugenio
Título:	“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LOS SINTOMAS DE LA DEPRESION EN UNA MUJER ADULTA”
Enlace:	D128581207 - 1A Torres Nieto Magaly Segunda Especialidad 2021.docx - Urkund

Jefe de la Oficina de Grados y Gestión del Egresado:





Mg. VILMA B. ZEGARRA MARTINEZ



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LOS SINTOMAS DE LA DEPRESION EN UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación: Salud Mental

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

AUTORA:

Torres Nieto, Magaly

ASESOR:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Código ORCID: [Orcid.org/0000-0003-1946-6831](https://orcid.org/0000-0003-1946-6831)

JURADO:

Aguirre Morales, Marivel

Carlos Ventura, David

Barboza Navarro, Evelyn

Lima- Perú

2022

Pensamientos

“Si nuestro pensamiento es sencillo
y claro estamos mejor equipados para
alcanzar nuestras metas”.

Aaron Beck

“Nuestro modo de pensar determina en gran
medida si alcanzamos nuestros objetivos y
disfrutamos de la vida o incluso si sobrevivimos”.

Aaron Beck

Dedicatoria

A Dios por cada día, por siempre cuidar de mí y
por permitirme realizar una meta más en mi vida.

A mi familia por el apoyo incondicional,

A mi hijo Adrián que es el motor de mi vida.

Agradecimiento

A Dios por haberme permitido llegar a este momento tan especial en mi vida y lograr mi objetivo a pesar de momentos difíciles que me han enseñado a valorar cada día más la vida.

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

A mi familia, que me motiva para continuar en mi desarrollo profesional.

A mi amiga Nathalie Puelles por su motivación y apoyo en la realización de esta investigación.

Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de Tablas	vii
Índice de Figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	11
1.1. Descripción del problema	12
1.2 Antecedentes	13
1.2.1 Antecedentes Nacionales	14
1.2.2 Antecedentes internacionales.....	17
1.2.3 Fundamentación Teórica.....	20
1.3 Objetivos	27
1.4 Justificación	28
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	28
II. Metodología	30
2.1 Tipo y diseño de Investigación	30
2.2 Ámbito temporal y espacial	30
2.3 Variables de investigación	30

2.4	Participante	31
2.5	Técnicas e instrumentos	31
2.5.1	Técnicas que se utilizaron para la intervención del programa fueron las siguientes:	31
2.5.2	Instrumentos.....	34
2.5.3	Evaluación psicológica.....	37
2.5.4	Informe psicológico integrador.....	45
2.6	Intervención.....	52
2.6.1	Plan de intervención y calendarización	52
2.6.2	Programa de intervención	53
2.7	Procedimientos.....	61
2.8	Consideraciones éticas	62
III.	Resultados.....	64
3.1	Análisis de Resultados	64
3.2	Discusión de Resultados	68
3.3	Seguimiento	70
IV.	Conclusiones.....	71
V.	Recomendaciones.....	712
VI.	Referencias	73
VII.	Anexos	80

Índice de Tablas

1	Datos familiares de la usuaria	44
2	Resultados del inventario de Depresión de Beck	45
3	Resultados del cuestionario de Personalidad de Eysenck	46
4	Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan	46
5	Resultados de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein	47
6	Análisis cognitivo	49
7	Criterios diagnósticos del episodio depresivo, según DSM V	50
8	Sesiones del programa de intervención	52
9	Sesión 1: Entrevista y observación	54
10	Sesión 2: Evaluación Psicométrica	54
11	Sesión 3: Sensibilización a la usuaria	55
12	Sesión 4: Técnica de Psicoeducación	55
13	Sesión 5: Explicación de los pensamientos distorsionados	56
14	Sesión 6: Restructuración de pensamiento	56
15	Sesión 7: Restructuración de pensamiento	57
16	Sesión 8: Restructuración de pensamiento	58
17	Sesión 9: Restructuración de pensamiento	58
18	Sesión 10: Restructuración de pensamiento	59
19	Sesión 11: Reconocimiento de actividades agradables	60
20	Sesión 12: Manejando situaciones conflictivas	60
21	Sesión 13: Evaluación de pruebas psicométricas	61
22	Sesión 14 y 15: Seguimiento y retroalimentación	61
23	Línea base de pensamientos negativos	67

Índice de Figuras

1	Resultados del inventario de Depresión de Beck pre y post tratamiento	64
2	Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan pre y post test tratamiento	65
3	Resultados de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein pre y post tratamiento	66
4	Línea base de pensamientos negativos	67
5	Línea de seguimiento de los pensamientos negativos	68

Resumen

En este trabajo se describe una intervención clínica en un caso de una mujer de 25 años que presenta sintomatología depresiva como: insomnio, falta de apetito, pensamientos distorsionados, irritabilidad, pérdida de interés en realizar diferentes actividades que eran de su agrado. La evaluación se realizó mediante entrevista clínica, observación conductual, autorregistros, línea base, aplicación de pruebas psicométricas: Inventario de depresión de Beck, pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan, lista de chequeo de habilidades de Goldstein y cuestionario de personalidad de Eysenck. Se emplea el diseño pre experimental de caso único. El tratamiento de elección estuvo basado en el modelo de terapia cognitivo – conductual, se aplicó 15 sesiones en donde se emplearon distintas técnicas como: psicoeducación, reestructuración de pensamientos distorsionados, programación de actividades, técnica de dominio y agrado y entrenamiento en solución de problemas. La intervención llevada a cabo fue eficaz según la evaluación del pre y post test del tratamiento y por último del seguimiento correspondiente.

Palabra clave: depresión, tratamiento cognitivo conductual, reestructuración de pensamientos.

Abstract

In this work, a clinical intervention is described in a case of a 25-year-old woman who presents depressive symptoms such as: insomnia, lack of appetite, distorted thoughts, irritability, loss of interest in performing different activities that were to her liking. The evaluation was carried out through a clinical interview, behavioral observation, self-records, baseline, application of psychometric tests: Beck's Depression Inventory, Ruiz and Lujan's automatic thoughts, Goldstein's skills checklist and Eysenck's personality questionnaire. The single case pre-experimental design is used. The treatment of choice was based on the cognitive-behavioral therapy model, 15 sessions were applied where different techniques were used, such as: psychoeducation, restructuring of distorted thoughts, programming of activities, mastery and pleasure technique, and training in problem solving. The intervention carried out was effective according to the evaluation of the pre and post test of the treatment and finally of the corresponding follow-up.

Keywords: depression, cognitive behavioral treatment, thought restructuring.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante, pérdida de interés en realizar diferentes actividades, cambios de humor, estando asociado con otros factores biológicos, características hereditarias y experiencias de la vida. Las mujeres tienen casi el doble de probabilidades de tener un diagnóstico de depresión que los hombres. La depresión puede ocurrir a cualquier edad.

En la población mayor de 12 años, los trastornos más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos; y, se estima un promedio nacional de 7,6%. Ministerio de Salud. (MINSA, 2018)

El presente estudio es pre experimental de caso único, en donde se da a conocer sobre el proceso de intervención psicológica en una usuaria de 25 años con diagnóstico de depresión, se describe y aplica el modelo cognitivo conductual para identificar y disminuir la presencia de pensamientos distorsionados y pérdida de interés de actividades cotidianas, con énfasis en la terapia cognitiva de Beck, es uno de los tratamientos más efectivos que explican el trastorno con el propósito de demostrar la efectividad de la terapia cognitiva conductual para la depresión. Se aplicó 15 sesiones en donde se emplearon distintas técnicas como: psicoeducación, autorregistro, reestructuración de pensamientos distorsionados, programación de actividades, técnica de dominio y agrado y entrenamiento en solución de problemas

Con fines de orden en la presente investigación, el estudio de caso se estructura de la siguiente manera:

En el primer apartado de caso se encuentran los aspectos teóricos que fundamentan la definición, incidencia y casuística, desarrollando amplitud en el contenido teórico que respaldan las hipótesis diagnósticas de la depresión.

En el segundo apartado encontraremos la parte metodológica del estudio de caso clínico, evaluación e intervención en una mujer con depresión.

En el tercer apartado se observará lo resultados del pre y post test generado por la intervención cognitivo conductual, discusión de los resultados y seguimiento.

En el cuarto apartado vemos, las conclusiones a las que se llegó luego aplicado el tratamiento en la usuaria de este estudio de caso.

En el quinto apartado encontraremos las recomendaciones que ayudarán a la usuaria y por último el sexto apartado en donde encontramos las referencias bibliográficas de tiene este trabajo académico.

1.1. Descripción del problema

A nivel mundial, se calcula que casi 300 millones de personas sufren depresión, lo que equivale a un 4,4% de la población mundial. Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2017). La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2021)

En su investigación (Pérez et al., 2017, p.74) refiere que “la prevalencia del trastorno depresivo mayor varía en todo el mundo, desde 3% en Japón hasta 16,9% en los Estados Unidos de América. Para los demás países, el trastorno depresivo tiene una prevalencia que va desde 8 a 12%.”

En América Latina y el Caribe esta brecha terapéutica alcanza al 85,9% de las personas con ansiedad generalizada, al 85,1% de las afectadas por trastornos por consumo de alcohol, al

73,9% de las personas con depresión y al 56,9% de aquellas que padecen esquizofrenia. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado. (INSM – HN, 2007)

A nivel de Perú, según el estudio realizado por el Minsa y la Organización Panamericana de la Salud, 7 de cada 10 peruanos estarían sufriendo algún tipo de problema o sintomatología relacionada con enfermedades de Salud Mental.

El Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (como se citó en Martina et al., 2017) reportó en 2002 una prevalencia actual de estado depresivo moderado a severo de 9,8% en adultos mayores de Lima Metropolitana y Callao. Una réplica de este estudio en 2012 arrojó una prevalencia de 3,8%.

Para la presente investigación, se aborda un caso de una mujer adulta con un diagnóstico de depresión moderada por la separación con su primera pareja sentimental, identificando la situación activadora el rechazo de su expareja después de la separación, que exacerban la sintomatología como dormir mucho durante el día, lo cual le dificulta conciliar el sueño en las noches, problemas con el apetito, falta de concentración y pensamientos negativos constantes sobre la separación, teniendo pensamientos distorsionados como: “debería tener una pareja a mi edad”, “no debería haberme dejado”, “soy una tonta” “me quedare sola”, “todos los hombres son iguales” ,aislamiento social, desgano para realizar sus actividades cotidianas, lo que ha afectado sus relaciones familiares, interpersonales y su vida laboral, presentado irritabilidad, dolor de espalda, malestar corporal, tristeza (9/10), colera (8/10), ansiedad (7/10) y frustración (9/10) .

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Nacionales

En cuanto a los estudios nacionales existen pocas investigaciones en provincia, la mayoría son realizadas en Lima, de los cuales se pasan a describir las más importantes encontradas.

Calderón (2020) en su intervención en el caso de una mujer adulta con Depresión, de diseño de caso único, bicondicional ABA, que permite elegir al sujeto, aplicarle una evaluación previa a la administración de algún estímulo y finalmente realizar una segunda evaluación, se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Personalidad de Eysenck, Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon, entrevista y observación psicológica. Para la intervención cognitivo conductual se realizaron 12 sesiones y se utilizaron técnicas como psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación, auto instrucciones, autorregistros, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva. Los resultados encontrados en la evaluación post test muestran la disminución de los síntomas depresivos, comprobando de esta manera la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión.

Huaynates (2019) en su estudio de diseño caso único, en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa, mediante la intervención cognitivo conductual, uso como instrumentos para la recolección de información la entrevista, línea base, registros, análisis funcional y cognitivo, Inventario de Beck y Escala de Personalidad de Eysenck. También aplicó las técnicas cognitivas conductuales de relajación, auto instrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva. Empleó diseño univariable multicondicional ABA, con el propósito de reestructurar los pensamientos que desencadenan emociones o conductas que perjudican. Los resultados indicaron una baja del nivel de depresión, descenso de ideologías, conmociones y conductas negativas de acuerdo con los exámenes de seguimiento, así es que,

finalizando la etapa de tratamiento se ratificó la eficacia de las técnicas utilizadas para el caso de depresión, ya que éstas se hicieron a nivel cognitivo y conductual a fin de reemplazar pensamientos impropios por pensamientos flexibles y fundados.

Céspedes (2017) realizó una investigación en adolescentes y jóvenes con depresión provenientes de la universidad privada San Juan Bautista, la muestra se seleccionó con técnica de muestreo no probabilístico de tipo intencional, quedando conformada por 60 alumnos de la escuela de psicología. El diseño de investigación fue experimental, específicamente de tipo preexperimental, con pretest y postest en un solo grupo. Se empleó como instrumento de investigación el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Se usaron como técnicas la reestructuración cognitiva, la respiración diafragmática, resolución de problemas y programación de actividades. Los resultados indican que la aplicación de un Programa de Terapia Cognitivo-Conductual influye significativamente en la reducción de los síntomas de la depresión

Landa (2020) el presente estudio sobre la influencia entre la terapia cognitiva conductual y la depresión que se realizó a 15 pacientes adultos entre las edades de 26 a 67 años, con diagnóstico de depresión. El diseño de investigación es no experimental, correlacional de corte transversales. Los instrumentos para la evaluación fueron la entrevista clínica , y la técnica psicométrica, se les intervino con el instrumento del Inventario de Depresión de Beck – II, aplicación de técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problema, en este estudio se utilizó el modelo de Beck, en donde se concluyó, que la influencia de la Terapia Cognitiva Conductual del modelo de Beck es adecuada a las necesidades del paciente; ya que se demostró su efectividad con técnicas acorde a los requerimientos de los pacientes habiendo resultados alentadores.

Flores (2019) es un estudio de caso clínico, se elaboró un programa de intervención psicoterapéutico en base al modelo Cognitivo-Conductual, en una adolescente, el cual tuvo una duración de 14 sesiones de intervención psicoterapéutica y 3 sesiones de seguimiento; instrumentos utilizados Anamnesis, Cuestionario de depresión infantil, Lista de chequeo conductual de la ansiedad en niños, Inventario Clínico Multiaxial para adolescentes (MACI), Escala de inteligencia de Weschler para niños – Revisada (WISC-R). Se trabajó en base a la modificación de los pensamientos desadaptativos, que mantienen un estado depresivo, psicoeducación teniendo la finalidad de explicar la problemática, técnicas de control de la ansiedad como la respiración diafragmática, entrenamiento en habilidades sociales para lograr un mejor desenvolvimiento en sus relaciones interpersonales basándonos en la comunicación asertiva. Por último, se considera importante realizar el entrenamiento de solución de problemas para evitar recaídas. Se verificó que la paciente se ha mantenido estable emocionalmente y se evidencia remisión total de sus síntomas.

