

**EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UNA  
PACIENTE CON TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR CON RESPUESTAS  
DE ANSIEDAD: ESTUDIO DE CASO UNICO.**

**INVESTIGADOR:**

**MÓNICA ALEJANDRA FERNÁNDEZ DEL RÍO**

**Trabajo de grado para optar al título de Magister en Psicología**

**DIRECTORA:**

**Ph.D Ana Mercedes Bello Villanueva**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**División de Ciencias Sociales y Humanas**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA, PROFUNDIZACIÓN CLÍNICA**

**Barranquilla**

**2020**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO .....</b>	<b>4</b>
• <b>TÍTULO .....</b>	<b>4</b>
• <b>INVESTIGADOR Y DIRECTOR: .....</b>	<b>4</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>4. ÁREA PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>9</b>
<b>5. PREGUNTAS GUÍA U OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
• <b>OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>13</b>
• <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>13</b>
<b>6. HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.....</b>	<b>14</b>
• <b>6.1 IDENTIFICACIÓN .....</b>	<b>14</b>
• <b>6.2 MOTIVO DE CONSULTA: .....</b>	<b>15</b>
<b>6.2.1 QUEJAS DEL PACIENTE:.....</b>	<b>15</b>
• <b>6.3 IDENTIFICACIÓN Y ANALISIS DESCRIPTIVO DE PROBLEMAS.....</b>	<b>16</b>
<b>6.3.1 FORMULACION ANALITICA CONDUCTUAL: RELACION MOLAR .....</b>	<b>17</b>
<b>6.3.2 ANALISIS FUNCIONAL: .....</b>	<b>18</b>
• <b>6.4 ANALISIS HISTORICO.....</b>	<b>19</b>
<b>6.4.1 HISTORIA DEL PROBLEMA (S).....</b>	<b>19</b>
<b>6.4.2 HISTORIA PERSONAL: .....</b>	<b>22</b>
<b>6.4.3 HISTORIA FAMILIAR:.....</b>	<b>23</b>
<b>6.4.4 HISTORIA LABORAL Y/O ACADEMICA.....</b>	<b>26</b>
<b>6.4.5 HISTORIA SOCIOAFECTIVA .....</b>	<b>26</b>
• <b>6.5 PROCESO DE EVALUACION CLINICA .....</b>	<b>28</b>
<b>6.5.1 INTERPRETACIÓN .....</b>	<b>28</b>
• <b>6.6 CONCEPTUALIZACIÓN DIAGNÓSTICA .....</b>	<b>35</b>
• <b>6.7 FORMULACION CLINICA DEL CASO.....</b>	<b>40</b>
• <b>6.8 DISEÑO DE INTERVENCIÓN Y CURSO DE TRATAMIENTO .....</b>	<b>45</b>
<b>7. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS SESIONES .....</b>	<b>54</b>
• <b>SESIÓN N° 1 .....</b>	<b>54</b>
• <b>SESIÓN N° 5 .....</b>	<b>57</b>
• <b>SESIÓN N° 15: .....</b>	<b>61</b>
• <b>SESIÓN N° 16:.....</b>	<b>63</b>

•	SESIÓN N° 18:.....	65
8.	MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIAS .....	68
•	8.1 Trastorno Depresivo Mayor.....	68
	Definición .....	68
	Teorías explicativas de la Depresión.....	70
•	8.2 Tratamiento del trastorno depresivo mayor: .....	78
•	8.3 Terapia Cognitivo-Conductual y su eficacia en el tratamiento de la depresión.....	79
•	8.4 Evidencia científica sobre la eficacia de la TerapiaCognitivo-Conductual en el tratamiento de la depresión.....	82
•	8.5 Estrategias de Intervención.....	86
9.	ANÁLISIS DEL CASO.....	95
10.	DISCUSIÓN.....	99
11.	CONCLUSIÓN.....	102
12.	BIBLIOGRAFÍA.....	104
13.	ANEXOS .....	110

## 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

- **TÍTULO:** Efectividad de la intervención cognitivo-conductual en una paciente con trastorno de depresión mayor con respuestas de ansiedad: estudio de caso único.

- **INVESTIGADOR Y DIRECTOR:**

Investigador: Mónica Alejandra Fernández Del Río

Directora: PhD. Ana Mercedes Bello Villanueva.

## 2. INTRODUCCIÓN

La depresión constituye una de las enfermedades mentales más frecuentes y crónicas que afecta a la población mundial. Esta puede pasar de ser una experiencia emocional a ser una situación incapacitante que impide encontrar placer o felicidad a quien la padece (Orjuela, 2000), y en los casos más extremos, llevar al suicidio.

Asimismo, las características propias de cada individuo, como sus rasgos de personalidad, su historia de vida o incluso la presencia de otra patología, tendrán influencia en la manera particular en que se manifieste la depresión. De ahí, la importancia de los estudios de caso clínico, ya que permiten analizar la intervención terapéutica a la luz de la subjetividad que encierra cada paciente.

Dado lo anterior, surge la intención de responder la siguiente pregunta problema, desde el presente estudio de caso único: ¿Cuál es la efectividad de la intervención desde el enfoque cognitivo conductual para una paciente femenina de 20 años con trastorno de depresión mayor, episodio único leve, con ansiedad leve?

En ese orden de ideas, el objetivo principal de este trabajo ha sido describir la intervención cognitivo-conductual en este caso único con el fin de mostrar la efectividad de la terapia desde este enfoque mediante la estabilización y no exacerbación de los síntomas observados en el proceso de intervención. Para esto, los objetivos específicos estuvieron orientados a describir las principales técnicas cognitivo-conductuales aplicadas, de acuerdo al plan de intervención diseñado, para establecer la efectividad en el tratamiento mediante evaluación pre-post del proceso y luego a realizar un análisis de los resultados pre-post de la

intervención en el trastorno depresivo mayor, partiendo del proceso terapéutico, para así determinar la efectividad de este modelo, aplicado a dicho caso único.

Asimismo, para comprender mejor el proceso llevado a cabo, se describe la historia clínica de la paciente, se detalla el proceso de evaluación e intervención clínica realizado y se incluye una revisión teórica donde se ilustra sobre el trastorno depresivo mayor y las teorías explicativas de esta entidad clínica; así como la contextualización en cuanto a la Terapia Cognitivo-Conductual, sus técnicas y su efectividad en la intervención de los trastornos depresivos soportada por diversos estudios previos.

Finalmente, se hace el análisis del caso revisando la evolución y los logros obtenidos en el proceso terapéutico, encontrándose como conclusión final de este trabajo, que la intervención desde el enfoque cognitivo conductual fue efectiva en este caso particular, permitiendo la estabilización y no exacerbación de los síntomas presentados por la paciente. Asimismo, se destacan coincidencias con los estudios previos revisados acerca de la efectividad del modelo en el tratamiento de la depresión y se considera que, al diseñar planes de tratamiento, combinar técnicas cognitivas, conductuales y afectivas, viendo la intervención de manera integrativa, aumenta la probabilidad de éxito en la evolución del paciente. Además, se concluye que aun cuando la literatura destaque algunas técnicas como las más efectivas, es determinante el carácter ideográfico que va implicado en cada caso, por ende, el identificar las particularidades de los pacientes, permitirá una selección más apropiada de técnicas y por lo tanto, incrementará la posibilidad de tener mayor efectividad en el tratamiento.

Es así como el presente estudio de caso único, tratándose de una paciente femenina de 20 años con trastorno depresivo mayor (episodio único leve, con ansiedad leve) permite

tener un acercamiento al tratamiento y curso de un caso como éste desde su singularidad y aportar al conocimiento sobre el tratamiento de la depresión y las evidencias empíricas acerca de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la intervención de esta entidad clínica.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Según datos de la OMS (2020), la depresión es una enfermedad frecuente a nivel mundial y se estima que afecta a más de 300 millones de personas. Esta puede tornarse crónica y disminuir el funcionamiento de quienes la padecen en las diferentes áreas de su vida, y en el grado más extremo, conducir al suicidio.

En Colombia, el costo de enfermedad de la Depresión, entendida como la cuantificación de los recursos económicos que se utilizan y que potencialmente se pierden como consecuencia de una enfermedad, el total promedio se encontró en 1,68 millones de pesos; el valor más bajo era de 769.000 pesos y el más alto, de 2,6 millones de pesos. En cuanto a los componentes del costo total, se reportó que la estancia representa el mayor porcentaje del costo de la atención de la depresión durante una hospitalización, con un promedio de 74,1% y un rango entre 49,6% y 82,4% (Pinto et al; 2010).

Teniendo en cuenta lo anterior, la terapia cognitivo-conductual es ampliamente reconocida como una de las estrategias por excelencia de tipo no farmacológico para su intervención y por ende, resulta un tratamiento favorable para el paciente y su bienestar, así como para disminuir los costos de enfermedad de la depresión. Diversos estudios realizados a lo largo de los años, sustentan la efectividad de este modelo terapéutico en el tratamiento

de este trastorno que afecta la calidad de vida de cientos de personas en todo el mundo (Puerta & Padilla, 2011).

Así pues, siendo el modelo cognitivo-conductual un modelo estructurado, objetivo y con soporte científico, facilita evaluar la efectividad de sus técnicas aplicadas a un caso de estudio y llevar a cabo un análisis de los resultados obtenidos.

Además, como mencionan Echeburúa y Corral (2001), la evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas es una necesidad urgente por tres razones: Primero, el progreso científico de la psicología clínica requiere que las terapias eficaces y los componentes activos de las mismas sean delimitados. En segundo lugar, porque esta disciplina se enfrenta, dado su propio desarrollo, a retos cada vez más complejos (p.ej. al tratamiento de los trastornos de personalidad, de los problemas de la conducta alimentaria o de las nuevas adicciones). Y por último, porque las terapias psicológicas están ya incorporadas a los Centros de Salud Mental públicos y los servicios de salud solo deben ofertar terapias eficaces y, en igualdad de condiciones, breves. Es decir, que acorten el sufrimiento del paciente y a su vez, que ahorren gastos y tiempo a los servicios de salud (Bayés, 1984; Echeburúa, 1998).

Considerando por otra parte, que “el estudio de caso es un cuadro global en el que se insertan y disponen ordenadamente los datos significativos” (Alonso, Roja, Cairo, 2007, pág. 39) y que éste tiene como fin establecer un vínculo entre la investigación y la práctica clínica e incluso, en muchas ocasiones, puede ser un método que utilice el investigador para probar una técnica que en la práctica clínica ya dio resultados (Roussos, 2007), se busca mostrar a la luz de un caso la aplicación del modelo para identificar y disminuir la sintomatología depresiva y evaluar la efectividad de la intervención cognitivo-conductual

en una paciente con trastorno depresivo mayor, episodio único leve y respuestas de ansiedad.

Este trabajo pretende ser de utilidad, no solo como una evidencia desde la región caribe colombiana que se sume al soporte científico mundial del que goza el modelo como intervención efectiva en casos de depresión; sino también como una herramienta pedagógica para otros profesionales en el campo de la práctica clínica, que pueda orientar de alguna manera a quienes se inician en ella y que genere inquietudes e interés por continuar explorando el efecto de las técnicas cognitivo-conductuales, motivándonos a innovar desde el modelo como terapeutas para potenciar los resultados positivos.