García (2021) el presente estudio de caso único, con intervención cognitivo conductual de un caso de trastorno depresivo recurrente con rasgo de personalidad dependiente. La intervención fue orientada bajo las técnicas cognitivas y conductuales como: psicoeducación, reestructuración de pensamientos distorsionados, programación de actividades, asignación de tareas graduadas, respiración diafragmática, retribución cognitiva, solución de problemas y entrenamiento habilidades sociales. Instrumentos utilizados: Cuestionario sobre la historia de vida de A. Lazarus, Inventario de Depresión de Beck II (IDB – II), Inventario de Ansiedad estado – Rasgo (STAI) Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI – II). El programa de intervención se realizó según la terapia cognitiva de Aaron Beck, Modificar las cogniciones desadaptativas a través de la reestructuración cognitiva, permitiendo una mejor interpretación de la situación y a su vez disminuir la sintomatología depresiva, recuperando la funcionalidad en sus diferentes áreas. consiste en 17 sesiones, 15 de tratamiento y 2 de seguimiento, una vez

por semana, haciendo uso de técnicas cognitivas y conductuales las cuales han mostrado un alto nivel de eficacia en casos depresivos. Los resultados del post test del área afectiva (IDB – II), muestran disminución significativa de síntomas depresivos.

1.2.2 *Antecedentes internacionales*

Continuando con los estudios internacionales, aquí si se hallaron datos importantes significativos de trabajos realizados en la intervención de los cuales se describen los encontrados.

En el 2016, Antón realiza una investigación en España, donde presenta la intervención en el caso de una adolescente tardía de 18 años de edad con trastorno depresivo mayor. El objetivo es analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual dirigido a reducir la sintomatología depresiva. La evaluación se realizó mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Se aplicó un tratamiento cognitivo-conductual que incluyó psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en respiración diafragmática, auto instrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad y reestructuración cognitiva. Con la intervención, como se evidencia en la evaluación pretest-post test, se consiguió el objetivo principal propuesto, que era la reducción de la sintomatología depresiva. Se discuten las implicaciones de los resultados del estudio, que apoyan la eficacia de la terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de la depresión adolescente.

Acevedo (2018) el presente artículo está enmarcado desde una metodología de estudio de caso, Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente, la usuaria es una mujer de 35 años, para el proceso de evaluación se emplearon los

instrumentos: historia clínica, consentimiento informado, entrevista abierta y dos pruebas psicométricas Inventario de depresión Estado/ Rasgo (IDER) y el Inventario de depresión de Beck – (BDI – II); este proceso se lleva a cabo en dos ocasiones, obteniendo resultados pre y post para evaluar la efectividad de la intervención realizada. Se realizó una intervención psicológica, desde el enfoque cognitivo conductual, durante 14 sesiones, con encuentros de una hora aproximadamente por semana, y teniendo en cuenta las siguientes fases: evaluación, intervención, cierre y seguimiento. Para realizar el proceso de intervención se utilizaron técnicas como: psicoeducación, técnica de retribución, conceptualización alternativa, registro de pensamientos inadecuados, clasificación de las distorsiones cognitivas, discusión y debate de creencias (debate cognitivo), análisis y evaluación empírica, flecha descendente, descentramiento, cuestionamiento socrático, dramatización racional-emocional, solución de problemas y entrenamiento en autoestima. La terapia cognitiva, resulta ser efectiva en el tratamiento del trastorno depresivo persistente, logrando una reducción notable de los síntomas manifestados por el consultante, aumentando su bienestar psicológico.

Duran (2018) realizó una investigación de caso único, cuyo diagnóstico es el Trastorno depresivo persistente, el proceso de intervención basado en elementos científicos, con un proceso terapéutico cognitivo conductual, el cual consta de 19 sesiones estructuradas. La paciente es mujer, de 20 años de edad, en la evaluación se utilizaron las siguientes pruebas: Inventario de pensamientos automáticos, cuestionario de esquemas de Young y el Inventario de depresión de Beck – (BDI – II). La intervención permitió la disminución notable de los síntomas, por tanto, se logró una visible mejoría en el malestar de la paciente.

Herrera (2019) elaboró un modelo un plan terapéutico para mejorar el estado emocional en la depresión basado en el modelo de Aaron Beck, en una mujer de 35 años. Además, para tener un mayor soporte del proceso evaluativo se hace la aplicación de las pruebas

psicométricas IDER, con el objetivo de evaluar el grado de afectación y la frecuencia de ocurrencia que la usuaria muestra, en relación con los componentes afectivos de la depresión; y el BDI, con el fin de identificar la presencia y gravedad de sintomatología depresiva; este proceso se lleva a cabo en dos ocasiones, obteniendo resultados pre y post para evaluar la efectividad de la intervención realizada. Se utilizaron las siguientes técnicas como: psicoeducación, detección del pensamiento, clasificación de las distorsiones, debate cognitivo, análisis y evaluación empírica, cuestionamiento socrático, flecha descendente, dramatización racional-emotiva y solución de problemas. El impacto y la efectividad de la intervención se evidencia no solo en la observación de cambios conductuales y alcance de los indicadores, sino, también, en la consideración de los resultados obtenidos en la medición post-intervención.

Navarro (2018) realizó un estudio de Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único, técnicas de intervención cognitiva conductual, que implica el uso combinado de estrategias terapéuticas en la depresión, como son, el entrenamiento de habilidades sociales, el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognoscitiva, la exposición en vivo, técnica de resolución de problemas, la terapia de autocontrol de Rehm y las actividades dominio y agrado mediante el uso de entrevista profunda, aplicación de pruebas, autorregistros aplicados durante el proceso del tratamiento. Para la evaluación se utilizaron las siguientes pruebas el Inventario de depresión de Beck – (BDI – II) y la Escala de desesperanza de Beck. Los resultados del presente estudio de tratamiento psicológico para la depresión infantil y adolescente, comprueba que la terapia cognitivo-conductual es la que obtiene mejores resultados.

1.2.3 Fundamentación Teórica

Beck (1976) señala que la depresión es el desorden de los pensamientos que el individuo manifiesta de manera inadecuada en cuanto a su realidad, presentando una triada cognitiva de sí mismo, del mundo y del futuro.

Beck (como se citó en Ruiz et al., 2012) postula que, en la depresión monopolar no endógena, las personas presentan vulnerabilidad cognitiva que se activan ante situaciones estresantes de la vida. Esta vulnerabilidad consiste en un conjunto de esquemas negativos y desadaptativos.

La depresión es un trastorno y se caracteriza por una baja energía y estado de ánimo, una autoestima pobre y desinterés en actividades que eran de su agrado. (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) refiere que la depresión se encuentra clasificada en la CIE -10 dentro de los trastornos del humor (afectivos). En los episodios depresivos típicos ya sean leves, moderados o graves, la persona se caracteriza por un bajo estado de ánimo, disminución de la energía y de sus actividades, pérdida de disfrute e interés, falta atención y concentración reducida., presencia de cansancio tras un esfuerzo mínimo, alteración en el sueño y el apetito. Presenta baja autoestima y confianza en uno mismo. Manifiesta ideas de culpa e inferioridad hacia los demás. Asimismo, su estado de ánimo varía un poco, no respondiendo a las situaciones externas, pudiéndose acompañar de los denominados síntomas “somáticos”, como son: pérdida de interés y capacidad de disfrute, despertar precoz de lo programado habitualmente, denotación del humor depresivo por las mañanas, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, disminución del apetito y peso corporal y reducción de la libido.

Por lo tanto, la depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y pérdida de interés de actividades que antes eran de su agrado, también existe desgano para realizar actividades de la vida diaria.

Asimismo, Retamal (1999) denomina polaridad cuando hay presencia de tristeza y de euforia, “cuando existe un solo polo o fase depresiva se designa como depresión monopolar, que es la depresión común o habitual” (p.19). Presentándose alteraciones emocionales, cognitivos, fisiológicos y conductuales.

Haciendo una revisión en varios textos sobre la definición de depresión, esta afecta en las áreas psíquicas y físicas, predominando en la esfera afectiva. (Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014). La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años. (Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Terapia Cognitivo Conductual

Este modelo está conformado por técnicas tanto conductuales como cognitivas para intervención. Como refiere Puerta y Padilla (2011, p.252) la Terapia Cognitiva- Conductual es un modelo de intervención que puede trabajar con diversos trastornos mentales y puede ayudar al paciente a identificar y cambiar sus cogniciones, emociones, conductas y respuestas fisiológicas por otras más funcionales para enfrentar sus dificultades.

Las estrategias de tratamiento de la terapia cognitivo conductual en tres etapas. La primera etapa consiste en establecer una alianza terapéutica, evaluación y plan de intervención preliminar; la segunda, incluye el plan de tratamiento a la necesidad de la usuaria enfocado en las diferentes áreas relacionadas con la depresión y la tercera, es la utilización de estrategias para prevención de recaídas. (Overholser, 2003). Asimismo, ayuda a cambiar la forma como

uno piensa y actúa, basándose siempre en problemas del presente, siendo un tratamiento de corto plazo, donde el paciente decide que problemática abordara. En donde, brinda conocimientos, herramientas y estrategias para manejar situaciones estresantes ante posibles recaídas.

Modelo Cognitivo

Beck (como se citó en Noriega, 2020) La Terapia Cognitiva es el resultado de los hallazgos el cual menciona que los trastornos psicológicos aparecen debido a los pensamientos equivocados que tiene, así como la manera errónea de interpretar los acontecimientos que le ocurren.

Beck et al., (2010) brinda la siguiente definición:

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

De esta manera Beck (2010) propone que los pacientes tienen que conocer la teoría, esto facilitara a identificar y modificar sus cogniciones desadaptativa “La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales” (p. 13). La interpretación de los pensamientos influye en las conductas y emociones.

Clark et al., (como se citó Vásquez et al.,2010) dentro de los modelos cognitivos, el que mayor investigación ha generado ha sido el modelo de Aaron Beck, siendo un modelo de corte clínico, lo cual ha supuesto que los conceptos, así como la propia teoría se hayan reformulado con el tiempo.

En el 2000, Beck reportó que el modelo cognitivo asegura que la mayoría de las perturbaciones psicológicas se originan por las distorsiones cognitivas, las cuales se manifiestan en las emociones y la conducta. La modificación de estas distorsiones por otras más adaptativas mejoraría la calidad de vida del paciente en su ánimo y comportamiento.

Terapia cognitiva de Beck

Aaron Beck, es quien desarrolla la terapia cognitiva, primeramente, para la depresión más tarde para otros trastornos.

Beck et al., (citado por Ibáñez y Manzanare, 2011) la Terapia Cognitiva de Aaron Beck está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. Las situaciones por sí mismas no determinan directamente cómo se sienten y actúan las personas, sino que su respuesta emocional y conductual está mediada por su interpretación de la situación, y por lo que piensan, perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro.

Beck (2010) propone el modelo de intervención para trastornos afectivos, con énfasis en la depresión unipolar, planteando tres elementos: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información)

Triadas cognitiva: Patrones de ideas y actitudes negativas de sí mismo, del mundo y del futuro. Beck (como se citó en Vásquez et al., 2000) se refiere a que el contenido cognitivo de

un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador.

Esquemas negativos: patrones de pensamientos estables y duraderos que representan las generalizaciones de una persona acerca de experiencias pasadas, y de esta manera juzga el presente y el futuro (Camacho, 2003).

Obst Camerini (como se citó en Pollini y col., 2009) plantea que el proceso sigue una secuencia que va desde lo más “superficial (pensamientos automáticos, que son más flexibles y examinables) a lo más profundo” (creencias intermedias y centrales, que son más difíciles de modificar).

La teoría cognitiva Beck propone tres niveles en función al nivel de conciencia de los pensamientos.

“Los esquemas o creencias intermedias permanecen latentes, sin influir en el estado de ánimo o en el comportamiento de la persona mientras no sean activados por determinadas experiencias o estímulos” (Roncero et al., 2016, p.94)

Estas consisten en supuestos condicionales que suelen expresarse como proposiciones del tipo si-entonces; “si intento cosas difíciles, seré incapaz de hacerlas”, “si cometo un error, significa que soy un incompetente”, estos supuestos también pueden manifestarse a través de normas “no debo revelar muchas cosas de mí mismo”, “debo evitar cosas que sean muy complicadas” y actitudes “es terrible cometer un error” (Beck,2000).

Creencias nucleares son de orden jerárquico más superior y menos consciente, siendo creencias incondicionales, duraderas y globales sobre uno mismo “soy incapaz”, los otros “la gente te manipula si puede”, y el mundo “el mundo es peligroso”. Representan el nivel cognitivo más profundo.

Los pensamientos automáticos es la interpretación de la situación la cual influye en las emociones, las conductas y las respuestas fisiológicas (Beck, 2000), Ruiz y Imbemon (1996) se caracterizan por ser no conscientes, siendo un auto diálogo interno con uno mismo, que aparecen ante situaciones y que influyen en las emociones y las conductas.

Tipos de pensamientos automáticos. Mckay, Davis y Fanning (1988) definen los quince pensamientos automáticos de la siguiente manera.

Filtraje: Selección en forma de túnel, de un solo aspecto de una situación. Pensamiento polarizado: Valoración de los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta aspectos intermedios.

Sobre generalización: Sacar de un hecho general una conclusión particular sin base suficiente, si ocurre algo malo en una ocasión, se esperará que ocurra una y otra vez. Interpretación del pensamiento: Tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás.

Visión catastrófica: Adelantar acontecimientos de modo catastrófico para los intereses personales.

Personalización: Hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo.

Falacia de control Este tipo de error o distorsión considera tener el poder y control de todo lo que ocurre a su alrededor, la persona que cree tener una responsabilidad excesiva de los acontecimientos, o lo contrario.

Falacia de justicia: Consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos y necesidades.

Razonamiento emocional: Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente.

Falacia de cambio: Pensamiento mediante el que se cree que son los otros quienes han de cambiar primero su conducta, ya que creen que depende solo de ellos.

Etiquetas globales: Consiste en generalizar una o dos cualidades de un juicio negativo global.

Culpabilidad: Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a uno mismo o a los demás, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen al desarrollo de los acontecimientos.

Los deberías: Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema.

Falacia de razón: Consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto.

Falacia de recompensa divina: Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorara mágicamente en el futuro.

Distorsiones cognitivas: Beck (citado por Caro, 2007) afirma que las distorsiones cognitivas son distorsiones de la realidad que se elaboran sistemáticamente y que provocan consecuentemente un sesgo hacia nosotros mismos. Son cogniciones que persisten frente a la firme evidencia de lo contrario.

Las distorsiones cognitivas tienen características parecidas a las de los pensamientos automáticos, en el sentido de que aparecen sin ninguna reflexión previa o razonamiento, parecen plausibles a los ojos de los pacientes y son menos susceptibles de ser modificados mediante la razón o mediante evidencia que las contradice que otras formas de ideas no asociadas con una forma de psicopatología en concreto (Beck, 1976).