Asimismo, se espera suscitar el interés en el desarrollo de intervenciones eficaces no solo desde el tratamiento, sino también de intervenciones de carácter preventivo frente a la depresión como entidad clínica, que permitan mejorar la calidad de vida y el bienestar integral de las personas disminuyendo las posibilidades de padecer trastornos depresivos e impactar además a nivel macro en los costos sociales y económicos que la depresión representa, siendo la salud y bienestar un objetivo global de desarrollo sostenible.

#### **4. ÁREA PROBLEMÁTICA**

La depresión, se ha convertido en un problema de salud pública por la carga de enfermedad que genera, dado que se considera la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad (OMS, 2020). De acuerdo a un informe dado por la misma entidad, hasta el año 2015 un 4,4% de

la población mundial padecía depresión, indicando un aumento del 18% en comparación a las cifras registradas en 2005, según un comunicado de prensa de Naciones Unidas.

En América Latina, Brasil es el país con más depresión, según el mismo informe pues el trastorno afecta al 5,8 % de la población brasileña, ubicándolos por encima de la media mundial y situándolos a la cabeza de los países latinoamericanos. Después de este, en la lista aparecen los siguientes países: Cuba (5,5%); Paraguay (5,2%); Chile y Uruguay (5%); Perú (4,8%); Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana (4,7%), Ecuador (4,6%), Bolivia, El Salvador y Panamá (4,4%); México, Nicaragua y Venezuela (4,2%); Honduras (4 %) y Guatemala (3,7%).

Por otro lado, Khon et al. (2005) determinaron una tasa de prevalencia de 4.9% para la depresión mayor, siendo la segunda problemática con mayor prevalencia, después de la dependencia de alcohol con un 5.7% en su estudio sobre la prevalencia de trastornos mentales en América Latina y el Caribe, en el cual compilaron datos de estudios comunitarios publicados entre 1980 y 2004.

La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 en Colombia, reportó ansiedad (53%) y depresión (80%) como trastornos que afectan a la población colombiana. Adicionalmente, la falta de oportunidades de realización personal, el insuficiente acceso a la educación superior y el panorama social y político del país, sumado una historia de desplazamientos y post conflicto armado son factores subyacentes por los que muchos colombianos pueden estar afectados de forma directa e indirecta. Todo lo anterior, sumado a la crisis de migración venezolana, pérdida de confianza en las instituciones del Estado y las preocupaciones recientes por el brote del nuevo coronavirus a nivel global; constituyen

aspectos subyacentes que pueden afectar considerablemente la salud mental y convertirse en factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales (Profamilia, 2020).

Asimismo, El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) en su Boletín de Salud Mental sobre la Depresión (2017), reporta que las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión moderada se realizó en 36.584 atenciones en el año 2015. Además, este boletín arroja en el análisis del reporte de los casos atendidos con diagnóstico de depresión por departamentos, que Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca ocupan los primeros lugares, independiente del tipo de depresión mientras que otros departamentos como Quindío, Santander, Atlántico y Nariño tienen un número elevado de casos en algunos tipos específicos de depresión, como es el caso de la depresión moderada.

Por otra parte, considerando el suicidio como el resultado más extremo y fatídico de un trastorno depresivo mayor y la ideación suicida como una sintomatología asociada al dicho trastorno; cabe mencionar que, en Colombia, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, reporta 18.618 suicidios ocurridos durante el periodo 2006-2015, con una media de 1.862 eventos por año. El promedio de la tasa del período fue de 4,20 casos por cada 100.000 habitantes mayores de cinco años y en el último año alcanzó la cifra más elevada del decenio: 2.068 casos y una tasa de 5,22; lo cual evidencia el gran problema de salud pública que esto representa para el país y el incremento sistemático que ha venido sucediendo año tras año.

En el departamento del Atlántico en general, el promedio de la tasa del período fue de 3,79 casos por cada 100.000 habitantes; no obstante, en la ciudad de Barranquilla la tasa

fue de 4,40 casos por cada 100.000 habitantes, representando una alarma significativa en lo que respecta a la salud mental de los Barranquilleros. (Montoya, 2015).

Dado lo anterior, se puede observar cómo los casos de trastornos depresivos han ido en aumento a lo largo de los años y, por ende, como se agrava este problema de salud pública; esto sin contar la población que presenta síntomas depresivos y no acude a recibir la atención médica y psicológica necesaria. Además, en lo referente al territorio colombiano, estamos puntuando por encima del promedio mundial, lo cual implica un reto y un compromiso, como profesionales en el área de la psicología clínica, en la búsqueda de la prevención y la intervención oportuna y efectiva de la depresión.

En ese orden de ideas, el panorama de la salud mental nos exige analizar y evaluar constantemente la efectividad de los tratamientos que venimos implementando en casos de pacientes con sintomatología depresiva, haciéndose imperante fortalecer en la práctica clínica estrategias de intervención efectivas para cada caso particular y generar mecanismos preventivos que promuevan la salud mental, el desarrollo de estrategias sanas de afrontamiento frente a las frustraciones, dificultades y pérdidas de la vida y la prevención de los trastornos depresivos.

## **5. PREGUNTAS GUÍA U OBJETIVOS**

¿Cuál es la efectividad de la intervención desde el enfoque cognitivo conductual para una paciente femenina de 20 años con trastorno de depresión mayor, episodio único leve, con ansiedad leve?

- **OBJETIVO GENERAL:**

Describir la intervención cognitivo-conductual en un caso único de paciente femenina de 20 años con trastorno depresivo mayor, episodio único leve, con ansiedad leve; con el fin de mostrar la efectividad de la terapia desde este enfoque mediante la estabilización y no exacerbación de los síntomas observados en el proceso de intervención.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir las principales técnicas cognitivo-conductuales aplicadas (técnica de dominio/agrado, respiración y relajación, reestructuración cognitiva, análisis de ventajas y desventajas, entrenamiento en comunicación asertiva y oposición), de acuerdo al plan de intervención, a un caso único de trastorno depresivo mayor, episodio único leve, con ansiedad moderada con el fin de establecer la efectividad en el tratamiento mediante evaluación pre-post del proceso.

- Analizar los resultados pre-post de la intervención cognitivo-conductual en el trastorno depresivo mayor, partiendo del proceso terapéutico, para determinar la efectividad de este modelo, aplicado a un caso único.

## 6. HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

### 6.1 IDENTIFICACIÓN

*Tabla 1. Identificación de la paciente.*

<b>NOMBRE</b>	CRISTINA (Nombre asignado)
<b>EDAD</b>	20 AÑOS
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	27 de enero de 1998
<b>SEXO</b>	Femenino
<b>NIVEL DE ESCOLARIDAD</b>	Pregrado en curso
<b>OCUPACIÓN/ PROFESIÓN</b>	Estudiante psicología 9° semestre
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>	Barranquilla
<b>RELIGIÓN</b>	Cristiana

#### **CONTACTO INICIAL:**

Paciente femenina que ingresa al consultorio sola y por iniciativa propia, marcha normal, bien presentada y vestida acorde a su sexo y edad cronológica, establece contacto visual y verbal espontáneo, actitud colaboradora. Consciente, orientada autopsíquica y alopsíquicamente, euproséxica, dificultades para conciliar el sueño y sensación de sueño poco reparador, apetito conservado y en ocasiones come por ansiedad, afecto modulado, ánimo bajo con respuestas ansiosas, pensamiento lógico y lenguaje coherente, sin alteración aparente en la sensopercepción, impresiona inteligencia normal promedio, memoria conservada, introspección y prospección adecuada, juicio y raciocinio conservado.

## 6.2 MOTIVO DE CONSULTA:

“Vengo remitida de Bienestar por Alto malestar emocional. Llevo dos semanas con ansiedad, dificultades en el sueño... Siento que no me hallo y no entiendo qué me pasa. Yo no soy así. Antes creo que estuve deprimida pero ahora es más ansiedad. Por eso vine.”

### 6.2.1 QUEJAS DEL PACIENTE:

Tabla 2. *Quejas de la paciente.*

<b>ASPECTO COGNITIVO:</b>	“Estoy depresiva”, “No entiendo qué me pasa”, “No estoy bien”, “No pienso en morirme... es solo que si pasa, no me importaría”, “Todo me da lo mismo”, “No me hallo en ningún sitio, menos en mi casa”, “No quiero llegar a la casa”, “No me importa nada, solo quiero que todo pase”, “Quisiera llegar y de una saltar a dormir... que todos estuvieran en ‘mute’ y seguir de largo directo a dormir”, “No es que esté mal la vida que tengo, solo no me provoca levantarme”, “¿Para qué vivo si no estoy viviendo bien?”, “Me preocupa que no me importa la universidad”, “Siempre he sido ansiosa... sobre todo, tengo ansiedad anticipatoria hacia el futuro”, “Me da miedo no lograr lo que quiero”, “Me da miedo fracasar”, “No puedo decir qué tengo”.
<b>ASPECTO AFECTIVO EMOCIONAL</b>	Tristeza, Apatía, Desánimo, Frustración, Impotencia, Culpa Ansiedad, Miedo, Fastidio, Preocupación.
<b>ASPECTO CONDUCTUAL</b>	Cumple con las actividades académicas dentro de lo posible, conductas de aislamiento respecto al núcleo familiar, emplea distracciones, come para calmar la ansiedad.
<b>ASPECTO FISIOLÓGICO</b>	Dificultades para conciliar el sueño, cuando logra conciliarlo la sensación es de sueño poco reparador y recuerda sueños (antes no lo recordaba). El apetito en el “periodo de tristeza”, disminuyó. Al ingresar, dice que tiene buen apetito y come por ansiedad aun cuando no tiene hambre. Dolor y ardor en el estómago y malestar similar al reflujo.
<b>ASPECTO RELACIONAL</b>	Dificultades en relaciones familiares. Buenas relaciones con sus amistades.
<b>ASPECTO CONTEXTUAL</b>	Ambiente familiar y académico.