1.3 Objetivos

Objetivo general

Reducir los síntomas depresivos aplicando la terapia cognitivo conductual en una mujer adulta.

Objetivos específicos

Explicar los principios generales de la depresión, mediante el modelo cognitivo de Beck.

Promover el proceso de reestructuración cognitiva de los pensamientos distorsionados de la usuaria asociados a su trastorno depresivo.

Incrementar las actividades placenteras a través de programación de actividades de dominio y agrado.

Desarrollar habilidades de afrontamiento a través de la resolución de problemas.

1.4 Justificación

La depresión es un trastorno emocional más común a nivel mundial, siendo una de las enfermedades de salud mental con mayor carga. Muchas personas que sufren trastornos mentales no reciben tratamiento alguno, pese a que existen intervenciones eficaces como la terapia cognitivo conductual.

Este trabajo es importante porque para elaborarlo sea hecho una revisión actualizada de los fundamentos teóricos tanto de depresión como la terapia cognitivo conductual a través de la revisión de libros, artículos, revista científicas virtuales, que puede servir de consulta para otros lectores.

Este estudio puede quedar como referencia y ayuda para la elaboración de otros programas, o la realización de estudios de investigación descriptivos, comparativos que puedan servir en base a los resultados hallados, como el uso del instrumento utilizado para medir la depresión.

Asimismo, puede utilizarse de base o consulta a otros investigadores que estén trabajando el tema de depresión y desean trabajar metodología o técnicas que tengan buena eficacia en la intervención.

Este trabajo de investigación de caso único, busca reducir los síntomas a nivel físico, conductual y emocional mediante técnicas de intervención cognitivo conductual, lo cual permitirá que la usuaria pueda ponerla en práctica en su vida diaria. Asimismo, será una guía de intervención para futuros casos similares.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

Este estudio de caso permitirá conocer la eficacia de la terapia cognitivo conductual en una mujer, en donde se logró disminuir la sintomatología depresiva de la usuaria, logrando un

bienestar en su salud emocional, física y conductual, lo cual se verá reflejado en su entorno social, en sus pensamientos racionales, positivos y saludables.

Esta intervención podrá ser replicada y beneficiar a la población con sintomatología depresiva ya que se fundamenta en procedimientos específicos y evidencias de cambio conductual.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de Investigación

El presente trabajo es una investigación de tipo experimental, que se clasifica en pre experimental, porque no reúne los requisitos para ser puro, por el grado de control mínimo que se tiene y por tanto no tienen validez interna. Tiene un diseño de pretest y post test con un solo grupo, lo que quiere decir que se aplica una prueba antes de la intervención, luego se da el tratamiento y por último se vuelve a aplicar la prueba posterior a la intervención. (Hernández et al., 2014)

Núñez (como se citó en Ato y Vallejo, 2007) define el diseño de caso único como N=1 diseños en los que una misma unidad de observación (sujeto, paciente, participante, organismo o cualquier otra entidad) se mide repetidamente a lo largo del tiempo bajo todos los niveles de al menos, una variable independiente.

2.2 Ámbito temporal y espacial

El programa de intervención se realizó en un consultorio particular en la ciudad de Lima en el distrito de Los Olivos. Tuvo como duración desde de agosto hasta diciembre de 2021.

2.3 Variables de investigación

Variable independiente: Programa de intervención cognitivo conductual. El desarrollo de la terapia se llevó a cabo en 15 sesiones, las cuales han tenido una duración de 5 meses incluyendo las sesiones de seguimiento, con un tiempo de duración de 45 minutos, una vez por semana; en donde se aplicaron las diversas técnicas cognitivas – conductuales para lograr los objetivos propuestos.

Variable dependiente: Depresión. Beck (2010) señala que la depresión es el desorden de los pensamientos que el individuo manifiesta de manera inadecuada en cuanto a su realidad

presentando una triada cognitiva de sí mismo, del mundo y del futuro; la terapia cognitiva de Beck es uno de los modelos con mayores resultados en este trastorno.

Para medir la valoración de la variable dependiente se empleó el Inventario de Depresión -II (BDI; Beck et al.,1954).

Al respecto Vásquez (2021) realiza una definición operacional:

Cada ítem responde a una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 y 18 que contienen 7 categorías. Las puntuaciones mínima y máxima en la prueba son 0 y 63, las mismas que establecen una clasificación en cuatro grupos 0-13 (mínima depresión),14-19 (depresión leve), 20-28 (depresión moderada), 29-63 (depresión grave). Indicadores: Cognitivo afectivo (tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto) y Somato Motivacional (sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad para concentración, cansancio o fatiga, pérdida de interés en el sexo) (p. 15).

2.4 Participante

M, es una mujer adulta de 25 años de edad, nacida en Lima, soltera, con estudio superior completo, que vive con sus padres y hermana mayor.

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas

En el 2012, Ruiz, et al., define al descubrimiento guiado como el arte de preguntar utilizando el método socrático, en la cual consiste en ayudar al paciente a darse cuenta los problemas derivados de su pensamiento distorsionado, el terapeuta argumentara para ayudar al paciente en el cambio de esos pensamientos desadaptativos.

Cuestionamiento Socrático tiene como característica primordial que el terapeuta conduce el interrogatorio a través de la técnica de preguntar, permitiendo ayudar al paciente a

descubrir su pensamiento distorsionado, induciendo al paciente a que llegue a la conclusión sin ninguna argumentación por parte del terapeuta, tan solo preguntando. El propósito de esta técnica es que el paciente consiga un pensamiento alternativo (Caro, 2011).

Búsqueda de evidencias se trata de examinar a través de preguntas y poner a prueba el pensamiento distorsionado, en donde deberá analizar las evidencias a favor o en contra de la validez de sus creencias (Caro, 2009).

Bulacio (2004) la psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende, una mejora en la Calidad de Vida. La psicoeducación como herramienta terapéutica es viable de utilizar en diferentes tipos de abordajes: Individual, familiar, grupal, vincular, etc.

Ruíz, et al., (2012) el autorregistro es una técnica que se usa para recoger información, sobre todo para conocer su estado emocional, conductual y cognitivo; el autorregistro permitirá tener información de lo que le ocurre al paciente durante la semana y también sirve como línea base para comparar durante y después de la intervención.

Algunas técnicas conductuales en el modelo cognitivo de Beck

Beck et al., (citado por Caro 2011) refiere que la programación de actividades sirve para que el paciente organice su día a día, implicándolo en diversas tareas. En primer lugar, la técnica se utiliza contra la pérdida de motivación, la inactividad y la preocupación con ideas depresivas, por ejemplo, del tipo “no hago nada”, “no soy capaz de hacer nada”, etc.

La técnica de dominio y agrado, ayuda cuando el paciente evita o no recuerda actividades que fueron de su agrado, por ello conjuntamente con el terapeuta realizaran una lista de actividades agradables, en donde valorara cambios en su estado de ánimo, normalmente al estimar el dominio y la satisfacción en una sencilla escala de 0 a 5, o de 0 a 10. El “Dominio” puede no relacionarse directamente con el término ni con la magnitud de la tarea. El Agrado se

refiere a los sentimientos de placer, diversión o alegría derivados de una actividad (Beck et al., 2010).

Asignación de tareas graduales consiste en que el paciente, pueda realizar tareas sencillas para luego continuar con otras más complejas, sin menospreciar sus logros obtenidos, demostrando que es capaz de realizarlo. La finalidad de la técnica no es aliviar, de forma directa, el problema del paciente sino evaluar adecuadamente cada paso logrado por el paciente. (Beck et al., 2010).

La técnica de solución de problemas pretende enseñar al sujeto un método sistemático para la solución de problemas (D’Zurilla, 1993; D’Zurilla y Nezu, 1982, 1999) consistente en cinco habilidades: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación (Vázquez, 2000).

Además de las técnicas descrita tenemos otras que se utilizó para complementar

La relajación consiste en aflojar tanto la parte física como psíquica de la persona, y al mismo tiempo genera creatividad y aumenta la expresión de las emociones. Mientras estamos relajados todo nuestro organismo y nuestro cerebro se acomodan a una actitud más abierta y productiva. (Pintanel, 2017)

Rivera y Alcázar (2019) señalan los beneficios, siendo una manera de lograrlo es sentir como el aire ingresa y sale por la nariz, mientras respiramos profundamente.

La respiración profunda consiste en aprovechar la máxima capacidad de los pulmones, llenándolos lentamente de aire hasta lograr que el pecho y el abdomen se muevan; dicho movimiento se debe a que el diafragma, capa que divide al tórax del abdomen, empuja de arriba hacia abajo al abdomen.

Piacente (2009) afirma que la observación es una técnica más antigua de la cual se obtienen datos perceptibles operacionalmente de la persona, como su comportamiento verbal y no verbal durante la interacción, características del sujeto y otros contextos que lo involucren.

Para Morga (2012) refiere que la entrevista es más que un instrumento para recolectar información, enfatizando en la relación interpersonal que existe entre el entrevistador y el entrevistado, creando un vínculo para poder entender la necesidad del paciente en sus procesos cognitivos, emocionales y conductuales.

2.5.2 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron para la evaluación psicométrica y recolección de datos fueron las siguientes:

- Inventario de depresión de Beck
- Inventario De Pensamientos Automáticos (IPA)
- Lista de chequeo de habilidades de Golsdtein
- Cuestionario de Personalidad Eysenck (CPE)

Ficha técnica Inventario de depresión de Beck

Autor: Aaron T. Beck, con la colaboración de Robert A. Steer y GregoryK. Brown.

Objetivo: medir la presencia y gravedad de la depresión.

Procedencia: Universidad de Londres Inglaterra.

Aparición :1954

Ámbito de aplicación: en adolescentes a partir de los 13 años y adultos en adelante.

Forma de Administración: Individual y Colectiva.

Descripción de la prueba: consta de un total de 21 ítems indicativos de 17 síntomas: tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Puede ser aplicado de forma individual o grupal, requiere mínimo de 10 a 15

minutos. El presente instrumento se basa en el modelo cognitivo de Beck, cada ítem se responde a una escala de 4 puntos, de 0 a 3. Las puntuaciones mínima y máxima son 0 y 63 estableciendo la siguiente categoría: 0-13 mínima depresión; 14-19 depresión leve; 20-28 depresión moderada; 29-63 depresión grave.

Confiabilidad: Alfa de Cronbach de 0.878. Lo cual indica que el instrumento presenta una consistencia interna óptima.

Validación: validado en el año 2013 por Carranza Esteban Renzo Felipe, en su investigación Propiedades Psicométricas Del Inventario De Depresión De Beck II en Universitarios de Lima.

Ficha técnica Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

Nombre original: Inventario de pensamientos automáticos “IPA”

Autores: Ruiz y Lujan (1991)

Objetivo: Hacer una evaluación para identificar los principales tipos de pensamientos automáticos de las personas y sobre esta base ayudar a las mismas a interpretar de otra forma sus pensamientos y su vida.

Administración: Individual, colectiva, auto aplicable

Duración: 40-45 minutos aproximadamente

Ámbito de aplicación: Adolescentes de 14 años a más

Significación: Distorsiones cognitivas presentes en la persona

Evalúa 15 distorsiones cognitivas, a través de 45 preguntas: Filtraje o Abstracción Selectiva, Pensamiento Polarizado, Sobre generalización, Interpretación del Pensamiento, Visión Catastrófica, Personalización, Falacia de Control, Falacia de Justicia, Razonamiento Emocional, Falacia de Cambio, Etiquetas Globales, Culpabilidad, Deberías, Tener Razón y Falacia de Recompensa Divina.

Confiabilidad y validación: Para calcular la fiabilidad se utilizó el coeficiente omega que reveló una aceptable consistencia interna para Factor 3 ($\omega = .76$); una buena consistencia para el Factor 2 ($\omega = .80$) y excelente para el Factor 1 ($\omega = .91$).

Validado: en el año 2020 por Gamarra Rodríguez, Alejandra Gabriela y Vela Calixto, Martha Fiorella. Primeras Evidencias Psicométricas del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) en Universitarios Peruanos.

Cuestionario de personalidad Eysenck – (CPE)

Autor: Hans Jürgen Eysenck

Objetivo: Evaluar de manera directa las dimensiones de la personalidad

Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo.

Procedencia: Universidad de Londres Inglaterra.

Aparición :1954

Ámbito de Aplicación: A partir de los 16 años en adelante

Tiempo: variable

Forma de Administración: Individual y Colectiva.

Descripción: consta de tres escalas principales, y posee una cuarta escala de mentira. El CPE contiene 78 preguntas con respuestas SI y NO.

Lista de chequeo de habilidades de Goldstein

Autor: Arnold Goldstein y col.

Año: 1978

Aplicación: individual y colectivo.

Tiempo: 15 a 20 minutos aproximadamente.

Edad: 12 años en adelante

Significación: indica habilidades sociales en déficit en niños del primer ciclo educativo, pudiéndose ampliar a grupos de mayor edad.

Traducción: Rosa Vásquez (1983) traducción y adaptación: Ambrosio Tomás (1994-95)

Esta escala fue diseñada por Arnold Goldstein y su equipo de colaboradores todos ellos especialistas en ciencias de la conducta, los cuales seleccionaron 50 ítems, a partir de una relación de habilidades básicas que comprendía la descripción de seis tipos de habilidades:

Habilidades Sociales Básicas, Habilidades sociales avanzadas, Habilidades relacionadas con los sentimientos, Habilidades alternativas a la agresión, Habilidades para hacer frente al estrés y Habilidades de planificación. La escala de habilidades sociales de Goldstein, es una prueba optativa, que puede ser aplicado tanto en forma individual como grupal, pudiendo incluso en algunos casos ser autoadministrada. Está conformada por 50 frases que están asociadas a la valoración que se tiene de cada habilidad basándose en la conducta personal frente a distintas situaciones.

Confiabilidad y validación: se calculó el Coeficiente Alfa de Cronbach, de consistencia interna, obteniendo Alpha Total “rtt” =0.9244. Finalmente, todos estos valores demostraron la precisión y estabilidad.

2.5.3 Evaluación psicológica

Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos: M. R.
- Edad: 25 años
- Fecha de nacimiento: Lima, 25 de junio de 1996
- Grado de instrucción: Superior Completa.
- Dirección: Los Olivos.
- Fecha de entrevista: agosto de 2021.
- Lugar de entrevista: Lima
- Terapeuta: Psic. Magaly Torres Nieto

Observación Psicológica

La usuaria es de sexo femenino, aparenta su edad cronológica, de tez blanca, contextura gruesa y estatura baja. Viste acorde a su sexo, edad, estación y ocasión, presentando higiene y aliño personal adecuado. Ingres a consulta con una marcha lenta, cuando saluda mira hacia arriba (lado izquierdo). Evidencia timidez al hablar siendo su tono bajo, intranquilidad y cierto grado de ansiedad con la necesidad de tener el celular en la mano y mirar a cada momento. Asimismo, es colaboradora y amable durante de la entrevista, manteniendo poco contacto visual. Además, se encuentra lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona; presta atención a estímulos de su agrado, mantiene la conversación durante toda la sesión y es capaz de cambiar un tema a otro sin perder la ilación del tema. La memoria a corto y largo plazo se encuentran conservadas; su lenguaje es fluido y entendible. Finalmente, en el área afectiva se identifica un estado de ánimo deprimido.

Motivo de consulta

Mujer de 25 años de edad con educación superior, acude a consulta por propia iniciativa, manifiesta: “Me siento triste, hace un año termine mi relación y no logro olvidarlo”, “él fue mi primer enamorado”, “nunca volveré a ser feliz”. Desde entonces ella se encuentra llorando a diario, tiene desgano, no tiene ganas de comer, se pasa la mayor parte del día durmiendo o mirando el celular, se ha aislado de su familia y amistades, tiene pensamientos negativos sobre su vida amorosa, presentando pensamientos distorsionados, tristeza, ansiedad, colera e irritabilidad, dolor de cabeza y cuello.

Presentación del Problema Actual

Problema Actual:

Usuaría acude a consulta porque hace un año presenta pensamientos distorsionados y cambios humor que han afectado conductualmente y emocionalmente en su persona; refiere

que sigue comunicándose con su expareja, enviándole WhatsApp en ocasiones le responde, cuando no lo hace y lo ve que está en línea siente colera (9/10), tristeza (8/10), ansiedad (9/10) y piensa “debería tener una pareja a mi edad” “no debería haberme dejado”, al ver que no tiene una respuesta entra a sus redes sociales y comienza a postear mensajes de desamor “los mujeres no deben de rogar a un hombre”, esta situación se repite entre 3 a 4 veces por semana. Por las noches no puede conciliar el sueño, se queda revisando las redes sociales hasta la madrugada.

Usuaría, llama por teléfono a su ex pareja diciéndole que quiere verlo, él le responde “no entiendes, que no quiero nada contigo” y piensa “soy una tonta”, “nadie se fijará en mí” “, “nadie me va querer” a la vez siente tristeza (9/10), colera (8/10) y ansiedad (7/10) frente a ello camina de un lugar a otro o duerme para no pensar en su problema. Últimamente tiene bajo apetito, falta de sueño, irritabilidad y desgano para buscar trabajo, prefiere quedarse en cama todo el día.

Cuando comparte con su familia está más atenta al celular revisando las redes sociales y pregunta a una amiga si sabe algo de su ex pareja, ella le envía una foto de su ex pareja con su nueva enamorada lo que llevo a que pensara “todos los hombres son iguales” junto con sentimientos de tristeza (9/10), colera (8/10), ansiedad (7/10). Se encierra en su habitación y se pone a llorar, su madre le pregunta por qué ha cambiado tanto que le sucede y ella solo manifiesta que la dejen sola.

En ocasiones ha intentado salir con sus amigos, pero cuando llega el día acordado llama, inventando excusas para evitar las reuniones, manifestando tristeza (9/10), ansiedad (7/10) y colera (8/10), llora y prefiere quedarse en cama todo el día. Cuando su hermana ingresa a la habitación le dice que debería levantarse, ordenar el lugar, ante ello M, discute con su hermana diciéndole “déjame en paz, es mi vida. Presenta pérdida de apetito, ya que en el almuerzo solo come la mitad del plato, refiere: “No tengo hambre, me siento triste”.

Mira su celular y ve las fotos y videos junto con su expareja y Piensa “Me quedare sola, ya nadie me va querer”, siente tristeza (9/10), ansiedad (7/10) y colera (8/10), llora y escucha música romántica, sin ganas de no hacer nada, se queda en su habitación durante el día, durmiendo o viendo el celular, revisando las redes sociales de su ex pareja o si está en línea.

La usuaria manifiesta sentir impotencia y frustración con respecto a su situación actual refiriendo, “me gustaría no tener este problema”, expresa que actualmente su entorno social y familiar, se ha visto afectado por la depresión. Su hermana le manifiesta que necesita ayuda profesional y decide buscar atención psicológica por primera vez, expresando interés y compromiso en el tratamiento, por último, también refiere no tener antecedentes familiares con depresión u otros trastornos.

Desarrollo cronológico del problema

A los 6 años recuerda que ella fue la única que llego al colegio en movilidad, todos venían con sus mamás, no lloro, pero se sintió triste ver a otros niños acompañados por sus padres.

A los 8 años recién se da cuenta que su madre no la acompañaba a los paseos y siempre la encargaba con la profesora, tampoco asistió a las actuaciones de la escuela, porque no le gustaba relacionarse con las otras madres haciendo comentarios “esas madres no tienen nada que hacer en su casa, solo paran chismoseando”. Frente a ello M. Se ponía triste de que su madre no estuviera presente en la escuela.

A los 10 años recuerda que había una profesora que era muy exigente, todos tenían que prepararse para salir a exponer, manifestando que ella siempre estaba lista para salir al frente, aquel día hubo muchos compañeros que no salieron y cuando la llamaron ella salió y realizo su exposición, cuando termino la profesora hizo un comentario “todos deben ser como su compañera” sintiéndose avergonzada delante de sus compañeros. A partir de ese momento

había un niño más grande que la comenzó a molestar más seguido “era muy cruel”, me decía “te aplasto el tráiler” porque tenía la nariz achatada, se avergonzaba y no le así caso, se ponía triste y a veces le salían algunas lágrimas.

Recuerda que era muy estudiosa, siempre fue muy responsable con las tareas. La usuaria indica que tenía solo dos amigas, era la más habladora del grupo, pero con niños del aula era muy tímida, se ponía roja cuando un niño se le acercaba a preguntar o pedir algo, prefería evitarlos.

A los 11 años ve a sus padres discutiendo, su padre vota la silla, ella y su madre se asustan por reacción de su padre, manifestando que estaba mareado, recuerda que su madre siempre le reclamada por que llegaba tarde y cuando le pedía para el diario le contestaba que no tenía ella le decía “todo lo gastas tomando”. Ella, lloraba y se iba a su habitación para no escuchar la pelea de sus padres.

A los 12 años, deja a sus mejores amigas para irse con el grupo de las chicas creídas, copiando todo lo que ellas realizaban, pintarse los ojos, subirse la falda. Manifestando que no se sentía cómoda, “ellas me decían lo tenía que hacer para que pueda pertenecer al grupo”, además le hacían sentir mal, por ello decide volver a juntarse con sus amigas de siempre.

Cuando tenía 14 años, tuvo intervención quirúrgica de emergencia, por una apendicitis, manifiesta que su madre no la cuidaba porque era muy nerviosa, siempre la dejo al cuidado de la tía desde que nació.

Cuando tenía 16 años sus amigas tenían enamorados y ella no, eso la hacía sentir triste pero nunca se lo dijo a sus amigas, siempre estaba con ellas, pero a veces se sentía incomoda por eso cuando salían con sus enamorados prefería quedarse en casa, viendo televisión.

A los 23 años tuvo su primer enamorado, era el amigo del enamorado de su amiga, por insistencia de sus amigas acepta salir con él, al inicio ella era un poco distante, llegando

enamorarse de él, al inicio de la relación se envían mensajes durante el día, se veían con frecuencia, conversaban por las noches, pero cuando empezó él a trabajar se distanció, diciendo que por trabajo no iba a tener tiempo, desde ese momento ella empezó a llamarlo más seguido, pero él siempre le contestaba que estaba ocupado, y que no podían verse.

Los problemas se iniciaron cuando él decía que no podía salir con ella, sin embargo, él le mentía porque en sus redes sociales posteaban fotos con amigos y amigas. Ella le reclama y él decide terminar la relación diciendo que ella era muy “intensa” que no le dejaba salir con sus amigos y lo controlaba mucho.

Historia Personal

Desarrollo inicial

El embarazo fue planificado y esperado, nació a los 9 meses por parto normal, manifiesta que su madre no tenía mucha paciencia, se ponía nerviosa por que lloraba mucho y no podía darle de lactar porque no tenía leche.

En su desarrollo psicomotor, la usuaria refiere que camino al año y dos meses, tuvo dificultades en su lenguaje asistiendo desde muy pequeña a la terapia de lenguaje y al ortodoncista.

Conductas y hábitos adecuados durante la infancia.

Era obediente y responsable con sus tareas.

Conductas y hábitos inadecuados

En casa siempre tenía que ser la primera en todo, sino se ponía a llorar.

Miedo que sus padres la abandonen, cuando se iban de viaje.

Actitudes de la familia frente al niño

Usuaria refiere que sus padres siempre le dieron todo, nunca le negaron nada, siempre le daban todo lo que pedía incluso antes que a su hermana mayor.

Educación

Su nivel inicial lo hizo en un colegio cercano de su casa. Cuando inicio la primaria la cambiaron de colegio “Precursores de la Independencia”, en el cual tuvo un buen rendimiento académico, tanto en curso de ciencia como letras. Estudio la primaria y la secundaria.

A los 18 años ingreso a la universidad Cesar Vallejo, a la carrera de Derecho, sus padres le dijeron que no podía perder el tiempo preparándose en la academia. Manifiesta que siempre se esforzó mucho y poder conseguir una beca para que sus padres se sintieran orgullosos de ella.

Historia de trabajo

A los 23 años realiza sus prácticas pre profesionales en SUNARP, por su desempeño la contratan por un año. A pesar de que refiere haber experimentado ansiedad se podía desempeñar adecuadamente, a veces sentía que sus compañeras de trabajo la observaban por ello solo se dedicaba solo a trabajar y no socializaba mucho. Al finalizar su contrato y ver que no le renuevan siente que no se desarrolló satisfactoriamente.

Información sobre el sexo

Usuaria señala que no recibió información sobre sexo en casa. Recuerda que lo conversaba con sus amigas del colegio y con su hermana mayor.

Historia Sexual

Inicia su primera relación sexual a los 23 años con su primer enamorado, el cual nunca la formalizo y la dejo.

Educación Religiosa

Proviene de una familia católica, a los 15 años realizo su confirmación

Relaciones interpersonales

Durante su infancia, refiere que solo tenía dos amigas en el colegio y que ella era la más alegre, participativa y que en el colegio era muy conocida por los profesores, pero que le era muy difícil relacionarse con los niños se ponía nerviosa y más si sus amigas la molestaban con el niño que le gustaba, no le hablo hasta la secundaria.

Enfermedades

De niña siempre padeció de infección urinaria

Historia Familiar

La usuaria vive con sus padres y hermana mayor

Tabla 1

Datos familiares de la usuaria

Parentesco	Nombre	Edad	Características	Relación
Madre	Felicia	58 años	Desde joven siempre fue independiente, cuando cumplió la mayoría de edad se vino a Lima a trabajar.	Fue distante, me gritaba por eso discutíamos, pero siempre le daba lo que ella pedía.
Padre	Mario	62 años	Sociable, tiene muchos amigos.	Cuando era pequeña, mi padre siempre trabajaba no lo veía mucho, pero siempre fue muy cariñoso y me daba todo lo que le pedía.
Hermana	Melissa	30 años	Reservada y tranquila.	Mantiene una buena comunicación, pero desde que la ve llorando por su ex pareja discuten.

2.5.4 Informe psicológico integrador

Informe Psicológico Integrado

- Nombre y Apellidos: María
- sexo: Femenino.
- Edad: 25 años
- Fecha de Entrevista: agosto de 2021.
- Psicóloga: Magaly Torres Nieto.

Instrumentos aplicados

- Entrevista y observación psicológica
- Inventario de Depresión de Beck.
- Cuestionario de personalidad de Eysenck.
- Inventario de pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan, 1991
- Lista de chequeo de habilidades de Golsdtein

Resultados

Tabla 2

Resultados del inventario de Depresión de Beck

Puntaje directo	Nivel	Diagnóstico
26	moderado	Depresión moderada

Tabla 3*Resultados del Cuestionario de Personalidad de Eysenck*

Dimensión	Puntaje directo	Puntaje percentil	Diagnostico
Extraversión	14	70	Tendencia a la extroversión
Neuroticismo	11	70	Tendencia al neuroticismo
Psicoticismo	2	20	Ajuste emocional
Mentiras	3	15	La prueba se valida

Tabla 4*Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan*

N°	Pensamiento Automático	Puntaje	Efecto emocional
1	Filtraje: ¡Todo es negativo! Nada es positivo	0	Bajo
2	Pensamiento polarizado: ¡Blanco o negro! Lo hago bien o mal	1	Bajo
3	Sobre generalización: ¡Siempre fracasaré!	7	Severo
4	Interpretación del pensamiento: Piensa esto de mi...	1	Bajo
5	Visión catastrófica: "Va a suceder esto..." (que suele ser lo peor)	4	Regular
6	Personalización: "Eso lo está diciendo por mi...; Yo soy más... / menos..."	1	Bajo
7	Falacia de control externo: "No puedo hacer nada..."	1	Bajo
8	Falacia de justicia: "No hay derecho a..." "Es injusto que..."	2	Bajo
9	Razonamiento emocional: "Si lo siento así, es que es verdad"	1	Bajo
10	Falacia de cambio: "Si tal cosa cambiara entonces yo podría..."	2	Bajo
11	Etiqueta global: ¡Qué torpe soy!	6	Severo
12	Culpabilidad: "Por mi culpa...", "Por su culpa..."	2	Bajo
13	Debería: "Debo de...", "No debo de..."	6	Severo
14	Falacia de razón: "Tengo la razón..." "Sé que estoy en lo cierto..."	6	Severo
15	Falacia de recompensa divina: "El día de mañana, esto cambiará" "El día de mañana tendré mi recompensa"	2	Bajo

Tabla 5*Resultados de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein*

Áreas	Puntaje directo	Categoría
Habilidades Sociales	144	Normal nivel

Interpretación

El puntaje obtenido por la usuaria es de 26 puntos lo cual indica una depresión moderada, presentado tristeza, pesimismo, perdida de interés en sus actividades, cambios en sus hábitos de sueño, pensamientos negativos sobre su situación, todo ello influye en su repertorio conductual y emocional.

La usuaria presenta características de personalidad tendencia a la extroversión, es sociable le gusta compartir con amigos y amigas, ir a fiestas, impulsiva “primero actúa luego piensa” esto sucede cuando esta con personas de confianza y sus pares. Se adapta a situaciones o circunstancias que tienen que ver con obtener reconocimiento en el ámbito profesional “busca hacer todo para agradar a sus superiores”.

Por otro lado, se considera a la usuaria con una tendencia al neuroticismo como una persona lábil emocionalmente y sobre activo, que reacciona intensamente a los estímulos externos discute con los miembros de su familia por qué siente que la responsabilizan de lo que sucede en su casa.