### **6.3 IDENTIFICACIÓN Y ANALISIS DESCRIPTIVO DE PROBLEMAS**

#### **Problema No.1: Alteración del estado de ánimo de tipo depresivo**

Durante las vacaciones de mitad de año, y sin razón aparente, empezó a sentir tristeza (En escala de 1 a 10 la ubica en 8/10, presentándose diariamente e intensificándose en horas de la tarde el malestar), desánimo (8/10, diariamente) y presentaba episodios de llanto (aproximadamente 3 veces por semana). Le costaba levantarse de la cama, sentía desinterés en las actividades cotidianas, pasaba el día sin bañarse y acostada, se aislaba y prefería permanecer encerrada en su habitación. Disminuyó su apetito, presentaba dificultades para conciliar el sueño y una vez se dormía se despertaba en medio de la noche una o varias veces y al día siguiente se despertaba muy tarde. Esto persistió hasta el inicio del semestre académico, sintiendo desmotivación y apatía hacia el estudio. Al ingresar a consulta, afirma no sentir tristeza sino fastidio e irritabilidad ante todo (8/10 diariamente e intensificándose en horas de la tarde el malestar). Añade sentir culpa al no realizar lo que debe o no cumplir con lo que se le solicita en casa (8/10 diariamente) y menciona no encontrar una causa para su estado de ánimo, lo que le genera frustración e impotencia (8/10 diariamente)

#### **Problema No.2: Respuestas ansiógenas.**

Refiere presentar ansiedad desde hace dos semanas, incapacidad para relajarse, inquietud motora, dificultades para concentrarse en el estudio, aunque ha intentado seguir cumpliendo dentro de lo posible con sus responsabilidades académicas. También reporta sentir dolor y ardor en el estómago, malestar similar al reflujo, tiene dificultad para conciliar el sueño y menciona que, aunque se acueste cansada, justo antes de dormir se siente inquieta y divaga sobre las actividades del siguiente día o los sucesos del día que

pasó, sin embargo, una vez lo concilia logra dormir la noche entera. Refiere que siempre ha sido ansiosa, principalmente frente al futuro (“Siento esa ansiedad anticipatoria... me da miedo no lograr lo que quiero... me da miedo fracasar”). Frente al malestar, come para calmarlo incluso sin sentir apetito y esto la hace sentir mal (Malestares estomacales posteriores a la ingesta).

Constantemente siente ansiedad y temor frente al fracaso y a la incertidumbre del futuro en intensidad de 8/10, últimamente con frecuencia de 2 a 3 veces por semana durante todo el día, principalmente en horas de la tarde o los fines de semana. En otros momentos solo lo experimenta con tal intensidad en circunstancias de estrés académico o de cualquier situación donde esté comprometida su competencia.

### **6.3.1 FORMULACION ANALITICA CONDUCTUAL: RELACION MOLAR**

**P1** ↔ **P2**

**P1: Alteración del estado de ánimo de tipo depresivo**  
**P2: Respuestas ansiógenas**

En el caso de CRISTINA fueron identificados dos problemas:

P1: Alteración del estado de ánimo de tipo depresivo y P2: Respuestas ansiógenas, los cuales están relacionados bidireccionalmente.

La paciente presenta sintomatología depresiva (P1) que interfiere con sus actividades cotidianas y con sus relaciones familiares, y del que dice no poder identificar una causa, lo que genera respuestas de ansiedad (P2) debido a las preocupaciones asociadas a su desempeño académico, sus competencias y el temor al fracaso en los diferentes ámbitos de su vida. A su vez, la ansiedad ayuda al mantenimiento del estado depresivo ya

que al no encontrar explicación sobre el origen del mismo, bajar su rendimiento académico, no sentirse competente y estar afectadas sus relaciones familiares, aparecen las emociones de tristeza, desánimo y frustración.

### 6.3.2 ANALISIS FUNCIONAL:

**Tabla 3. Análisis funcional P1. Alteración del estado de ánimo de tipo depresivo**

<b>Antecedente</b>		Cuando piensa en las experiencias que dejó de vivir en el pasado (Adolescencia)
<b>Conducta</b>	<b>Rta. Cognitiva</b>	“¿Por qué hice eso en vez de lo que quería?”, “Me sentía egoísta si pensaba primero en mí”, “Quiero vivir cosas que dejé de lado”, “Quiero vivir sola”, “Debo pensar primero en mí”.
	<b>Rta. Emocional</b>	Frustración, tristeza, arrepentimiento
	<b>Rta. Motora /comportamental</b>	Llanto
	<b>Rta. Fisiológica</b>	Dolor de cabeza, sensación de reflujo
<b>Consecuencia</b>		Busca distraerse (R-), “soy irresponsable”, “soy egoísta” - emoción de culpa – activación de esquemas de defectuosidad y desamor.

**Tabla 4. Análisis funcional P2. Respuestas Ansiógenas**

<b>Antecedente</b>		Cuando su padre le pregunta cómo va la universidad
	<b>Rta. Cognitiva</b>	“¿Para qué me pregunta?”, “No importa que diga, no va a ser suficiente”, “Me va a decir que estudie más porque ese promedio es poco”
	<b>Rta. Emocional</b>	Fastidio, ansiedad
	<b>Rta. Motora /comportamental</b>	Evade la pregunta o responde vagamente
	<b>Rta. Fisiológica</b>	Inquietud motora, tensión muscular
<b>Consecuencia</b>		Se retira escapando de la situación que le genera malestar (R-), “Seguro no me creyó”, “Nunca es suficiente”, “Tengo que ser lo que espera” – Activación de esquemas de estándares insuficientes, defectuosidad y desamor.

## **6.4 ANALISIS HISTORICO**

### **6.4.1 HISTORIA DEL PROBLEMA (S)**

La paciente desde temprana edad presenciaba discusiones paternas con amenazas de divorcio que generaban emociones de tristeza y ansiedad. Refiere además que se ha percibido como una persona ansiosa desde que tenía 6 o 7 años, principalmente de tipo anticipatorio frente a situaciones futuras. Añade que sus padres a esa edad le repetían mucho “tienes que ser buena y obediente”, “No debes dañar a nadie” y recuerda una ocasión muy marcada en que visitando a un familiar rompió un florero y tuvo mucha culpa y ansiedad (“Soy una mala niña”, “Me siento horrible y mala”). Reconoce que tiene un alto sentido del deber y esto la lleva a ser autoexigente.

Al ingresar a primaria, recuerda que se sentía muy ansiosa y con mucho estrés, perdió el apetito durante un tiempo y se sentía presionada (“Tengo que cumplir”, “Tengo que hacer bien las tareas”). Hasta tercero de primaria con el nacimiento de su hermana, su padre disminuye la revisión de sus tareas y es su madre quien empieza a encargarse del acompañamiento en los deberes escolares y su ansiedad disminuye un poco; no obstante, mantenía el interés en las calificaciones. Asimismo, refiere que al nacer su hermana, su percepción fue de abandono (Recuerda haber pensado: “me van a dejar de querer”, “me voy a quedar sola”, “la cuidan a ella más y ahora a mí no me quieren”, “no soy suficiente y por eso tuvieron otra hija”), llevándola a compararse con su hermana y sentirse desplazada e insuficiente luego de haber sido hija única por un tiempo. Ante esto, dice que al inicio intentaba buscar la atención de su madre y demás adultos y luego, optaba por aislarse.

En cuando a su pubertad, tiene su primer periodo menstrual a la edad de 12 años y con el desarrollo, empieza a aumentar de peso, lo cual fue reforzado en inicio por la familia

ya que de niña era muy delgada pero luego empieza a ser blanco de críticas por parte de su padre quien, afirma la paciente, tiene prejuicios sobre “ser gorda”. En la adolescencia, al darse cuenta de las molestias de su padre por su peso, lo usa para contrariarlo comiendo de más; no obstante, esto le genera también sentimientos de tristeza ante su apariencia física ya que veía a sus amigas con novios o hablando de chicos que les gustaban y ella se empieza a percibir como “poco atractiva”.

Cuando estaba finalizando el colegio, sentía ansiedad sobre qué carrera decidir y las expectativas de sus padres hacia ella y al ingresar a la universidad, le generaba preocupación y estrés que su padre le cuestionara sobre su rendimiento. Luego fue disminuyendo.

A los 19 años, nuevamente le empieza a preocupar su peso por constantes comparaciones con una prima que, al seguir una dieta, bajó mucho de peso y lucía esbelta. Frente a la presión, ella inicia la misma dieta, siguiéndola muy estrictamente e inicialmente reforzada por toda la familia; sin embargo, CRISTINA afirma que se sentía cansada físicamente y no rendía apropiadamente en la universidad, hasta que sufre un desmayo y decide suspender la dieta, dándole prioridad a su salud y no a cómo luce físicamente. Actualmente asegura no preocuparse por su peso, pero persiste el sentirse “poco atractiva e interesante” en general.

Finalmente, dice no recordar haber sentido antes un malestar emocional como el que viene presentando, solo recuerda un episodio en vacaciones durante una semana coincidente con el período menstrual. Sintió que era algo hormonal y lo atribuyó al síndrome de ovarios poliquísticos.

A continuación, se resumen aspectos relevantes en su historia que dan cuenta de aspectos históricos del problema actual:

**Tabla 5. Acontecimientos significativos en la historia del problema.**

EDAD	ACONTECIMIENTO
0-6 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discusiones de sus padres con amenazas de divorcio en las que pensaba que alguno de los dos se iba a ir de la casa y con el tiempo lo asumió como algo “normal” y solo le molestaban los gritos.</li> <li>• Percepción de ser ansiosa desde que tenía 6 o 7 años, principalmente de tipo anticipatorio frente a situaciones futuras.</li> <li>• Ingreso a la primaria con mucha ansiedad (“Tengo que cumplir”, “Tengo que hacer bien las tareas”).</li> <li>• Parte un florero y experimenta sentimientos de culpa y ansiedad (“Soy una niña mala”, “Me siento horrible y mala”).</li> </ul>
7-9 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nacimiento de su hermana, percepción de abandono, sentirse desplazada e insuficiente luego de haber sido hija única por un tiempo.</li> <li>• En el colegio le mordían y yo no se defendía porque “hacer daño al otro estaba mal”.</li> <li>• Tercero o cuarto de primaria, su padre disminuye la revisión de sus tareas y su madre se encarga del acompañamiento en los deberes escolares, disminuyendo sus niveles de ansiedad.</li> <li>• Padre era sobreprotector, la limitaba de salir a jugar con otros niños, de preferencia pares de su mismo sexo, lo que percibía como un “régimen”</li> <li>• Cuando la madre se enojaba con ella, le dejaba de hablar haciéndola sentir abandonada, sola e ignorada.</li> </ul>
12-14 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se desarrolla y sube mucho de peso, inicialmente reforzado por la familia positivamente (“Estás cogiendo cuerpecito”, “te ves muy bonita”) y luego criticado, principalmente por su padre (“eras tan bonita, estas muy gorda”)</li> <li>• Comienza a comer por rebeldía frente al padre y por sentir cierto control sobre sí misma.</li> <li>• “Me convertí en la gordita del salón. Me creía que era fea, gorda... ‘yo soy así, quien va a andar conmigo’ y así me convencí de eso.”</li> <li>• Muere abuela materna, presenta gripa fuerte, baja de peso, la familia le reforzaba y comienza a vomitar al tener atracones. (“Lo hice 4 veces. Me daba mucho asco y menos mal no me obsesioné con eso.”)</li> <li>• Depresión de la madre (“Dejé de pensar en mí, asumí labores de la casa y no me daba tiempo de pensar en comida o en nada.”, “Yo me tenía que encargar de todo en la casa”)</li> </ul>
16 – 17 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad sobre qué carrera decidir y las expectativas de sus padres hacia ella y al ingresar a la universidad, le generaba preocupación y estrés que su padre le cuestionara sobre su rendimiento.</li> <li>• “Cuando terminé el bachillerato, esperaba que mi papá me dijera ‘estoy orgulloso de ti’ y nunca pasó”</li> <li>• Padre le dice que no la va a apoyar con los estudios, se propuso ganar una beca y hoy es beneficiaria del programa PILO PAGA</li> <li>• Estuvo en un curso de piano que no logró terminar por sus responsabilidades académicas y por la presión que sentía, y decidió dejarlo. Su padre lo asumió como una falta de responsabilidad suya y ella percibió por su actitud que él no la creería capaz a partir de ese momento de culminar una carrera.</li> </ul>

18- 19 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un chico intenta acercarse a ella mostrando interés romántico, piensa que tiene malas intenciones “cómo se va a fijar en mí”, “seguro quiere solo jugar”. Decide evitarlo y alejarse de él.</li> <li>• Empieza dieta muy estricta siguiendo a una prima que bajó de peso y durante 6 meses la mantiene</li> <li>• “El primer mes me sentía muy bien, pero al 4to mes no prestaba atención, problemas de memoria, y un día me desmayé en mi casa y ese fue el fin de la dieta. Lo hice reforzada por la gente, pero me sentía mal físicamente.”</li> </ul>
20 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicia 9º semestre de la carrera, ansiedad anticipatoria frente a la elección de prácticas y pronta culminación de la misma; temor al fracaso y sentimientos de tristeza al pensar en la reacción de sus padres y pensar negativamente sobre el futuro.</li> </ul>

#### 6.4.2 HISTORIA PERSONAL:

Paciente de contextura gruesa, alta y vestida acorde a su sexo y edad. Es la hija mayor de tres hermanas, concebida sin ser planeada por sus padres, pero deseada una vez supieron del embarazo, el cual no presentó dificultades.