Se ajusta a las reglas sociales respeta los horarios del trabajo siempre llega temprano, cuando tiene citas médicas asiste puntualmente y mantiene una buena relación con su entorno cercano.

Usuaria aún mantiene comunicación con su ex pareja, ella le escribe, pero él la deja en visto, mientras él sale con sus amigos, ella se quedaba en su casa, aislándose de su familia para estar en su habitación mirando si estaba en línea o revisar los estados de los amigos en común que tienen, ella y piensa “debería tener una pareja a mi edad” “no debería haberme dejado”

Cuando comparte con su familia está más atenta al celular revisando las redes sociales y pregunta a una amiga si sabe algo de su ex pareja, ella le envía una foto de su ex pareja con su nueva enamorada lo que llevo a que pensara “todos los hombres son iguales”

Usuaria ha obtenido un puntaje total de 144 ubicándola en la categoría Nivel normal en las áreas de sus habilidades sociales.

Conclusiones

- Usuaria presenta Depresión Moderada
- Características de personalidad con tendencia extrovertida, tendencia al neuroticismo y adecuado ajuste de las reglas sociales.
- Se desenvuelve en la vida cotidiana con los pensamientos automáticos: sobre generalización, visión catastrófica, deberías, etiqueta global
- Presenta una categoría Nivel Normal en sus habilidades sociales

Recomendaciones y/o sugerencias

- Intervención Cognitivo Conductual
- Disminuir los síntomas depresivos de la usuaria
- Seguir un programa de manejo emocional.
- La usuaria necesita aprender estrategias para la Reestructuración de sus cogniciones.
- Se recomienda reforzar sus habilidades sociales.

Tabla 6*Análisis cognitivo*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y conducta (C)
No tener respuesta de su ex pareja.	“Debería tener una pareja a mi edad” “No debería haberme dejado”	Colera (9/10), tristeza (8/10), ansiedad (9/10) postear mensajes de desamor. Se queda revisando las redes sociales hasta la madrugada.
Rechazo de su ex pareja	“Nadie se fijará en mí” “Me quedare sola” “nadie me va querer” “Soy una tonta”	tristeza (9/10), colera (8/10) y ansiedad (7/10) Se queda en cama todo el día.
Su amiga le envía una foto de su ex pareja con su nueva enamorada.	“Todos los hombres son iguales”	tristeza (9/10), colera (8/10), ansiedad (7/10). Se encierra en su habitación Camina de un lugar en su habitación.
Cuando mira su celular y ve las fotos y videos junto con su expareja.	“Me quedare sola, ya nadie me va querer”	tristeza (9/10), ansiedad (7/10) y colera (8/10), Se encierra en su habitación y se pone a llorar. Se pone a escuchar música romántica.

Diagnostico tradicional:

A continuación, se presenta el diagnóstico tradicional, según el DSM 5, se detallan los criterios de diagnósticos para la depresión, estableciendo el análisis de las conductas que presenta la usuaria.

Tabla 7

Criterios diagnósticos del episodio depresivo, según DSM V

Criterios del DSM 5	Conductas de la usuaria
<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p>	Si cumple
<p>1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas</p>	La usuaria manifiesta que se sentía tristeza y desanimada la mayor parte del tiempo y lloraba con frecuencia
<p>2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).</p>	M. refiere que las actividades que antes realizaba las dejó de hacer, porque nada la motivaba, ha dejado de frecuentar a sus amistades y compartir con sus familiares.
<p>3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).</p>	La usuaria ha perdido el apetito (come la mitad del plato)

Criterios del DSM 5	Conductas de la usuaria
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.	La usuaria manifiesta que duerme durante el día y que por las noches no tiene sueño y se la pasa mirando el celular hasta la madrugada. Y que durante el día se siente cansada.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.	La usuaria no cumple con el criterio establecido.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	De acuerdo con lo que refiere la usuaria se muestra cansada durante el día. Manifestando falta de energía para realizar sus actividades cotidianas o buscar trabajo, quedándose todo el día en cama.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).	La usuaria manifiesta sentirse inútil de poder resolver sus problemas a pesar de ser consciente de su problema y de la consecuencia.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	Menciona que no puede concentrarse en las diversas actividades que realiza y tomar decisiones como buscar trabajo o comenzar a estudiar la maestría.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.	La usuaria no cumple con el criterio establecido
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Si afecta su desarrollo emocional y social.
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	La usuaria no cumple con el criterio establecido
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco	La usuaria no cumple con el criterio establecido

2.6 Intervención

2.6.1 Plan de intervención y calendarización

Tabla 8

Sesiones del programa de intervención

sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participante	Técnicas de tratamiento
01	06/08/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Entrevista Observación Evaluación psicométrica (pre test) autorregistro
02	13/08/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Entrevista Observación Evaluación psicométrica (pre test) autorregistro
03	20/08/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Psicoeducación según Beck
04	27/08/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Psicoeducación BECK
05	03/09/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Psicoeducación BECK
06	10/09/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Cuestionamiento socrático
07	17/09/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Cuestionamiento socrático
08	24/09/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Examinando evidencias

sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participante	Técnicas de tratamiento
09	01/10/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Examinando evidencias
10	09/10/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Descubrimiento guiado
11	15/10/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Técnica de dominio y agrado
12	22/10/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Resolución de problemas Respiración diafragmática
13	29/10/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Entrevista Observación Evaluación psicométrica (post test) autorregistro
14	12/11/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Retroalimentar las sesiones anteriores
15	17/12/2021	45'	Una vez por semana	Usuaría de 25 años	Retroalimentar las sesiones anteriores

2.6.2 Programa de intervención

Se presenta las sesiones de intervención terapéutica realizadas con la usuaria, donde se emplearon técnicas cognitivas conductuales que favorecieron a la reducción de los síntomas depresivos a través de la modificación de pensamientos distorsionados.

Tabla 9*Sesión N°1: Entrevista y Observación*

Objetivo	Técnica e instrumento	Procedimiento y actividades
Recabar información concerniente al motivo de consulta, los factores asociados al problema y crear un clima de colaboración terapéutica.	Entrevista Observación Evaluación psicométrica (pre test) autorregistro	Presentación y bienvenida con la usuaria. Identificación del motivo de consulta. Elaboración de la historia clínica Identificación de los pensamientos Aplicación de la Escala de Depresión de Beck y el Inventario de personalidad de Eysenck. Tarea: Identificar situaciones problema que considera que influyen o contribuyen malestar.

Tabla 10*Sesión N°2: Evaluación Psicométrica*

Objetivo	Técnica e instrumento	Procedimiento y actividades
Recabar información concerniente al motivo de consulta, los factores asociados al problema y crear un clima de colaboración terapéutica.	Entrevista Observación Evaluación psicométrica (pre test) autorregistro	Revisión de la tarea de la sesión anterior. Continuar con la elaboración de la historia clínica. Se realiza el consentimiento informado. Aplicación del Inventario de pensamientos automáticos y lista de chequeo de habilidades sociales. Se realiza la elaboración de pensamientos y enseñanza del autorregistro de la frecuencia de los pensamientos. Tarea: Realizar el registro de línea base de los pensamientos.

Tabla 11*Sesión N° 3: Sensibilización a la usuaria*

Objetivo	Técnica e instrumento	Procedimiento y actividades
Informar y sensibilizar a la usuaria sobre el trastorno que padece desde el modelo cognitivo.	Psicoeducación	<p>Revisión de la tarea de la sesión anterior.</p> <p>Se explica sobre la depresión, síntomas, causas, tratamiento y la terapia cognitiva conductual.</p> <p>Se realiza la alianza terapéutica.</p> <p>Tarea: Registro de actividades diarias que realice durante la semana. Registrar las ideas importantes de cada sesión.</p>

Tabla 12*Sesión N°4: Técnica de psicoeducación*

Objetivo	Técnica e instrumento	Procedimiento y actividades
Explicar la relación situación, pensamiento, emoción y conducta.	psicoeducación	<p>Revisión de la tarea de la sesión anterior.</p> <p>Se le explica que (A) no le lleva a (C), sino su pensar (B) respecto a (A) que le llevo a (C). Con esta descripción, se confirma la comprensión de la usuaria en el modelo ABC.</p> <p>Tarea: Autorregistro de ABC por espacio de una semana. Aplicada en situaciones de la usuaria en la estructura ABC</p>

Tabla 13*Sesión N°5: Explicación de los pensamientos distorsionados*

Objetivo	Técnica e instrumento	Procedimiento y actividades
Explicar en qué consiste los pensamientos distorsionados y la influencia de estos.	Psicoeducación	<p>Revisión de la tarea de la sesión anterior.</p> <p>Se analiza pensamientos adecuados e inadecuados</p> <p>Se explica a la usuaria de las distorsiones cognitivas y se le brinda ejemplos.</p> <p>Identificar los pensamientos automáticos, que suscitan en situaciones problemáticas para luego poder cuestionarlos.</p> <p>Tarea: Registro de frecuencia de pensamientos negativos de la línea base.</p> <p>Registrar los pensamientos automáticos cada vez que existan cambios en tu estado de ánimo.</p>

Tabla 14*Sesión N°6: Restructuración de pensamiento*

Objetivo	Técnica e instrumento	Procedimiento y actividades
Modificar los pensamientos distorsionados y desadaptativos existente de la usuaria.	Cuestionamiento socrático	<p>Revisión de la tarea de la sesión anterior.</p> <p>Se reestructura el pensamiento “Nadie me va querer”, en donde la terapeuta mediante las preguntas encaminara a la usuaria a descubrir su pensamiento distorsionado y pueda llegar a una conclusión solo con las preguntas. ¿Qué evidencias tienes?</p> <p>¿Qué te hace pensar eso? ¿Puedes predecir y saber que nadie te va querer?</p> <p>¿Dónde está la lógica que nadie te va querer? ¿Por una experiencia piensas</p>

así? ¿Por una cosa que te pasa la generalizas a todas las demás?

Continuar con la implementación de los pensamientos flexibles, adecuados y adaptativos.

Tarea: Promover la autocuestionamiento de los pensamientos automáticos disfuncionales intentando generar alternativas más flexibles.

Tabla 15

Sesión N°7: Restructuración de Pensamiento

Objetivo	Técnica e instrumento	Procedimiento y actividades
Modificar los pensamientos distorsionados y desadaptativos existente de la usuaria.	Cuestionamiento socrático	<p>Se reestructura el pensamiento “debería tener una pareja a mi edad” “no debería haberme dejado” en donde la terapeuta mediante las preguntas encaminara a la usuaria a descubrir su pensamiento distorsionado y pueda llegar a una conclusión solo con las preguntas.</p> <p>¿Por qué dice que no debió dejarte? ¿Dónde está escrito? ¿En una relación de pareja ambos deben sentir lo mismo? ¿Entonces tiene lógica que la relación continuara? ¿Entonces el no tener respuesta de tu ex pareja te dice algo? ¿Vale la pena insistir en que tu pareja no debería dejarte?</p> <p>Continuar con la implementación de pensamientos flexibles, adecuados y adaptativos.</p> <p>Me hubiera gustado que no me deje. Ahora me siento mal porque me dejo, pero sé que lo voy a superar.</p>

Tabla 16*Sesión N°8: Restructuración de pensamiento*

Objetivo	Técnica e instrumento	Procedimiento y actividades
Modificar los pensamientos distorsionados y desadaptativos existente de la usuaria.	Descubrimiento guiado	<p>Se reestructura el pensamiento “soy una tonta” La terapeuta ayudara a la usuaria a través de sus pensamientos, argumentara para poder cambiar su filosofía.</p> <p>Sucede algo -----pienso algo</p> <p>Sucede algo -----siento algo</p> <p>¿Qué es ser una tonta? ¿De qué te sirve seguir pensando eso? ¿Qué consecuencias tiene pensar así?</p> <p>Continuar con la implementación de pensamientos flexibles, adecuados y adaptativos.</p> <p>Querer a alguien no me hace sentir tonta.</p>

Tabla 17*Sesión N°9: Restructuración de pensamiento*

Objetivo	Técnica e instrumento	Procedimiento y actividades
Modificar los pensamientos distorsionados y desadaptativos existente de la usuaria.	Examinando evidencias	<p>Se reestructura el pensamiento “me quedare sola” La terapeuta ayudara a analizar la evidencia a favor y en contra para debilitar el pensamiento.</p> <p>¿Qué piensas de lo que dices? ¿Qué evidencias tienes? ¿Qué te hace pensar eso?,¿Puedes predecir y saber el futuro? ¿Dónde está la lógica? ¿Por una experiencia piensas así? ¿Por una cosa que te pasa la generalizas a todas las demás? Continuar con la implementación de pensamientos flexibles, adecuados y adaptativos.</p> <p>Algunas personas nos pueden querer y otras no.</p> <p>Puedo encontrar a alguien que me quiera.</p>

Tabla 18*Sesión N°10: Restructuración de pensamiento*

Objetivo	Técnica e instrumento	Procedimiento y actividades
<p>Modificar los pensamientos distorsionados y desadaptativos de la usuaria.</p>	<p>Cuestionamiento socrático y Preguntas para examinar las pruebas de un pensamiento:</p>	<p>Se reestructura el pensamiento “todos los hombres son iguales” la terapeuta mediante las preguntas encaminara a la usuaria a descubrir su pensamiento distorsionado y pueda llegar a una conclusión solo con las preguntas. ¿En qué te basas para pensar eso? ¿Qué datos existen a favor de ese pensamiento? ¿Qué es lo que le hace pensar que las cosas son así? ¿Has estado con todos los hombres para decir que son iguales? ¿Por una experiencia piensas así? ¿Por una cosa que te pasa la generalizas a todas las demás? ¿Cuántas experiencias frustrantes has tenido?</p> <p>Continuar con la implementación de pensamientos flexibles, adecuados y adaptativos. Todas las personas que tuvieron un fracaso en el pasado, no significa que debe fracasar en el futuro.</p> <p>Tarea: Registro de actividades que la usuaria realiza durante el día por una semana.</p>

Tabla 19*Sesión N°11: Reconocimiento de actividades agradables*

Objetivo	Técnica e instrumento	Procedimiento y actividades
Promover el reconocimiento de las actividades agradables para la usuaria.	Técnica de dominio y de agrado	<p>Revisión de la tarea de la sesión anterior.</p> <p>Explicar en qué consiste la técnica</p> <p>Elaborar conjuntamente con la usuaria las actividades agradables con la lista que elaboro como tarea, para organizar su día a día</p> <p>Tarea: Registro de pensamientos de la línea base.</p> <p>Continuar con las actividades agradables y/o actividades a las que pudiese hacer frente adecuadamente y sin dificultad por poseer las habilidades necesarias.</p>

Tabla 20*Sesión N°12: Manejando situaciones conflictivas*

Objetivo	Técnica e instrumento	Procedimiento y actividades
Entrenar a la usuaria en el manejo de situaciones conflictivas y en prevención de recaídas.	Resolución de problema Respiración diafragmática	<p>Revisión de la tarea de la sesión anterior.</p> <p>Se trabajará conjuntamente con la usuaria el formulario para la resolución de problemas el cual consta de 4 puntos: definir el problema, significado o pensamiento automático, respuesta adaptativa.</p> <p>Se le explicara como realizar la respiración profunda antes situaciones que causen ansiedad.</p> <p>Tarea: Practicar la respiración diafragmática</p> <p>Programar actividades de dominio y agrado.</p>

Tabla 21*Sesión N°13: Evaluación de pruebas psicométricas*

Objetivo	Técnica e instrumento	Procedimiento y actividades
Aplicar las pruebas psicométricas como parte del post test.	Entrevista Observación Evaluación psicométrica (post test)	Revisión de la tarea de la sesión anterior. Aplicación de la Escala de depresión de Beck, Inventario de pensamientos automáticos y lista de chequeo de habilidades sociales para contrastar el resultado actual con la evaluación pre tratamiento

Tabla 22*Sesión N°14 y 15: Seguimiento y retroalimentación*

Objetivo	Técnica e instrumento	Procedimiento y actividades
Realizar seguimiento	Retroalimentar las sesiones anteriores	Consiste en repasar las distintas estrategias utilizadas que dieron resultado en la resolución del conflicto. Se verificó que la usuaria se ha mantenido estable emocionalmente.

2.7 Procedimientos

Para este caso clínico, se elaboró un trabajo académico, la usuaria llega al consultorio particular manifestando dificultades en lo emocional, conductual y fisiológico, es en la segunda sesión de evaluación en donde se le solicita ser parte de una investigación, aceptando ser parte; se le aplicó cuatro pruebas psicométricas como parte del pre test, estas fueron antes de la intervención, teniendo los resultados se da inicio al tratamiento bajo la intervención cognitivo

conductual teniendo como modelo cognitivo de Aaron Beck, la cual es informada en el contrato terapéutico.

Por otro lado, se buscó información para la realización del sustento teórico sobre la depresión, en libros virtuales, revistas, artículos, investigaciones nacionales e internacionales etc., la cual ha sido de mucha ayuda para la elaboración de este trabajo.

Además, se elaboraron los objetivos del programa basándose al modelo de intervención en un caso de depresión. En la intervención se utilizaron técnicas cognitivas y conductuales como: cuestionamiento socrático, examinando evidencias, descubrimiento guiado, psicoeducación, dominio y agrado, programación de actividades, resolución de problemas y respiración diafragmática. El programa consto de 15 sesiones en la cual incluye 2 sesiones de seguimiento, en la doceava sesión se realizó el post test para contrastar la eficacia de la intervención.

Para terminar, se plasmaron los resultados en figuras, se realizó la discusión de los resultados con otras investigaciones de los antecedentes nacionales e internacionales, las conclusiones y recomendaciones del trabajo académico.

2.8 Consideraciones éticas

Se requiere informar a la usuaria sobre la siguiente consideración según la ley N° 20733, ley de protección de datos personales y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS se resguardan en todo momento la identidad, información de enfermedades, creencias, orientación sexual, lo relacionado a la intimidad sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las leyes en mención.

A su vez se tomará en cuenta según el Código de Ética y Deontología del Colegio Psicólogos del Perú adaptado al Estatuto Nacional y a la Ley N°30702 del 21 de diciembre de 2017 donde refiere en el Capítulo III - de la Investigación del artículo 24° que el psicólogo debe tener presente que toda investigación en seres humanos debe necesariamente contar con

el consentimiento informado de los sujetos comprendidos. Asimismo, en el artículo 25° menciona que en todo proceso de investigación el psicólogo debe cautelar la primacía del beneficio sobre los riesgos para los participantes y tener en consideración que, la salud psicológica de una persona prevalece sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

Por lo cual, el psicólogo está en la obligación de brindar información a la usuaria según el capítulo VIII, de los instrumentos de investigación en el artículo 49° y 50°, el psicólogo tiene la obligación de explicar y brindar los resultados de las pruebas, evitando cualquier situación que ponga en peligro su estabilidad emocional.

Finalmente, en el capítulo X- Confidencialidad en los artículos 57°, 58°,59° en donde se menciona la confiabilidad aun después del tratamiento, resguardando la identificación de la persona con fines didácticos, con excepción de mandato judicial y/o de autoridad competente, el resultado de la evaluación e intervención psicológica, no podrá ser revelado a terceras personas, salvo expresa autorización del interesado y dentro del límite de esta autorización.

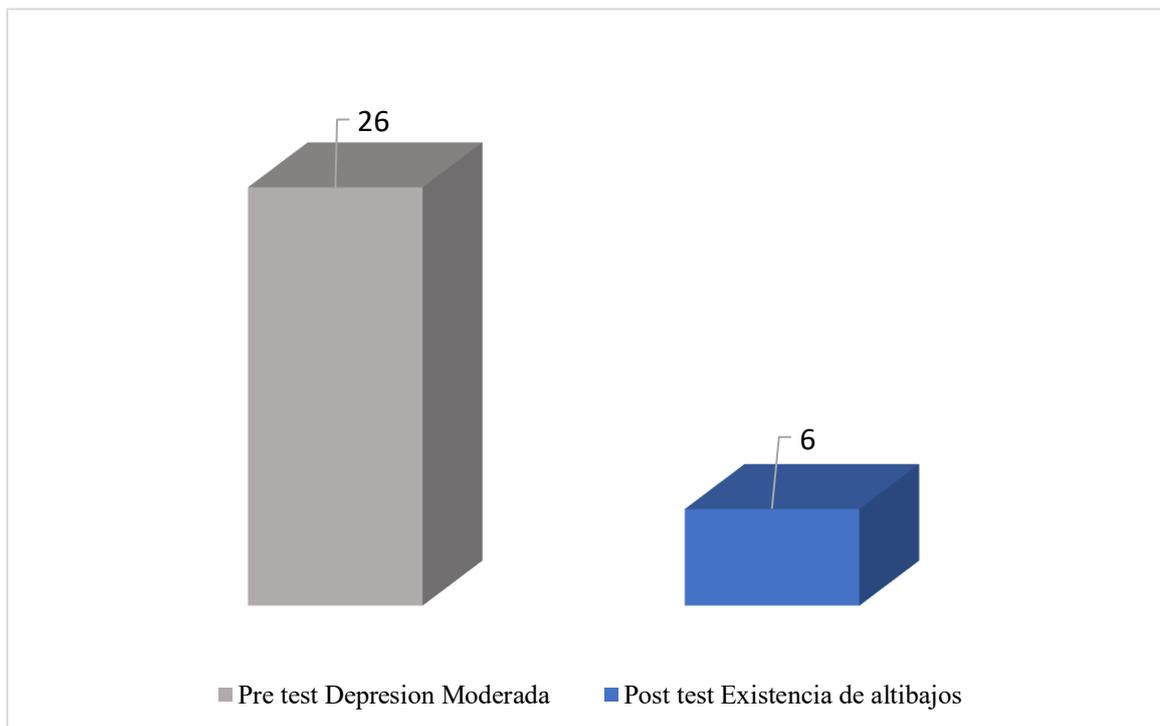
III. RESULTADOS

3.1 Análisis de Resultados

A continuación, se presentan los resultados del programa Cognitivo Conductual, de la aplicación de pruebas psicológicas del pre y post del Inventario de depresión de Beck, Inventario de pensamientos automáticos y el listado de chequeo de habilidades sociales y la línea base en pensamientos y contrastar dicha información con los efectos del programa que denotan los testimonios de la fase post-test 1 (sexta sesión) y post- test 2 (onceava sesión) fase de seguimiento.

Figura 1.

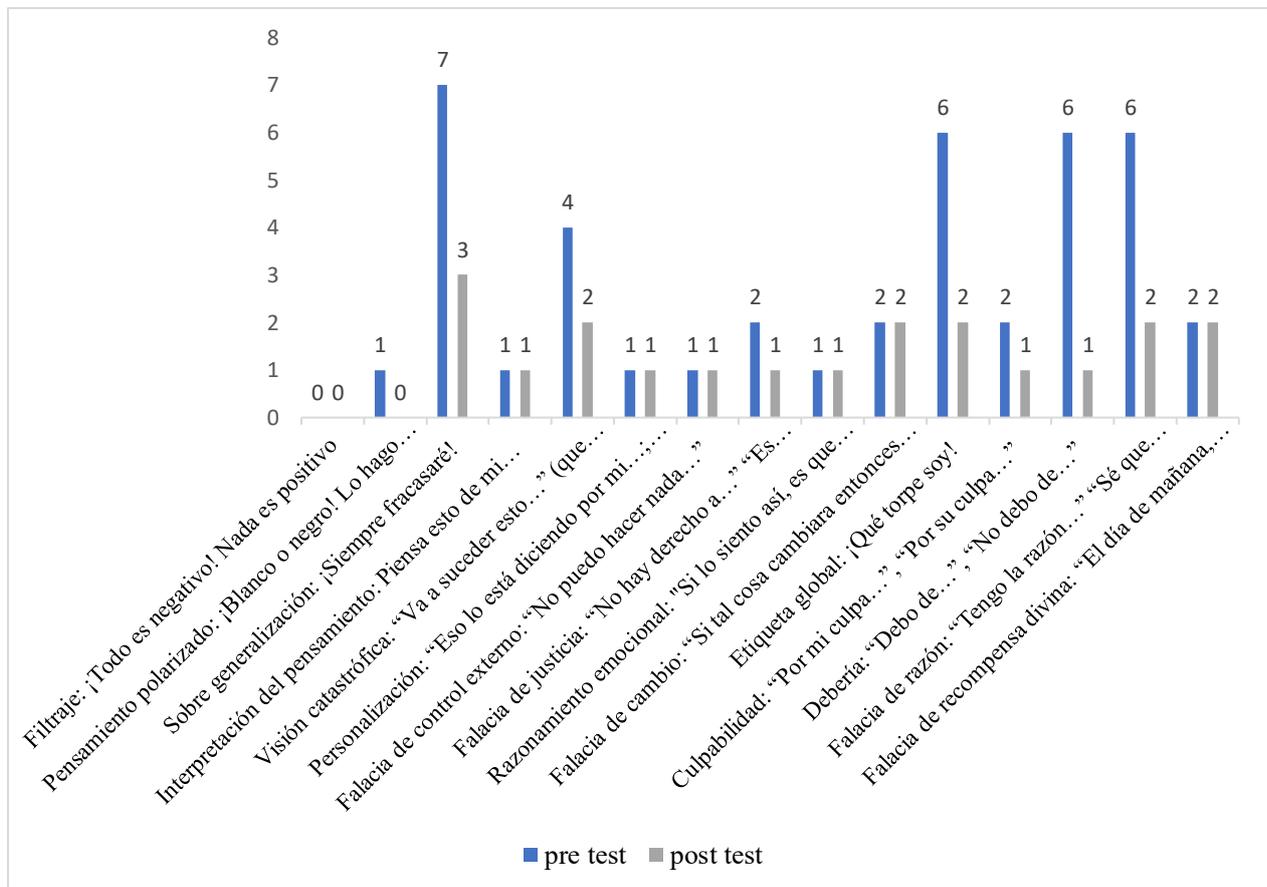
Resultados del nivel de depresión de Beck



En la figura 1 se observa las puntuaciones de pre y post test del Inventario de Depresión de Beck, antes de la aplicación del programa de intervención el nivel de depresión moderada con 26 puntos a niveles de existencia de altibajos con 6 puntos luego del programa.

Figura 2.

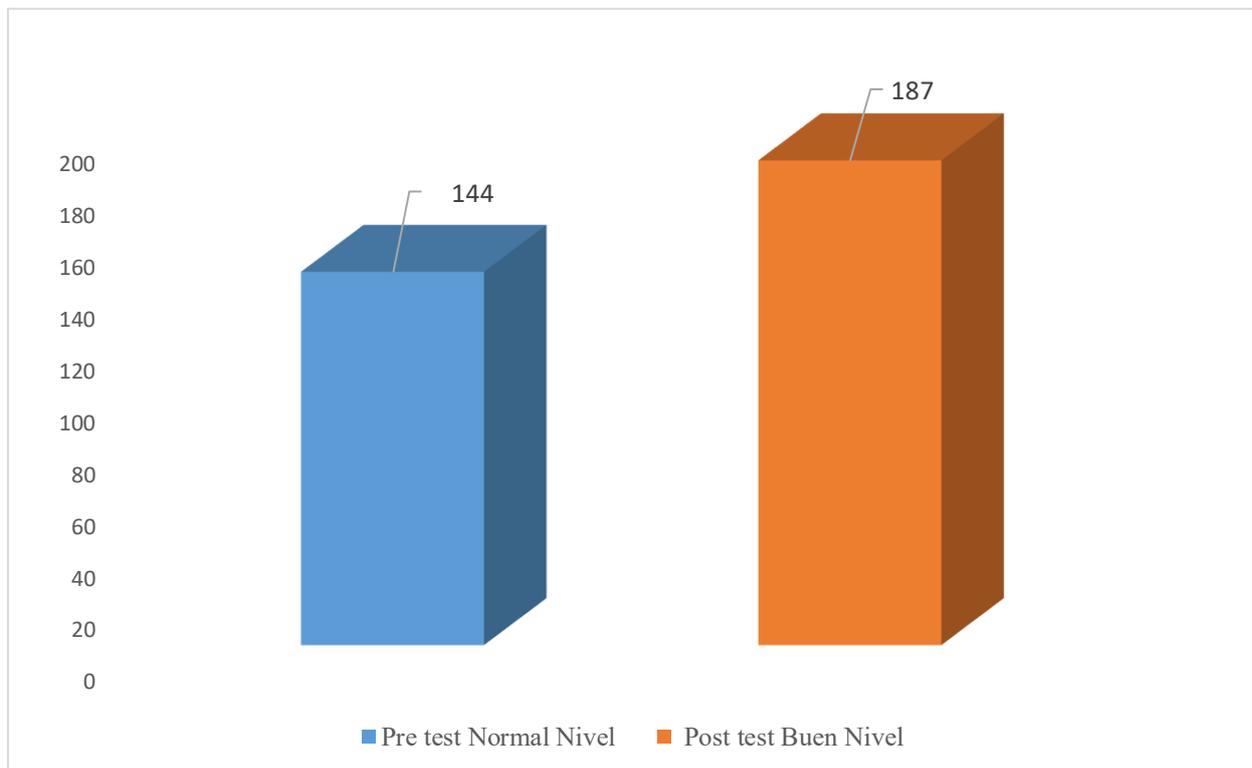
Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján



En la figura 2 se puede apreciar los resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján, en donde se detectan las distorsiones cognitivas, en el Pre-test, obtiene un rango de severo sobre generalización, etiqueta global, deberías y falacia de razón y un rango regular destacando la distorsión como visión catastrófica. En el Post obtienen un rango de bajo, lo que indica una disminución de las distorsiones cognitivas.