A los 16 años le diagnosticaron Síndrome de ovarios poliquísticos, estuvo en tratamiento con anticonceptivos por 3 meses a partir de los 17 años y luego los tomaba esporádicamente cuando su período menstrual era irregular, hasta hace un año y medio aproximadamente que los suspendió definitivamente. Añade padecer rinitis alérgica. No ha tenido cirugías ni menciona otras enfermedades físicas.

De su infancia dice guardar recuerdos positivos, ser una niña amada por ambos padres, sin embargo, se recuerda como una niña muy sola pues su padre era sobreprotector y la limitaba de salir a jugar con otros niños, a menos que fuese en la terraza de su casa y prefería que estos juegos fueran con pares de su mismo sexo.

En cuanto a su adolescencia, dice haber sido una chica de casa, obediente, que puso muchas veces las necesidades de sus padres y hermanas por encima de las propias dejando de vivir experiencias que le hubiesen gustado pero que dejó de hacer por complacer a su

familia y por evitar sentirse culpable; últimamente se ha reprochado este aspecto y esto la hace sentir triste y frustrada.

### **6.4.3 HISTORIA FAMILIAR:**

Vive con su padre de 49 años de edad, su madre de 47 años y sus dos hermanas de 14 y 11 años. Ambos padres trabajan todo el día. La relación de sus padres era de noviazgo en el momento en que la madre queda en estado de embarazo y luego se casan y deciden vivir juntos.

El padre de CRISTINA es vigilante y auxiliar en mantenimiento; lo describe como aseado, meticuloso, ordenado, puntual, responsable, exigente y casi perfecto, y que “piensa que él está bien y los demás mal”. Cuando era niña, su forma de castigarla era pegándole. Siempre ha sido sobreprotector pues tuvo una hermana que murió a los 15 días de nacida y también muy exigente con ella en cuanto a la disciplina y el rendimiento académico, manteniendo un estándar alto de expectativas.

La madre por su parte, es ama de casa y actualmente su ocupación es manipuladora de máquinas planas. La percibe como comprensiva, trabajadora, con actitud amable y amorosa, aunque a veces no muy asertiva al momento de comunicarse. Afirma también, ser más compatible y cercana con la madre que con el padre incluso desde niña, pues su padre era demasiado sobreprotector y su madre era su aliada; así mientras su padre se iba a trabajar y no le gustaba que ella saliera, su madre le daba permiso para jugar afuera sin que su padre se enterara y ella regresaba antes que él volviera.

Añade que sus padres suelen tener diferencias y cuando ocurre, la atmosfera se vuelve tensa. Recuerda que siendo niña, presenciaba muchas discusiones entre ellos que

atribuye al proceso de adaptación a la convivencia pues estaban recién viviendo juntos; dice que inicialmente le impactaban los desacuerdos entre ellos y luego simplemente se acostumbró a que sucediera y se dedicaba a jugar o ver televisión para distraerse. Percibe que las dificultades entre sus padres son las normales en cualquier matrimonio, aunque considera que su madre es muy sumisa y estuvo mucho tiempo subyugada ante su padre porque le ponía trabas para trabajar y aceptaba muy fácilmente el rol del padre como autoridad y proveedor de la casa, lo que considera machista y le genera molestia.

Manifiesta que para ella es muy importante cumplir con las expectativas del padre y sentirse aprobada por él (“Cuando terminé el bachillerato, esperaba que mi papá me dijera ‘estoy orgulloso de ti’ y nunca pasó”). Expresa que quería mucho a su papá y le gustaba que le enseñaba muchas cosas, aunque a veces la hacía sentir frustrada “su régimen” y regularmente sus actitudes eran de aceptación y sumisión ante las reglas de su padre; al llegar a la adolescencia, empieza a cuestionar sus actitudes y su autoridad, a pesar que le guarda respeto. Actualmente expresa tener desacuerdos constantes con su padre por sus altas exigencias y porque asume posiciones que ella percibe como poco flexibles; no obstante describe su relación como cordial y menciona que lo respeta y lo ama. Asimismo, refiere que le genera ansiedad que su padre le pregunte sobre su rendimiento académico o su día a día en la universidad pues siente que “independientemente de lo que diga, nunca va a ser suficiente para él” o “siempre va a centrarse en lo malo así sea pequeño y no en lo bueno”, añadiendo que su padre no estuvo de acuerdo con su escogencia de carrera. Presenta sentimientos encontrados y tiende a sobre compensar ya que le gustaría hacerlo sentir orgulloso pero lucha por sentirse independiente, autónoma y sentir que “no le debe explicaciones ni nada a él”, pues depender de su padre económicamente o darle paso a sus

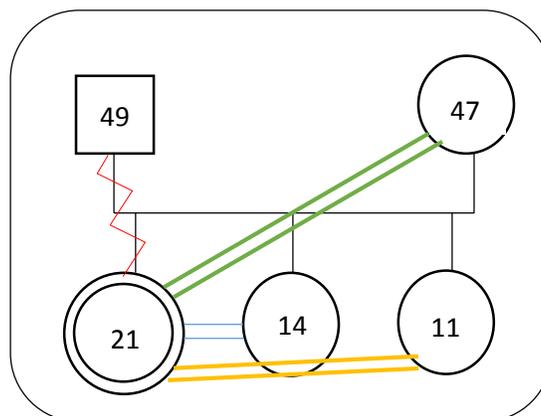
opiniones la hace sentir “inferior y subyugada como su madre, dándole todo el poder y la razón”.

Respecto a sus hermanas menciona tener buena relación, trata de cuidarlas y habla mucho con ellas y las escucha, pero reconoce que las regaña bastante pues le incomoda que sean desordenadas. Siente que en ocasiones asume responsabilidades que no le corresponden con sus hermanas y que sus padres no las atienden lo suficiente en cuanto a comunicarse con ellas, recogerlas o acompañarlas en casa. Esto la molesta pues le interfiere en sus espacios de estudio y se siente “mala” cuando no las atiende o no les dedica tiempo a escucharlas porque requiere su espacio.

Percibe que la manera en que sus padres están criando a sus hermanas no es la correcta, dista mucho de la crianza que le dieron a ella, son más permisivos y le gustaría que las cosas fueran distintas, pero ella no tiene ese poder porque “ellos son los papás”.

#### 6.4.3.1 GENOGRAMA

Figura 1. *Genograma.*



#### **6.4.4 HISTORIA LABORAL Y/O ACADEMICA**

Al ingreso a consulta, se encuentra cursando octavo semestre de psicología. Hasta el semestre anterior no había tenido inconvenientes y en estos momentos, manifiesta que su rendimiento ha disminuido, no en cuestión de calificaciones sino al momento de estudiar y cumplir con trabajos y demás deberes académicos, pues le cuesta concentrarse y se siente desmotivada. No obstante, expresa que por su sentido de responsabilidad las realiza y logra cumplir. En sus metas académicas se encuentran graduarse y hacer una maestría.

CRISTINA ha sido una alumna destacada en su vida académica. Al llegar al onceavo grado, estuvo en un curso de piano que no logró terminar por sus responsabilidades académicas y por la presión que sentía, y decidió dejarlo. Su padre lo asumió como una falta de responsabilidad suya y ella percibió por su actitud que él no la creería capaz a partir de ese momento de culminar una carrera. Cuando él le dijo que no la iba a apoyar con los estudios, se propuso ganar una beca y hoy es beneficiaria del programa PILO PAGA. Añade que aunque él no estuvo de acuerdo con su elección de estudio y esto le dolió, decidió seguir adelante y no cumplir con sus expectativas. La única condición que le puso su papá en caso de requerir su apoyo era que lo que iniciara, lo terminara. Ella atribuye esta prevención del padre a la frustración que éste expresaba porque una de sus hermanas inició muchas carreras y no terminó ninguna.

En su vida académica su padre era exigente con ella desde niña en lo referente a su rendimiento y recuerda que mientras los otros niños jugaban un domingo en el parque frente a su casa, ella hacía tareas bajo la supervisión de su padre.

#### **6.4.5 HISTORIA SOCIOAFECTIVA**

CRISTINA dice ser una joven alegre y sociable una vez interactúan con ella, no obstante, afirma que le cuesta hacer amigos y que su círculo de confianza se reduce a un grupo de amigas.

En sus relaciones interpersonales denota ser muy sensible a la crítica y la desaprobación. Además, aunque expresa que le gustaría ser un poco más sociable, guarda distancias, le cuesta abrirse a otros y evita vincularse cercanamente por temor a que, al conocerla, perciban sus defectos o no sea “lo suficientemente buena” y se alejen (“Si voy a sufrir, mejor evitar”).

Disfruta salir con sus amigos, leer, ver series o películas y asistir a la iglesia (cristiana). No ha tenido relaciones de pareja ni relaciones sexuales y ante situaciones de excitación sexual (ver imágenes o leer libros de contenido sexual) a veces experimenta sentimientos de ansiedad y culpa. En este aspecto su familia ha sido muy conservadora; su padre no menciona el tema y su madre por creencias religiosas le ha inculcado que las relaciones sexuales se tienen después del matrimonio.

Un chico a sus 18 años intentó acercarse a ella mostrando interés romántico, pero ella decide evitarlo y alejarse, pues pensó que tenía “malas intenciones” (“cómo se va a fijar en mí”, “seguro quiere solo jugar”, “No soy interesante ni atractiva”, “Si voy a sufrir para qué intentarlo”). Afirma que ha estado tan centrada en sus estudios y su vida académica que tener pareja no ha sido algo que haya considerado dentro de sus prioridades.

Expresa que le gustaría viajar y vivir en otro país o ciudad y que desea independizarse de sus padres.