Figura 3.

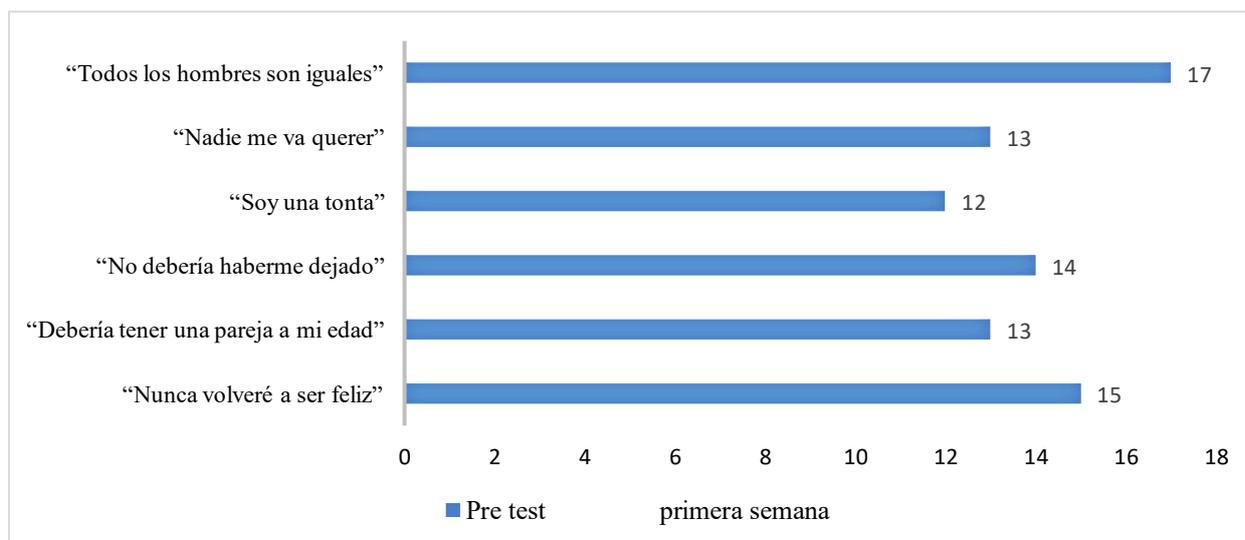
Resultados de la Lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein pre y post tratamiento



En la figura 3, se aprecia los resultados del pre test la puntuación de 144 ubicándola en la categoría de nivel normal, después de la intervención según el post test se observa un ligero aumento la cual la ubicaría en la categoría de buen nivel con 187 puntos.

Tabla 23*Línea base de pensamientos negativos*

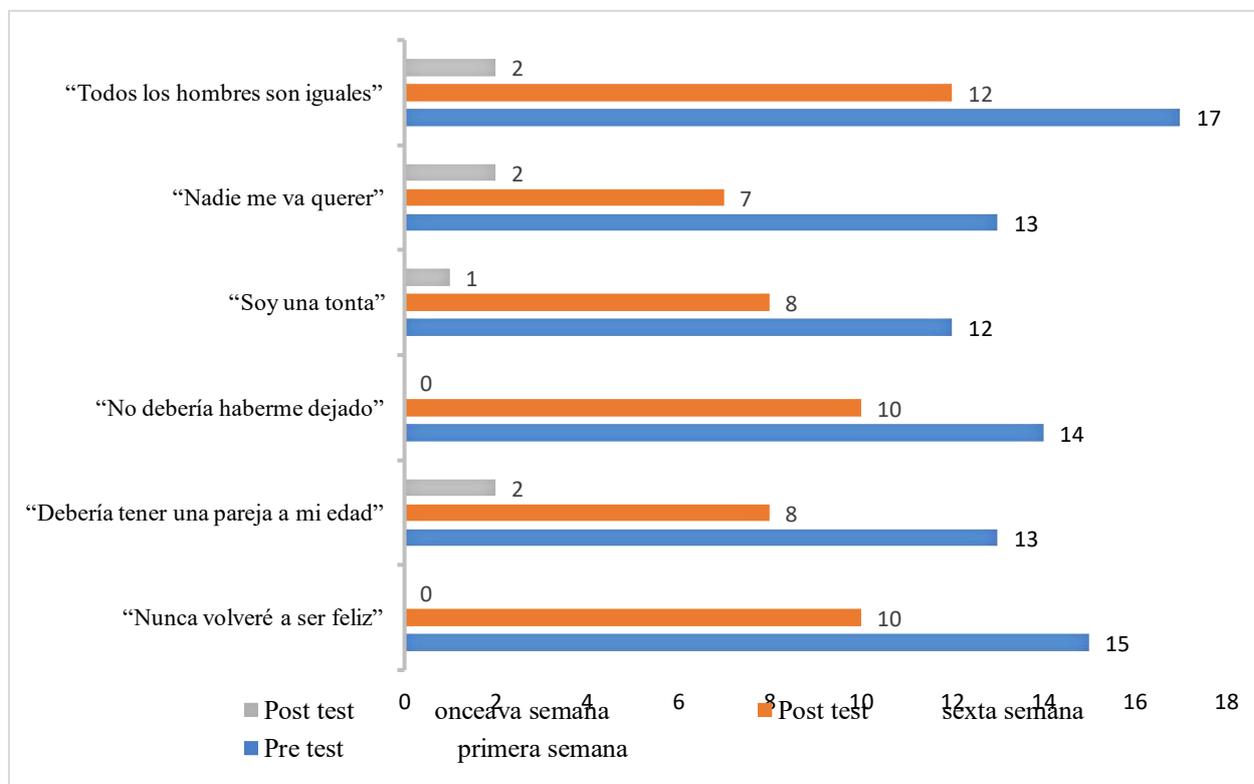
Pensamientos	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Lu	Total
“Nunca volveré a ser feliz”	II	I	I	III	I	III	III	I	15
“Debería tener una pareja a mi edad”	III	I	II	III	I	I	I	I	13
“No debería haberme dejado”	I	II	II	I	III	II	II	I	14
“Soy una tonta”	I	II	I	II	I	II	I	II	12
“Nadie me va querer”	I	II	I	II	II	II	II	I	13
“Todos los hombres son iguales”	II	III	II	III	I	II	II	II	17

Figura 4*Línea base de Pensamientos Negativos*

En la figura 4 podemos observar la línea base de los pensamientos negativos registrados en las sesiones 1 y 2 de evaluación

Figura 5

Línea de Seguimiento de los Pensamientos Negativos.



En la Figura 5, se aprecia el registro de frecuencia antes y después (Pre test, post test 1 y post test 2) a la primera, sexta y onceava sesión, de los pensamientos negativos relacionados con la depresión, observándose una reducción significativa en todos los pensamientos negativos después del tratamiento.

3.2 Discusión de Resultados

Como ya señaló la OMS (2020) La depresión es un trastorno mental común. Se estima que en todo el mundo el 5% de los adultos padecen depresión.

El presente caso tuvo como objetivo reducir la sintomatología de la depresión, mediante un programa de intervención cognitivo conductual en una usuaria adulta, de acuerdo con los resultados del Inventario de depresión de Beck en el pre test (26) como puntaje directo y el post test (6), se observa que hubo una reducción significativa en los síntomas depresivos. Estos

resultados se asemejan con resultados obtenidos por Calderón (2020) quien de manera general también encontró un impacto en el programa, en el pre test (27) y del post test (8).

Por otra parte, también se utilizó el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan para identificar el tipo de distorsión cognitiva que la usuaria presenta, que puntúan por encima de la media entre ellas esta, sobre generalización (7), etiqueta global (6), deberías (6), falacia de razón (6) y visión catastrófica (4), los resultados señalan una eficacia en la reestructuración cognitiva por pensamientos más adaptativos. Estos resultados también lo refuerzan en el estudio de Duran (2018) también utilizó el inventario de pensamientos automáticos en donde se observaron las siguientes distorsiones filtraje (5), pensamiento polarizado (5), sobre generalización (6), visión catastrófica (5) y personalización (4), para evaluar el tipo de distorsión cognitiva. Los resultados indican la coincidencia en el uso del mismo instrumento basado en los principios teóricos de la terapia cognitiva de Beck, la cual permite identificar y reestructurar las cogniciones por otras más adaptativas. Ruiz y Lujan (1991) elaboraron el Inventario de Pensamiento Automáticos (IPA), con el fin de medir tanto pensamientos automáticos como distorsiones cognitivas.

Con respecto al objetivo de promover la reestructuración cognitiva de los pensamientos distorsionados que causan malestar, los resultados demuestran la eficacia, de que la usuaria logro incorporar pensamientos más adaptativos, basándose en el modelo cognitivo de Beck, esto guarda relación con los resultados favorables al igual que los expuestos en investigaciones internacionales tales como el realizado por Acevedo y Gélvez (2018) teniendo como eje principal de la intervención, identificar y modificar los pensamientos automáticos. Estos resultados son similares a lo descrito por Calderón (2020) y Huaynates (2019) quienes aplicaron la reestructuración cognitiva. Esto demuestra que la modificación de estas distorsiones por otras más adaptativas mejoraría la calidad de vida del paciente en su ánimo y comportamiento. (Beck, 2000)

Asimismo, se procedió a trabajar en primer lugar con la psicoeducación y en segundo lugar con la reestructuración cognitiva, como lo hicieron los estudios de Flores (2019), García (2021), Huaynate (2019) y Navarro (2018). Dado a que Beck, (2000) refiere que la terapia cognitiva es educativa, porque instruye al paciente acerca de su problema y de la terapia.

También se logró incrementar las actividades placenteras, del mismo modo se puede corroborar basándonos en los estudios de Navarro (2018) y Céspedes (2017) que aplicaron la técnica de dominio-agrado y programación de actividades logrando incrementar el ritmo de actividad diaria, siendo satisfactorio la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual, lo cual confirma la relación entre pensamiento y conducta. La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta, también se utilizan, dentro de un marco cognitivo técnicas comportamentales. (Beck, 2000)

3.3 Seguimiento

Al término de las sesiones de intervención, se revaluó a la usuaria obteniendo como resultado una mejora a nivel emocional, cognitivo y conductual.

Por último, se realizó dos sesiones de seguimiento, el primero a los 15 días, el segundo al mes.

Por tanto, se vio pertinente dar de alta a la usuaria puesto que se observó una disminución en la sintomatología de la depresión junto con la modificación de sus pensamientos distorsionados.

Para terminar, se logró un cambio positivo en la usuaria, fortaleciendo las estrategias y habilidades para la prevención de recaídas.

IV. CONCLUSIONES

1. El programa de intervención ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de depresión en el caso de una mujer adulta por el rompimiento de su relación sentimental.
2. La usuaria aprendió a utilizar diversos conocimientos, técnicas y estrategias de afrontamiento lo cual le permite enfrentar posibles futuras recaídas, así como encontrar soluciones adecuadas a las exigencias de su medio familiar, social y personal.
3. Se logró modificar los pensamientos distorsionados a través de la reestructuración cognitiva.
4. Por último, la usuaria ha sido capaz de incorporar habilidades o estrategias de afrontamiento de manera eficaz en su vida diaria hacia el final de la intervención de manera efectiva.

V. RECOMENDACIONES

1. Replicar el presente estudio con personas que tengan similares características de caso clínico, a fin de validar el programa de intervención en otros contextos.
2. Practicar las técnicas aprendidas, no solo aplicarlas cuando se presenten situaciones que involucren a una separación, sino también en otras situaciones donde perciba dificultad para manejarlo.
3. Practicar las habilidades de afrontamiento aprendidas que aseguren su sostenimiento en el tiempo y continuar con las sesiones de seguimiento en intervalos de tiempos trimestral, semestral y anual para la prevención de recaídas.
4. Aplicar investigaciones de caso único que aporten al conocimiento y manejo de la depresión y el vínculo con las distorsiones cognitivas para mejorar futuras investigaciones terapéuticas.

VI. REFERENCIA

- Acevedo, R. M. y Gélvez, G. L. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. (55), 156 – 158.
<https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/1001/1449>
- Antón, V. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. 3 (1), 45-52.
https://www.revistapcna.com/sites/default/files/antonmenarguez_et_al_2016_tcc_deprasion_adolescente_tardia.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría (2017). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Medica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios de Diagnostico del DSM-5*. Médica Panamericana.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa
- Bulacio, J., Vieyra, M., Álvarez, D. y Benatuil, D. (2004). *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. XI Jornadas de Investigación*.
<https://www.aacademica.org/000-029/16>
- Caballo, V. (2007) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo veintiuno editores.
- Calderón, M. D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191 <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>

- Duran, M. A. (2018). *El modelo cognitivo conductual aplicado a un caso único con trastorno depresivo persistente*. [Tesis de maestría]. Universidad del Norte.
<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8308/133906.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Flores, A.V. (2019). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana*. [Tesis de licenciatura].
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5567>
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. M. (2014). *Metodología de la investigación*. Interamericana editores.
- Herrera, H. G. (2019). *Plan de intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual para la depresión* [Tesis de licenciatura]. Universidad Técnica de Machala. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13883/1/ECUACS-2019-PSC-DE00010.pdf>
- Huaynates, B. M. (2019). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa*. [Trabajo Académico para Optar el Título de la Segunda Especialidad Profesional en Terapia Cognitiva Conductual]. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Ibáñez, T. C. y Manzanera, E. R. (2011). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria (parte 2). *Publicado por Elsevier*. 40(1):34-41
<https://doi.org/10.1016/j.semerng.2011.07.020>.
- Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15 (1), 119-145.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630257005>

- Landa, G. M. (2020). *La influencia entre la terapia cognitiva conductual y la depresión en pacientes adultos de la ciudad de Ica*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma de Ica
<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1235/1/Maria%20Ang%C3%A9lica%20Landa%20Garcia.pdf>
- Martina, M., Ara, M. A., Gutiérrez, C., Nolberto, V., y Piscocoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 393-397. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>
- Ministerio de Salud. (2018). *Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental*.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Ministerio de Salud. (2018). *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021*.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Navarro Loli, J. S., Moscoso, M. y Calderón de la Cruz, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- Navarro, M. M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único*. [Tesis de maestría]. Universidad

del Norte Barranquilla

<http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?se>

Noriega, S.E. (2020). *Reestructuración cognitiva conductual en una mujer que realiza autolesiones no suicidas. [Trabajo Académico para Optar el Título de la Segunda Especialidad Profesional en Terapia Cognitiva Conductual]. Universidad Nacional Federico Villarreal.*

http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4592/Noriega_Suarez_Elsa_Lucia_Segunda_Especialidad_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Núñez, P.M. (2001). *Diseños de Investigación en Psicología*. Ediciones de la Universidad de Barcelona.

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20322/1/Dise%C3%B1o_de_investigaciones.pdf

Morga, R. L. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. Red Tercer Milenio.

<http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/2712>

Overholser, J. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión: un modelo de tres etapas para guiar la planificación del tratamiento. *Elsevier* 10(3), 231-239.

[https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80035-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80035-4)

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10: *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. MEDITOR. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>

- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes Estimaciones sanitarias mundiales*.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Pintanel, B. M. (2017). *Técnicas de relajación creativa y emocional 2*. Ediciones Paraninfo, SA.
- Puerta, P. J. y Padilla, D. D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión. *Duazary*, 8 (2),251-257.
<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Pérez, P. E., Cervantes, R. V., Hijuelos, G. N., Pineda, C. J., y Salgado, B.H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Retamal, C. P. (1999). *Depresión*. Editorial universitaria. 2da edición.
https://books.google.com.mx/books?id=1kwVmA7st_cC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Rivera, M. P. y Alcázar, O. R. (2019). La respiración profunda, sus beneficios y cuándo usarla. *Ibero*. <https://hdl.handle.net/20.500.11777/4321>
- Ruiz, J. y Luján, J. (1991). *Manual de Psicoterapia Cognitiva. Inventario de pensamientos automáticos*. <https://serproductivo.org/wpcontent/uploads/2018/03/inventario-de-pensamientos-automaticos.pdf>
- Ruiz, F.M., Díaz, G. M. & Villalobos, C. A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* Desclée De Brouwer, S.A.
- Vásquez, V. M., (2021) *Programa de intervención cognitivo conductual para usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario*. [Tesis de

maestría]. Universidad Cesar Vallejo.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/58106?show=full>

Vásquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000) Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8 (3) 2, 417-449.

Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*, 18(1), 139.

VII. ANEXOS

Anexo A

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

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

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 24 de agosto del 2021

Hora: 15:00

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

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

.....
Firma o huella del paciente.

DNI:.....

Firma o huella de la psicóloga.

DNI:.....

Anexo B

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

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

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 siento acerca de mí mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

Anexo C

Cuestionario de Personalidad Pen de Eysenck (CPE)		Si	No
Instrucciones: Marque con un (x) el casillero que corresponda según su respuesta			
1	¿Es Ud. más distante y reservado que la mayoría de la gente?		
2	¿Encuentra difícil iniciar actividades algunas mañanas?		
3	¿La mayoría de las cosas le da lo mismo a ud?		
4	¿Si Ud. dice que hará algo, mantendrá su promesa de hacerlo, sin importar los inconvenientes que se le presenten?		
5	¿Le divierte ir a fiestas?		
6	¿Puede usualmente ordenar sus ideas?		
7	¿Es divertido hacer daño a la gente?		
8	¿A veces Ud. pierde la calma y se molesta?		
9	¿Haría Ud. casi cualquier cosa por un desafío?		
10	¿Alguna vez ha tenido miedo de perder la razón?		
11	¿Goza Ud. generalmente de buena salud?		
12	¿Ocasionalmente Ud. tiene pensamiento que prefería que otras personas no lo conozcan?		
13	¿Le es divertido cazar, pescar o practicar tiro?		
14	¿Muchas veces sueña despierto?		
15	¿Fue o es su madre una buena mujer?		
16	¿Todos sus hábitos son buenos y deseables?		
17	¿Casi siempre tiene una respuesta rápida cuando la gente le habla?		
18	¿Le es difícil mantener la atención en lo que está haciendo?		
19	¿Considera Ud. que tiene más problemas que la mayoría de la gente?		
20	¿Algunas veces chismosea?		
21	¿Es Ud. mosca?		
22	¿A veces esta Ud. sin ganas de comer?		
23	¿Le preocupa mucho adquirir alguna enfermedad?		
24	¿Declararía siempre todos sus impuestos, aun si supiera que no sería descubierto		
25	¿Le gusta mucho el bullicio y excitación a su alrededor?		
26	¿A menudo se siente saciado?		
27	¿le gusta mezclarse con la gente?		
28	¿Ha tenido mucha mala suerte?		
29	¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?		
30	¿Se siente deprimido por las mañanas?		
31	¿Hay mucha gente que trata de evitarlo?		
32	¿De toda gente que conoces hay alguien que definitivamente a Ud. no le gusta?		
33	¿Se considera una persona de buena suerte?		
34	¿Cambia su estado de ánimo frecuentemente?		
35	¿Permite que sus sueños le adviertan o guíen?		
36	¿A veces habla de cosas que desconoce?		
37	¿Puede Ud. usualmente ir y disfrutar de una fiesta gay?		
38	¿A veces siente que no le importa lo que suceda?		

39	¿Piensa que hay alguien que es responsable de la mayoría de sus problemas?		
40	¿De niño hacia siempre lo que le decían?		
41	¿Le gusta tener personas a su alrededor?		
42	¿Se siente miserable sin ninguna buena razón?		
43	¿Considera que la gente se ofende con facilidad?		
44	¿A veces se enoja?		
45	¿Le gusta salir mucho?		
46	¿A menudo se preocupa por sentimientos de culpa?		
47	¿Usaria drogas que le causan algunos efectos extraños y peligrosos?		
48	¿A veces se ríe de chismes groseros?		
49	¿Le gusta hacer bromas?		
50	¿Siente compasión por si mismo?		
51	¿Ama Ud. a su madre?		
52	¿Esta Ud. libre de prejuicios de toda clase?		
53	¿Normalmente prefiere estar solo?		
54	¿Le reocupa mucho su apariencia?		
55	¿Tiene enemigos que desean hacerle daño?		
56	¿A veces alardea?		
57	¿Le es difícil mostrar sus sentimientos?		
58	¿A menudo se siente débil para todo?		
59	¿Sus amistades se rompen sin que esto sea por culpa suya?		
60	¿Contesta una carta personal tan pronto como pueda, después de haberla leído?		
61	¿Es Ud. comunicativo?		
62	¿A veces se siente fastidiado por dentro?		
63	¿Cree que la gente dice y hace cosas para fastidiarlo?		
64	¿A veces deja para mañana lo que debe hacer hoy?		
65	¿De niño le gustaban los juegos bruscos?		
66	¿Se considera diferente a los demás?		
67	¿Fue p es su padre un buen hombre?		
68	¿A veces ha dicho mentiras?		
69	¿Le gusta contar chistes o historias graciosas a sus amigos?		
70	¿A veces ha deseado estar muerto?		
71	¿Habría Ud. tenido más éxito si la gente no hubiera puesto dificultades en su camino?		
72	¿Prefería ganar que perder un juego?		
73	¿Hare fácilmente amigos con miembros de su propio sexo?		
74	¿Usualmente trabaja para obtener recompensa?		
75	¿Le hace sentir mal ver a un niño o animal sufrir?		
76	¿Cuándo hace nuevos amigos, Ud. usualmente toma alguna iniciativa?		
77	¿Cuándo hay mucha gente alrededor le preocupa que puedan contagiarle alguna infección?		
78	¿A veces las cosas le parecen como si fueran reales?		

Anexo D

LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre:Edad:

INSTRUCCIONES

Las proposiciones de la presente lista se refieren a experiencias de la vida diaria, de tal modo que describan como Ud. se comporta, siente, piensa y actúa. No es un test clásico, dado que no hay respuestas correctas ni incorrectas, todas las respuestas son válidas.

Encierra en un círculo la respuesta que más crea conveniente:

Marque 1 si su respuesta es NUNCA.

Marque 2 si su respuesta es MUY POCAS VECES.

Marque 3 si su respuesta es ALGUNA VEZ.

Marque 4 si su respuesta es A MENUDO.

Marque 5 si su respuesta es SIEMPRE.

Responda rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas.

Ítems	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. ¿Presta atención a la persona que le está hablando y hace un esfuerzo para comprender lo que le están diciendo?	1	2	3	4	5
2. ¿Habla con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes?	1	2	3	4	5
3. ¿Habla con otras personas sobre cosas que le interesan a los demás?	1	2	3	4	5
4. ¿Determina la información que necesita y se la pide a la persona adecuada?	1	2	3	4	5
5. ¿Permite que los demás sepan que agradece los favores, etc.?	1	2	3	4	5
6. ¿Se da a conocer a los demás por propia iniciativa?	1	2	3	4	5
7. ¿Ayuda a que los demás se conozcan entre si?	1	2	3	4	5

8. ¿Le gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza?	1	2	3	4	5
9. ¿Pide ayuda cuando tiene alguna dificultad?	1	2	3	4	5
10. ¿Elige la mejor forma para integrarse en un grupo o para participar en una determinada actividad?	1	2	3	4	5
11. ¿Explica con claridad a los demás como hacer una tarea específica?	1	2	3	4	5

12. ¿Presta atención a las instrucciones, pide explicaciones, lleva adelante las instrucciones correctamente?	1	2	3	4	5
13. ¿Pide disculpas a los demás por haber hecho algo mal?	1	2	3	4	5
14. ¿Intenta persuadir a los demás de que sus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona?	1	2	3	4	5
15. ¿Intenta reconocer las emociones que experimenta?	1	2	3	4	5
16. ¿Permite que los demás conozcan lo que siente?	1	2	3	4	5
17. ¿Intenta comprender lo que sienten los demás?	1	2	3	4	5
18. ¿Intenta comprender el enfado de la otra persona?	1	2	3	4	5
19. ¿Permite que los demás sepan que se interesa o se preocupa por ellos?	1	2	3	4	5
20. ¿Piensa por qué está asustado y hace algo para disminuir su miedo?	1	2	3	4	5
21. ¿Se dice a si mismo o hace cosas agradables cuando se merece una recompensa?	1	2	3	4	5
22. ¿Reconoce cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pide a la persona indicada?	1	2	3	4	5
23. ¿Se ofrece para compartir algo que es apreciado por los demás?	1	2	3	4	5
24. ¿Ayuda a quien lo necesita?	1	2	3	4	5
25. ¿Llega a establecer un sistema que le satisfaga tanto como a quienes sostienen posturas diferentes?	1	2	3	4	5
26. ¿Controla su carácter de modo que no se le "escapan las cosas de la mano"?	1	2	3	4	5

27. ¿Defiende sus derechos dando a conocer a los demás cual es su postura?	1	2	3	4	5
28. ¿Se las arregla sin perder el control cuando los demás le hacen bromas?	1	2	3	4	5
29. ¿Se mantiene al margen de situaciones que le puedan ocasionar problemas?	1	2	3	4	5
30. ¿Encuentra otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearse?	1	2	3	4	5
31. ¿Les dice a los demás cuando han sido ellos los responsables de originar un determinado problema e intenta encontrar solución?	1	2	3	4	5
32. ¿Intenta llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien?	1	2	3	4	5
33. ¿Expresa un cumplido sincero a los demás por la forma en que han jugado?	1	2	3	4	5
34. ¿Hace algo que le ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido?	1	2	3	4	5
35. ¿Determina si lo han dejado de lado en alguna actividad y, luego, hace algo para sentirse mejor en esa situación?	1	2	3	4	5
36. ¿Manifiesta a los demás que han tratado injustamente a un amigo?	1	2	3	4	5
37. ¿Considera con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hará?	1	2	3	4	5
38. ¿Comprende la razón por la cual ha fracasado en una determinada situación y que puede hacer para tener más éxito en el futuro?	1	2	3	4	5
39. ¿Reconoce y resuelve la confusión que se produce cuando los demás le explican una cosa, pero dicen o hacen otras que se contradicen?	1	2	3	4	5
40. ¿Comprende lo que significa una acusación y por qué se la han hecho y, luego piensa en la mejor forma de relacionarse con la persona que le ha hecho la acusación?	1	2	3	4	5
41. ¿Planifica la mejor forma para exponer su punto de vista antes de una conversación problemática?	1	2	3	4	5
42. ¿Decide lo que quiere hacer cuando los demás quieren que haga otra cosa distinta?	1	2	3	4	5
43. ¿Resuelve la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actividad interesante?	1	2	3	4	5

44. ¿Reconoce si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo su control?	1	2	3	4	5
45. ¿Toma decisiones realistas sobre lo que es capaz de realizar antes de comenzar una tarea?	1	2	3	4	5
46. ¿Es realista cuando debe dilucidar como puede desenvolverse en una determinada tarea?	1	2	3	4	5
47. ¿Resuelve que necesita saber y como conseguir la información?	1	2	3	4	5
48. ¿Determina de forma realista cuál de los numerosos problemas es el más importante y el que debería solucionar primero?	1	2	3	4	5
49. ¿Considera las posibilidades y elige la que le hará sentirse mejor?	1	2	3	4	5
50. ¿Se organiza y se prepara para facilitar la ejecución de su trabajo?	1	2	3	4	5

Anexo E

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

(Ruiz y Lujan, 1991)

Nombre: Edad:

Responda Ud. En función de como piensa frecuentemente y como piensas en general, no en situaciones concretas.

		0- Nunca pienso eso	1- Algunas veces	2- Bastantes veces	3- Con mucho frecuencia
1.	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan				
2.	Solamente me pasan cosas malas				
3.	Todo lo que hago me sale mal				
4.	Sé que piensan mal de mi.				
5.	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?				
6.	Soy inferior a la gente en casi todo				
7.	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor				
8.	! ¡No hay derecho a que me traten así!				
9.	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental				
10.	Mis problemas dependen de los que me rodean				
11.	Soy un desastre como persona				
12.	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa				
13.	Debería de estar bien y no tener estos problemas				
14.	Sé que tengo la razón y no me entienden				
15.	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa				
16.	Es horrible que me pase esto				
17.	Mi vida es un continuo fracaso				
18.	Siempre tendré este problema				
19.	Sé que me están mintiendo y engañando				
20.	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?				
21.	Soy superior a la gente en casi todo				
22.	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean				

23.	Si me quisieran de verdad no me tratarían así				
24.	Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.				
25.	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.				
26.	Alguien que conozco es un imbécil.				
27.	Otros tienen la culpa de lo que me pasa.				
28.	No debería de cometer estos errores				
29.	No quiere reconocer que estoy en lo cierto.				
30.	Ya vendrán mejores tiempos.				
31.	Es insoportable, no puedo aguantar más.				
32.	Soy incompetente e inútil.				
33.	Nunca podré salir de esta situación.				
34.	Quieren hacerme daño.				
35.	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?				
36.	La gente hace las cosas mejor que yo.				
37.	Soy una víctima de mis circunstancias.				
38.	No me tratan como deberían hacerlo y me merezco.				
39.	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo.				
40.	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas.				
41.	Soy un neurótico				
42.	Lo que me pasa es un castigo que merezco.				
43.	Debería recibir más atención y cariño de otros.				
44.	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana.				
45.	Tarde o temprano me irán las cosas mejor.				