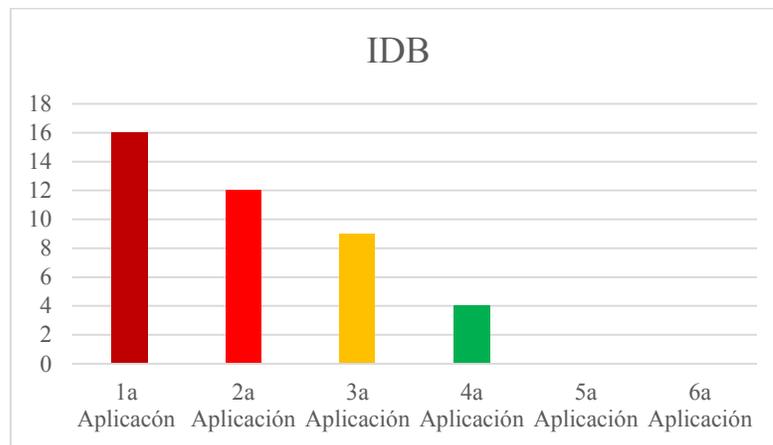
## 6.5 PROCESO DE EVALUACION CLINICA

**Tabla 6. Proceso de evaluación**

Área a evaluar	Prueba	1° Ap.	2° Ap.	3° Ap.	4° Ap.	5° Ap.	6° Ap.
1. Depresión	IDB	8/11/18	22/11/18	14/02/19	21/03/19	28/05/19	19/11/19
2. Ansiedad	BAI	8/11/18	22/11/18	14/02/19	21/03/19	28/05/19	19/11/19
3. Desesperanza	Escala de Desesperanza	8/11/18	06/12/18	14/02/19	13/07/19	19/11/19	
4. Esquemas	YSQ-L <sub>2</sub>	22/11/18	13/07/19	25/04/20			
5. Creencias	Escala de actitudes disfuncionales de Weissman	22/11/18	13/07/19	25/04/20			
6. Creencias/ Personalidad	CCE-TP	06/12/18	13/07/19	25/04/20			
7. Habilidades sociales - Asertividad	Escala de asertividad de RATHUS	19/11/19	25/04/20				

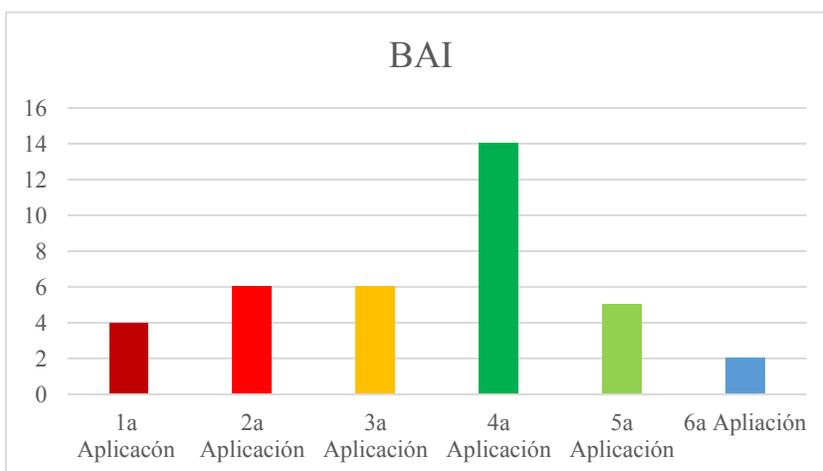
### 6.5.1 INTERPRETACIÓN

**Figura 2. Resultados IDB**



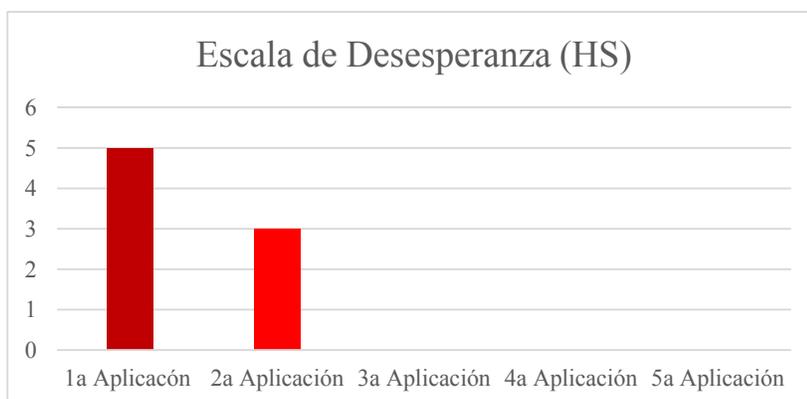
**A. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventori, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979):** La paciente puntúa en las primeras dos aplicaciones para Depresión Leve, aunque en la segunda aplicación se observa disminución de 4 puntos. Asimismo, en la tercera y cuarta aplicación aparece sin depresión aún puntuando bajo y en la 5ª y 6ª aplicación la puntuación fue de cero.

**Figura 3. Resultados BAI**



**B. Inventario de Ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) (Trad, Ballester, 1992):** En el Inventario de Ansiedad, la paciente muestra un incremento en sus respuestas ansiógenas de 2 puntos entre su primera y segunda aplicación, en la tercera se mantiene y en la cuarta tiene un incremento de 8 puntos, atribuido a situación estresante para la paciente en la fecha de aplicación (selección de práctica profesional y entrevista para la misma). En la quinta aplicación la paciente disminuye su ansiedad en 9 puntos y en la sexta aplicación disminuye en 3 puntos. Se ha mantenido igual en Ansiedad Baja durante todas las aplicaciones.

**Figura 4. Escala de Desesperanza (HS)**



**C. Escala de Desesperanza (HS) (Beck et al., 1974)**

Esta escala se aplicó con el fin de indagar pensamientos asociados su visión del futuro y descartar ideas de muerte pues, aunque no menciona deseos de morir, si refería que “le daba igual morir si sucedía”. El resultado inicial fue de 5 *puntos* considerándose en un nivel leve de desesperanza y en la segunda aplicación fue de 3, disminuyendo y ubicándose dentro de lo considerado normal. En la tercera aplicación la puntuación fue de cero. Se aplicó dos veces más por prevención puntuando cero nuevamente, manteniéndose en un nivel normal.

**Tabla 7. Resultados comparativos test YSQ-L<sub>2</sub>**

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS	PUNTAJE			DE ACUERDO A LOS PUNTAJES OBTENIDOS EL RESULTADO FUE:								
	1ª Ap	2ª Ap	3ª Ap	BAJO			MEDIO			ALTO		
1. PRIVACIÓN EMOCIONAL Ítems 1, 2, 3, 4 y 8.	18	12	11	7	7	7	11	11	11	15	15	15
2. ABANDONO Ítems 5, 6, 7, 9, 10 y 11.	18	16	14	10	10	10	16	16	16	21	21	21
3. DESCONFIANZA ABUSO Ítems 12, 13, 14, 15 Y 16.	12	11	9	8	8	8	12	12	12	17	17	17
4. VULNERABILIDAD AL DAÑO Y A LA ENFERMEDAD Ítems 17, 18, 19 Y 20	6	6	6	6	6	6	9	9	9	14	14	14
5. ENTRAMPAMIENTO Ítems 21 Y 22	2	2	2	3	3	3	5	5	5	6	6	6
6. AUTOSACRIFICIO Ítems 23, 24, 25 Y 26	15	12	12	8	8	8	12	12	12	15	15	15
7. INHIBICIÓN EMOCIONAL Ítems 27, 28 Y 29	6	6	4	4	4	4	6	6	6	8	8	8
8. ESTÁNDARES INFLEXIBLES (2 PERFECCIONISMO) Ítems 30, 31 Y 32	12	11	9	6	6	6	9	9	9	12	12	12
9. ESTÁNDARES INFLEXIBLES (1 AUTOEXIGENCIA) Ítems 33, 34, 35 Y 36	10	9	9	5	5	5	9	9	9	12	12	12
10. DERECHO/GRANDIOSIDAD Ítems 37, 38 Y 39	9	5	3	4	4	4	7	7	7	9	9	9
11. INSUFICIENTE AUTOCONTROL/AUTODISCIPLINA Ítems 40, 41, 42, 43, 44 Y 45	10	10	10	8	8	8	13	13	13	16	16	16

*D. Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ-L<sub>2</sub> (D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N.H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter, 2003) (Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med., 1990):*

Los esquemas con mayor alteración en la paciente en la primera aplicación, fueron el de Privación Emocional, Autosacrificio, Estándares inflexibles (perfeccionismo) y Derecho/Grandiosidad. Aun cuando el esquema de abandono aparecía dentro de la media, la paciente refiere sentir que este esquema se le activa en ciertas ocasiones relacionado con la privación emocional (“La gente se va porque no soy querible”).

En la segunda aplicación y tercera aplicación, se nota una disminución en las puntuaciones de los esquemas de Privación emocional, Abandono, y Derecho/Grandiosidad, los dos primeros pasando a percentil medio y este último a percentil bajo.

El esquema de Autosacrificio pasó de alto a medio en la segunda aplicación y se mantuvo igual en la tercera. El esquema de Estándares inflexibles (perfeccionismo) bajó solo un punto y siguió cercano al percentil 75 considerado alto en la segunda aplicación mientras que, en la tercera, pudo bajar a la media. Los otros esquemas no habían puntuado significativamente en la primera aplicación, sin embargo, es destacable que hubo disminución en la segunda y tercera aplicación en comparación a la inicial del esquema de Desconfianza / Abuso e inhibición emocional. Los esquemas de Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Entrampamiento e Insuficiente Autocontrol /Autodisciplina se mantuvieron en percentil bajo en todas las aplicaciones.

**Tabla 8. Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman**

Creencias	1ª Aplicación	2ª Aplicación	3ª Aplicación
1. <i>Aprobación</i>	11	11	7
2. <i>Amor</i>	11	11	4
3. <i>Ejecución</i>	12	8	5
4. <i>Perfeccionismo</i>	16	14	9
5. <i>Derecho sobre los otros</i>	13	7	5
6. <i>Omnipotencia</i>	7	3	3
7. <i>Autonomía</i>	12	11	10

**E. Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman**

Para cada grupo de creencias donde el resultado es 15 o más puntos, se considera que va a generar problemas en ese tema al que se refiere. A continuación, se identifica que el *Perfeccionismo* es la creencia con el valor más alto en la primera aplicación y para la segunda muestra una disminución a menos de 15. Asimismo, para la primera aplicación, *el Derecho sobre los otros*, *la Ejecución* y *la Autonomía* fueron áreas a considerar por su cercanía al criterio y la coincidencia con la información obtenida en entrevista; para la segunda y tercera aplicación estas áreas disminuyeron, sobre todo en esta última. Además, se puede evidenciar la consistencia con los resultados en el YSQ-L2.

**Tabla 9. Resultados Comparativos Cuestionario CCE-TP**

Factores Creencias centrales de los trastornos de la personalidad CCE-TP	PUNTAJE			DE ACUERDO A LOS PUNTAJES OBTENIDOS EL RESULTADO FUE:								
	1ª Ap	2ª Ap	3ª Ap	BAJO			MEDIO			ALTO		
Factor 1. Creencias centrales del TP antisocial.	8	8	8	10	10	10	13	13	13	18	18	18
Factor 2. Creencias centrales del TP esquizotípico / límite	13	13	12	9	9	9	12	12	12	17	17	17
Factor 3. Creencias centrales del TP histriónico / patrón seductor	14	11	11	15	15	15	20	20	20	24	24	24
Factor 4. Creencias centrales del TP paranoide	13	13	13	12	12	12	17	17	17	21	21	21
Factor 5. Creencias centrales del TP por evitación / autopercepción negativa	13	9	8	5	5	5	7	7	7	10	10	10
Factor 6. Creencias centrales del TP por dependencia	11	9	7	7	7	7	9	9	9	13	13	13
Factor 7. Creencias centrales del TP histriónico / dependencia emocional	9	5	5	8	8	8	12	12	12	16	16	16
Factor 8. Creencias centrales del TP obsesivo - compulsivo / perfeccionista	5	15	6	11	11	11	15	15	15	19	19	19
Factor 9. Creencias centrales del TP por evitación / hipersensible	14	12	12	8	8	8	11	11	11	15	15	15
Factor 10. Creencias centrales del TP obsesivo-compulsivo / crítico frente a los demás	12	6	6	4	4	4	6	6	6	8	8	8
Factor 11. Creencias centrales del TP narcisista	6	7	6	8	8	8	11	11	11	15	15	15
Factor 12. Creencias centrales del TP pasivo-agresivo / temor a ser dominado	8	8	8	9	9	9	12	12	12	15	15	15
Factor 13. Creencias centrales del TP pasivo-agresivo / crítico frente a la autoridad	7	7	7	6	6	6	8	8	8	11	11	11
Factor 14. Creencias centrales del TP esquizoide	2	2	2	2	2	2	4	4	4	6	6	6

**F. Cuestionario de creencias centrales de los trastornos de la personalidad,**

**CCE-TP (NH Londoño, K. Maestre, C. Marin, D. Schnitter, M. Castrillón, L. Chaves,**

**A. Ferrer, 2007):** La paciente en la primera aplicación puntúa alto en creencias

centrales de TP por evitación / autopercepción negativa, del TP por evitación /

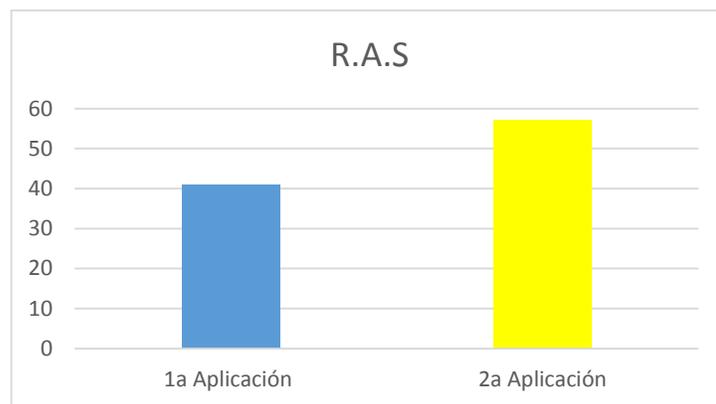
hipersensible y del TP obsesivo-compulsivo / crítico frente a los demás, coincidente con

sus esquemas de defectuosidad y estándares inflexibles. Para la segunda aplicación, la

puntuación para las Creencias centrales del TP por evitación / autopercepción negativa

permaneció en alto y en la tercera, bajó un punto ubicándose más cerca a la media; para las creencias del TP obsesivo-compulsivo / crítico frente a los demás disminuyó considerablemente y se mantuvo en la tercera aplicación en el promedio, no obstante las creencias del TP obsesivo - compulsivo / perfeccionista muestran un incremento en la segunda aplicación, aun cuando la puntuación se mantiene dentro del promedio, lo cual se puede atribuir al momento de la aplicación a que se encontraba ya realizando sus prácticas y más pronta a culminar su carrera, lo cual la había llevado a presentar ansiedad y elevar autoexigencias en sus competencias profesionales; sin embargo, en la tercera aplicación vuelve a ubicarse en un percentil bajo. Las Creencias centrales del TP por evitación / hipersensible puntuaron más cercanas al promedio que al alto en la segunda y tercera aplicación, lo que da muestra de los cambios en cuanto a su locus de motivación interna y la disminución de conductas evitativas frente al malestar.

**Figura 5. Escala R.A.S**



**G. Escala de asertividad de Rathus (R.A.S.) (Adaptación León & Vargas, 2008)**

Esta prueba no fue contemplada en el plan de evaluación inicial, pero en las distintas revisiones del caso y dado que la Asertividad era un objetivo de tratamiento, se incluyó esta escala con el fin de tener una medición objetiva, además de los estándares subjetivos que se habían acordado en el plan de tratamiento.

Inicialmente no se evidencia una dificultad marcada en la asertividad, puesto que ya se habían realizado intervenciones orientadas a mejorar sus habilidades comunicativas. Sin embargo, en la segunda aplicación, realizada en cita de seguimiento, se observa un incremento en la puntuación que, si bien sigue ubicada dentro del promedio, evidencia un avance en sus habilidades asertivas.

## 6.6 CONCEPTUALIZACIÓN DIAGNÓSTICA

### De acuerdo al DSM-V:

- 296.21 (F32.0) Trastorno de depresión mayor, Episodio único leve, Con ansiedad leve.
- Características de personalidad evitativa/autopercepción negativa y rasgos obsesivo-compulsivos debido a estándares inflexibles presentes.
- E282 Síndrome de ovario poliquístico, J30.4 Rinitis alérgica
- V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos – Relación conflictiva con el padre.

### Diagnóstico diferencial:

- *Trastorno depresivo debido a otra afección médica:* La alteración del estado de ánimo en este caso no se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica.

- ***Trastorno depresivo inducido por sustancia o medicamento:*** En este caso ninguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) está etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo.

- ***Trastorno depresivo persistente (Distimia):*** En el trastorno depresivo mayor el estado de ánimo depresivo debe estar presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al menos 2 semanas (la paciente llega a consulta presentándolo durante un período de 1 mes) mientras que en el trastorno distímico debe estar presente la mayoría de los días a lo largo de un período de al menos 2 años. Asimismo, el Trastorno depresivo mayor suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años; la paciente no ha presentado episodios previos y solo ha presentado el actual, lo cual se especifica.

- ***Trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido:*** Este se caracteriza por el desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés. En este caso, si bien la cercanía con la finalización de su carrera y el cambio en su etapa del ciclo vital pudiese considerarse un factor estresante, la historia de la paciente muestra una serie de componentes afectivos de larga data que han ido configurando la alteración actual, más que una dificultad para responder frente a una situación estresante particular. Además, aunque ha presentado

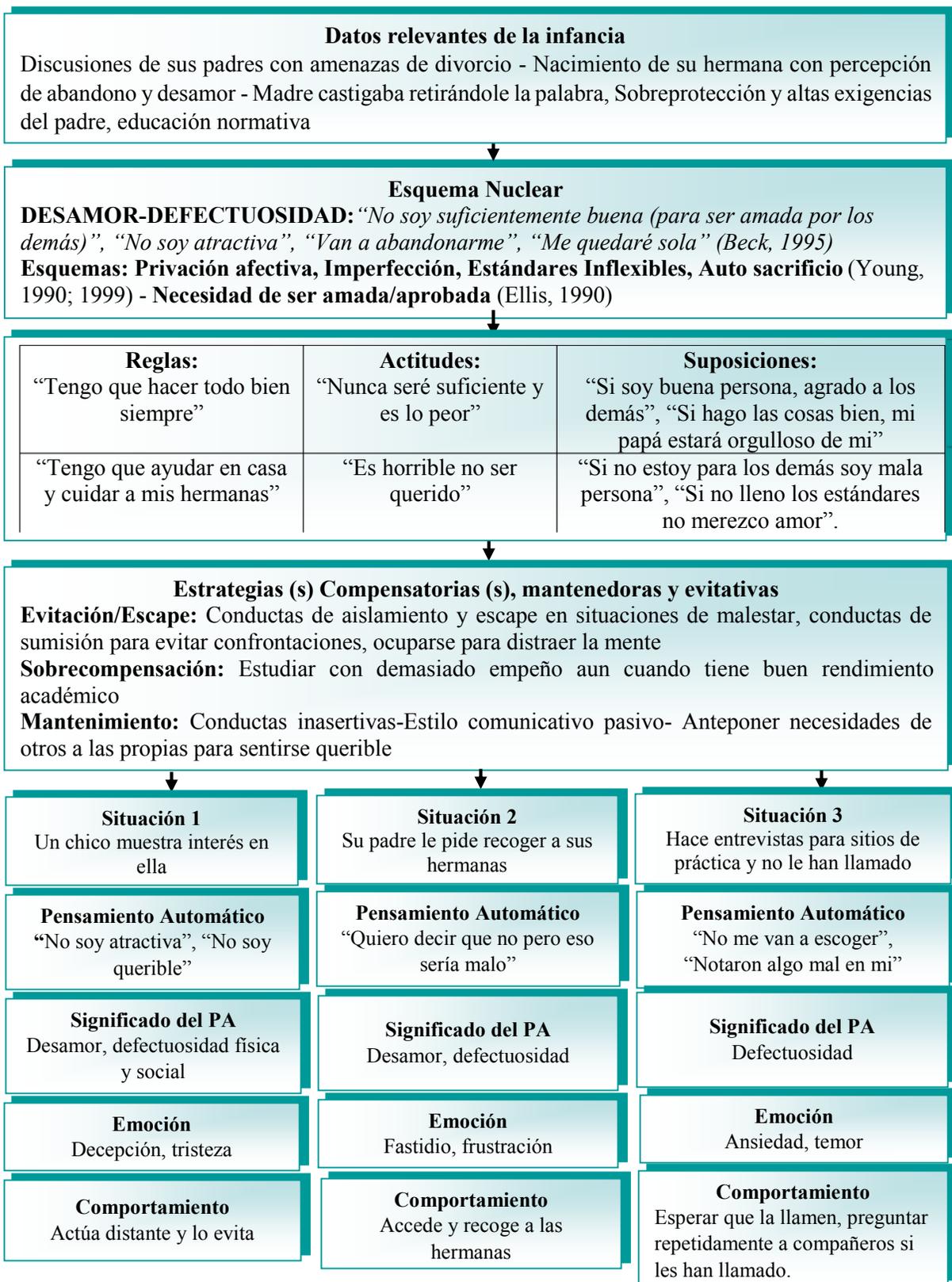
ansiedad en momentos de cambio en su vida, no en todos ha tenido dificultades para adaptarse a los mismos.

- ***Trastorno de ansiedad generalizada:*** La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. La paciente no muestra una preocupación excesiva, los síntomas ansiosos al ser evaluados puntuaban siempre bajo y en entrevista, se puede observar que si bien desde la infancia da muestras de percibirse ansiosa y de preocuparse mucho por sus actividades académicas o por su futuro, no llega a ser algo que interfiera altamente con su funcionamiento y se encuentra más ligado a creencias de que para ser querida debe ser competente, por ende, prima el componente afectivo y la ansiedad se evidencia como manifestación de dicho componente afectado. De igual manera, se aprecia como característica destacada del trastorno de depresión mayor, V es por esto que en el diagnóstico se ubica la ansiedad como un especificador y de acuerdo a los criterios del DSM V, se considera moderada al cumplir solo con 3 de los síntomas allí mencionados.

**Tabla 10. Factores de Desarrollo**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>FACTORES PREDISPONENTES</b>	<b>FACTORES ADQUISITIVOS</b>	<b>FACTORES DESENCADENANTES</b>	<b>FACTORES DE MANTENIMIENTO</b>
<p><b>P1:</b> Alteración del estado de ánimo de tipo depresivo</p> <p><b>P2:</b> Respuestas ansiógenas</p>	<p><b>BIOLÓGICO:</b> Vulnerabilidad biológica a la depresión y la ansiedad.</p> <p><b>PSICOLÓGICO:</b> Vulnerabilidad cognitiva a la depresión y la ansiedad, Esquemas (privación emocional, autosacrificio, perfeccionismo, defectuosidad), vulnerabilidad a la crítica, temperamento tímido e inhibido emocionalmente. Vínculo afectivo ansioso con la madre y ambivalente hacia el padre.</p> <p><b>FAMILIAR:</b> Pautas de crianza inflexibles. Altos niveles de expectativas y exigencia, padre sobreprotector y altamente crítico.</p>	<p>Aprendizaje por observación, (Bandura, 1986; Cormier y Cormier, 1994), Modelamiento en la figura de la madre de la sintomatología depresiva y conducta de subyugación. Modelamiento de la figura del padre por sus niveles de exigencia y rasgos ansiosos. Condicionamiento bifactorial (Mowrer, 1960), C. Clásico al aprender el temor a ser criticada o rechazada por la figura altamente crítica del padre y C. Operante al reforzarse negativamente las conductas evitativas.</p>	<p><b>DISTAL:</b> Discusiones de sus padres con amenazas de divorcio, Ingreso a la primaria, Niveles altos en exigencia escolar, Nacimiento de su hermana con percepción de abandono y desamor, Madre le castigaba dejándole de hablar y lo percibía como ser abandonada y no ser querida, Aumento de peso luego de la menarquia, Críticas de su padre por su peso, muerte de abuela materna</p> <p><b>PROXIMAL:</b> Inicio de 9º semestre (cercanía a terminar la carrera) con ansiedad anticipatoria y visión negativa del futuro, temor ante la incertidumbre y al fracaso.</p>	<p>Baja tasa de autorrefuerzos Baja tasa de refuerzo social Locus de motivación externa Niveles elevados de autoexigencia Conductas inasertivas y de aislamiento, evitación, anteponer necesidades de otros a las propias para sentirse querible (conducta de subyugación), Estilo de comunicación pasivo predominante. Conductas de aislamiento y escape en situaciones de malestar, conductas de sumisión para evitar confrontaciones, ocuparse para distraer la mente. Estudiar con demasiado empeño aun cuando tiene buen rendimiento académico. Activación de esquemas de estándares insuficientes, autoacrificio, defectuosidad y desamor. Cogniciones anticipatorias</p>

**Figura 7. Conceptualización Cognitiva**



## 6.7 FORMULACION CLINICA DEL CASO

Paciente femenina de 20 años de edad, quien presenta un Episodio depresivo único leve, que de acuerdo los criterios del DSM V, cumple con 5 criterios del numeral A siendo estos el estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica la paciente, disminución del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, insomnio o hipersomnia casi cada día, fatiga o pérdida de energía casi cada día y disminución en la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión casi cada día (atribución subjetiva u observación ajena). Además, hay malestar, aunque manejable, y deterioro en el área académica pues, aunque cumple con sus actividades, ha disminuido su rendimiento académico y con esto, cumpliendo criterios A y C, se constituye el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, Episodio depresivo único y leve con ansiedad leve.

La paciente entonces presenta dos problemas, siendo P1 una alteración del estado del ánimo de tipo depresivo y P2 las respuestas ansiógenas, los cuales se relacionan bidireccionalmente. De esta manera, presenta cuadro con sintomatología depresiva caracterizado por estado de ánimo bajo, alteración en el sueño, pérdida de interés ante actividades cotidianas, disminución del apetito y episodios de llanto, lo que interfiere con sus actividades cotidianas y con sus relaciones familiares, y del que dice no poder identificar una causa, lo que genera respuestas de ansiedad debido a las preocupaciones asociadas a su desempeño académico, sus competencias y el temor al fracaso en los diferentes ámbitos de su vida. A su vez, la ansiedad mantiene del estado de ánimo depresivo puesto que, al no encontrar explicación sobre el origen del mismo, disminuir su rendimiento académico, no sentirse competente y estar afectadas sus relaciones familiares,

aparecen las emociones de tristeza, desánimo y frustración, reforzando dicho estado anímico.

De acuerdo a lo descrito en la historia de la paciente, se evidencian una serie de factores predisponentes y desencadenantes distales y proximales que la han llevado al estado de ánimo actual y las respuestas de ansiedad manifiestas. Así, desde temprana edad CRISTINA mostró un temperamento tímido e inhibido, lo cual ha persistido y se revela en sus relaciones interpersonales. Asimismo, desde su infancia debido a distintas situaciones como observar constantes discusiones paternas con amenazas de divorcio, la madre que le dejaba de hablar a manera de castigo cuando algo le molestaba de su comportamiento y el nacimiento de su hermana menor, se fue desarrollando un esquema de privación emocional al percibir estas situaciones como ser abandonada por no ser querida y no ser suficiente y las emociones predominantes eran de tristeza, culpa y soledad. Añadido a esto, la madre tuvo una pérdida de un bebé presentando un episodio depresivo y ante la muerte de la abuela materna, la madre de CRISTINA también mostró síntomas depresivos; por lo tanto, la sintomatología depresiva también ha sido aprendida por modelamiento en la figura materna y es un predisponente a la vulnerabilidad biológica a la depresión. Además, todas estas situaciones fueron generando que se diera un vínculo afectivo ansioso con la madre, por no encontrarse disponible emocionalmente para ella y percibir sus necesidades emocionales insatisfechas. Igualmente, con el padre el vínculo es ansioso ambivalente, pues se trata de una persona poco afectiva y estricta con quien se debate entre el amor y respeto que siente por él y el rechazo a las que considera “posiciones inflexibles”.

De igual forma, la sobreprotección del padre y sus niveles elevados de exigencias y críticas, fueron desarrollando rasgos de ansiedad y esquemas de defectuosidad y estándares

inflexibles, pues refiere reconocerse como una persona ansiosa desde los 6 años aproximadamente y sentirse desde siempre en la lucha de intentar ser “la hija/hermana/amiga/persona perfecta” que cumpla con los estándares que desde niña le han inculcado. En ese orden de ideas, también puede considerarse una vulnerabilidad biológica a la ansiedad heredada de su padre, y adquiere por modelamiento en la figura paterna sus elevados niveles de auto exigencia y respuestas ansiosas; además de una adquisición por condicionamiento bifactorial, pues por condicionamiento clásico aprende el temor a ser criticada o rechazada por dicha figura altamente crítica y, por condicionamiento operante, al reforzarse negativamente las conductas evitativas, alimentando en ella la vulnerabilidad a la crítica y sus temores a la evaluación negativa y ante el futuro.

En este punto, ambos problemas se relacionan desde el origen de forma bidireccional pues al no cumplir con las expectativas y demandas, sintiéndose insuficiente e incapaz, aparecían emociones de tristeza, rabia y frustración que, a su vez, incrementaban la ansiedad de lograr satisfacer dichas expectativas para disminuir el malestar.

Por otro lado, ante la inflexibilidad del padre, la madre mantuvo una actitud de sumisión y subyugación que fue adquirida por la paciente por modelamiento de dicha figura y originó la instauración del esquema de autosacrificio, el cual se encuentra al servicio de los esquemas de privación afectiva y defectuosidad al igual que el de perfeccionismo, ya que la paciente percibe que para merecer amor y ser querida debe ser “esa persona perfecta que esperan” y al no serlo y sentirse defectuosa, intenta ganar el amor de los demás evitando confrontaciones, poniendo las necesidades de otros primero que las propias y comportándose de acuerdo a las expectativas de los demás aunque internamente no se sienta conforme.

Conjuntamente a lo largo de su historia, CRISTINA ha tenido experiencias como las críticas de su padre y los comentarios de su familia referentes a su peso, inicialmente elogiando que aumentara (pues de niña era más bien delgada) y luego haciendo comentarios como “antes eras tan bonita, ahora estas gorda”; estos fueron haciendo mella en su autoesquema y reforzando su esquema de imperfección. Debido a esto, presentó atracones a los 13 años; a los 14 años presenta 4 situaciones donde se provoca el vómito posterior a los atracones en un período de 2 semanas aproximadamente, y es solo hasta los 18 que nuevamente muestra conductas restrictivas asociadas a la ingesta alimentaria, haciendo durante 6 meses una dieta estricta que suspende debido a un desmayo. Ahora bien, aunque estos eventos no constituyen ni cumplen criterios para un trastorno de la conducta alimentaria como tal, de acuerdo a lo encontrado en la entrevista clínica, si son considerados conductas de riesgo a tener en cuenta en la intervención para prevenir que puedan emerger nuevamente y constituirse como un trastorno. Es por esto que se le hará seguimiento a este aspecto.

Por otra parte, CRISTINA ha asumido conductas de aislamiento, evitación, y subyugación que la han llevado a mantener la problemática, al igual que su baja autoestima, inseguridad en sí misma, poca asertividad y sus altos niveles de autoexigencia.

Dado todo lo anterior, se van configurando en ella ciertas características de personalidad evitativa, pues su baja autoestima está asociada a su autopercepción negativa al verse como personalmente poco atractiva o inferior, con sentimientos de inadecuación; la preocupación y sensibilidad a la crítica o el rechazo, asociado a la inferencia distorsionada de las perspectivas de otros como algo negativo y la evitación de relaciones interpersonales íntimas o románticas o del apego interpersonal por temor a ser abandonada si las personas

notan que no es “lo suficientemente buena”. Asimismo, presenta rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva teniendo en cuenta sus estándares inflexibles presentes en cuanto a su perfeccionismo. En ese orden de ideas, a puertas de iniciar practicas universitarias, culminar su carrera y pasar de ser una adolescente a asumir su adultez joven, al enfrentarse con sus temores frente al futuro y con lograr ser lo que esperan de ella, su estado de ánimo baja y aparecen emociones de tristeza y desánimo activando sus esquemas de defectuosidad y privación emocional, a la vez que se disparan sus respuestas de ansiedad y temores anticipatorios activando sus esquemas de estándares inflexibles y generándose la problemática que la motiva a asistir a consulta por el alto malestar emocional que la venía afectando y cuyo origen no lograba identificar, empeorando su frustración, ansiedad y tristeza.

Dado lo anterior, la evaluación e intervención terapéutica es fundamental para brindar respuestas y herramientas ante la situación actual de la paciente, en pro de lograr en el trabajo conjunto un incremento en su bienestar y propender por entrenarle en habilidades que le permitan afrontar de manera apropiada y competente futuras situaciones, así como prevenir que su sintomatología pase de ser leve a agravarse, configurándose por ejemplo un trastorno de depresión mayor con episodios recurrentes, un trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico o un trastorno de personalidad por evitación, o incluso, un trastorno alimenticio teniendo en cuenta antecedentes mencionados en la historia y en general, considerando lo identificado durante la evaluación. Cabe mencionar que, de acuerdo a lo evaluado, se logra identificar que el componente cognitivo en la paciente es el que se encuentra más comprometido, por lo que en la intervención se hará énfasis en técnicas cognitivas que faciliten una evolución satisfactoria en el proceso.

## 6.8 DISEÑO DE INTERVENCIÓN Y CURSO DE TRATAMIENTO

### Objetivos Terapéuticos Generales

1. Estabilizar síntomas depresivos
2. Reducir respuestas ansiosas
3. Prevenir la instauración de otros trastornos.

**Tabla 11. Diseño de Intervención**

Objetivos específicos	Técnicas /estrategias	Sesiones Numero	Indicadores clínicos
<p>1. Debatir PA y Creencias (Depresivos y ansiosos) “No soy querible”, “No soy atractiva”, “Voy a fracasar”, “No soy importante”, “Debo llenar los estándares”, “Debo estar siempre disponible”, “Debo ser buena”</p> <p>2. Incrementar actividades de interés y aumentar refuerzos sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación sobre modelo de TCC</li> <li>• Plan diario</li> <li>• Técnica de dominio-agrado</li> <li>• Asignación gradual de tareas</li> </ul>	1	<p><b>Nivel credibilidad:</b> 80%/100- disminuya a 20-30%</p> <p><b>Aumento del funcionamiento en actividades cotidianas</b> de un 60% a un 80%-100%</p> <p><b>Incremento en ejecución de actividades de interés</b> de 4 por semana a 10 por semana</p>
<p>1. Establecer la relación entre emociones-pensamiento y conducta</p> <p>2. Entrenamiento en el manejo de sus emociones de tristeza e irritabilidad.</p> <p>3. Mejorar ciclo de sueño</p> <p>4. Reducir los síntomas fisiológicos en situaciones de ansiedad y temor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar la relación existente a partir de situaciones, empleando videos y película “Intensamente.”</li> <li>• Entrenamiento respiración abdominal</li> </ul>	2	<p><b>Disminución de intensidad de la tristeza e irritabilidad</b> de 8/10 a 2/10</p> <p><b>Mejoría en ciclo de sueño</b> de 3 noches por semana a 6 -7 noches por semana</p> <p><b>Disminución de síntomas fisiológicos</b> a un 30%-20%</p>

<p>1. Debattir PA y Creencias (Depresivos y ansiosos) “No soy querible”, “No soy atractiva”, “Voy a fracasar”, “No soy importante”, “Debo llenar los estándares”, “Debo estar siempre disponible”, “Debo ser buena”</p> <p>2. Incrementar actividades de interés y aumentar refuerzos sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de pensamientos e identificación de distorsiones cognitivas mediante Registro de pensamientos</li> <li>• Plan diario</li> <li>• Técnica de dominio-agrado</li> <li>• Asignación gradual de tareas</li> </ul>	<p>3</p>	<p><b>Nivel credibilidad:</b> 80%/100- disminuya 20-30%</p> <p><b>Aumento del funcionamiento en actividades cotidianas</b> de un 60% a un 80%-100%</p> <p><b>Incremento en ejecución de actividades de interés</b> de 4 por semana a 10 por semana</p>
<p>1. Identificar, reconocer y expresar adecuadamente emociones de tristeza, irritabilidad, ansiedad, fastidio y temor</p> <p>2. Entrenamiento en el manejo de sus tristeza, irritabilidad, ansiedad, fastidio y temor</p> <p>3. Mejorar ciclo de sueño</p> <p>4. Reducir los síntomas fisiológicos en situaciones de ansiedad y temor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en identificación, reconocimiento y expresión de las emociones (tristeza, irritabilidad, ansiedad, fastidio y temor)</li> <li>• Entrenamiento en respiración abdominal (refuerzo)</li> <li>• Entrenamiento en relajación muscular progresiva</li> </ul>	<p>4</p>	<p><b>Disminución de intensidad de la tristeza, irritabilidad, ansiedad, fastidio y temor</b> de 8/10 a 2/10</p> <p><b>Mejoría en ciclo de sueño</b> de 3 noches por semana a 6-7 noches por semana</p> <p><b>Disminución de síntomas fisiológicos</b> a un 30%-20%</p>
<p>1. Debattir PA y creencias (Depresivos y ansiosos) “No soy querible”, “No soy atractiva”, “Voy a fracasar”, “No soy importante”, “Debo llenar los estándares”, “Debo estar siempre disponible”, “Debo ser buena”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionamiento y debate socrático</li> <li>• Reestructuración cognitiva</li> </ul>	<p>5</p>	<p><b>Nivel credibilidad:</b> 80%/100- disminuya 20-30%</p>
<p>1. Disminuir creencias asociadas a estándares inflexibles, defectuosidad y desamor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bibliografía: “Reinventar tu vida”</li> <li>• Cuestionamiento y debate socrático</li> <li>• Búsqueda de lo contrario</li> </ul> <p>Reestructuración cognitiva</p>	<p>6</p>	<p><b>Nivel credibilidad:</b> 80%/100- disminuya a 50%-60%</p>

<p>1. Disminuir creencias asociadas a estándares inflexibles, defectuosidad y desamor.</p> <p>2. Tareas conductuales específicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionamiento y debate socrático</li> <li>• Técnica de triple columna</li> <li>• Prevención cognitiva</li> <li>• Examen de las ventajas y desventajas</li> <li>• Experimentos para búsqueda de evidencia.</li> </ul>	7	<p><b>Nivel credibilidad:</b> 80%/100- disminuya a 30%-40%</p>
<p>1. Disminuir creencias asociadas a estándares inflexibles, defectuosidad y desamor.</p> <p>2. Tareas conductuales específicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Role playing</li> <li>• Uso de imágenes</li> <li>• Experimentos para búsqueda de evidencia.</li> </ul>	8	<p><b>Nivel credibilidad:</b> 80%/100- disminuya 30%-40%</p>
<p>1. Adquirir un estilo atribucional más adaptativo que le permita reconocer sus logros y alcanzar sus metas</p> <p>2. Aumentar el locus de motivación interna respecto a sus metas y logros</p> <p>3. Favorecer una visión positiva de sí misma fortaleciendo su autoesquema</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reatribución</li> <li>• Revalorización</li> <li>• Cuestionamiento y debate socrático</li> <li>• Técnica de la triple columna</li> <li>• Bibliografía: Tus zonas erróneas, capítulo “Haciéndote cargo de ti mismo”</li> <li>• Metáfora del árbol</li> <li>• Anuncio publicitario de sí misma</li> </ul>	9	<p><b>Incremento en el nivel de estilo atribucional interno respecto a sus logros</b> en un 80% - 100%</p> <p><b>Locus de motivación interna respecto a sus metas y logros aumentado</b> en un 80%-100%</p> <p><b>Autoesquema positivo aumentado</b> en un 80%-100%</p>

<p>1. Aumentar el locus de motivación interna respecto a sus metas y logros</p> <p>2. Favorecer una visión positiva de su misma fortaleciendo su autoesquema</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bibliografía: Tus zonas erróneas, capítulo “Haciéndote cargo de ti mismo” (Revisión)</li> <li>• Anuncio publicitario de sí misma (Revisión)</li> <li>• Metáfora “mi camino” (reconocimiento de logros)</li> <li>• Técnica de silla vacía</li> <li>• Carta a sí misma</li> </ul>	<p><b>10</b></p>	<p><b>Locus de motivación interna respecto a sus metas y logros aumentado</b> en un 80%-100%</p> <p><b>Autoesquema positivo aumentado</b> en un 80%-100%</p>
<p>1. Entrenamiento en el manejo de sus emociones de tristeza, irritabilidad, ansiedad, fastidio y temor.</p> <p>2. Mejorar comunicación asertiva y fortalecer vínculos con su familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en habilidades sociales (Entrenamiento en afecto, entrenamiento asertivo)</li> <li>• Bibliografía: “Cuando digo no me siento culpable”</li> <li>• Entrenamiento en oposición</li> </ul>	<p><b>11</b></p>	<p><b>Incremento en la Frecuencia de Asertividad:</b> De 2 situaciones por semana a 10 a situaciones por semana</p> <p><b>Disminución en conductas de aislamiento y evitación</b> de 8 conductas semanales a 2-0 conductas semanales</p>
<p>1. Entrenamiento en manejo de ansiedad en situaciones de estrés.</p> <p>2. Aumentar el locus de motivación interna respecto a sus metas y logros</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en solución de problemas</li> <li>• Plan de metas a corto, mediano y largo plazo</li> </ul>	<p><b>12</b></p>	<p><b>Disminución de intensidad de la ansiedad en situaciones estresantes</b> de 8/10 a 2/10</p> <p><b>Locus de motivación interna respecto a sus metas y logros aumentado</b> en un 80%-100%</p>

<p>1. Mejorar comunicación asertiva y fortalecer vínculos con su familia</p> <p>2. Establecimiento de límites saludables para disminuir subyugación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en habilidades sociales (entrenamiento asertivo)</li> <li>• Entrenamiento en oposición</li> </ul>	<p><b>13</b></p>	<p><b>Disminución de conductas de sumisión/autosacrificio</b> de 8 conductas semanales a 2-0 conductas semanales</p> <p><b>Disminución de intensidad de la culpa (al decir que no)</b> de 8/10 a 2/10</p>
<p>1. Entrenamiento en manejo de ansiedad en situaciones de estrés.</p> <p>2. Desarrollar estilos de afrontamiento más adaptativos ante situaciones de estrés.</p> <p>3. Reducir los síntomas fisiológicos en situaciones de ansiedad y temor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en solución de problemas (Revisión)</li> <li>• Role playing</li> <li>• Examen de las ventajas y desventajas</li> <li>• Reforzar respiración abdominal</li> <li>• Reforzar en relajación muscular + mindfulness</li> </ul>	<p><b>14</b></p>	<p><b>Disminución de intensidad de la ansiedad en situaciones estresantes</b> de 8/10 a 2/10</p> <p><b>Incremento en la frecuencia de respuestas adaptativas frente al estrés</b> de 3/semana a 10/semana</p> <p><b>Disminución de síntomas fisiológicos</b> a un 30%-20%</p>
<p>1. Desarrollar estilos de afrontamiento más adaptativos ante situaciones de estrés.</p> <p>2. Entrenamiento en tolerancia al malestar para disminuir la evitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Role playing</li> <li>• Examen de las ventajas y desventajas</li> <li>• Planteamiento de alternativas de respuesta</li> <li>• Experimentos conductuales</li> <li>• Técnica de autoinstrucciones</li> <li>• Mindfulness</li> <li>• Exposiciones imaginarias y en vivo</li> </ul>	<p><b>15</b></p>	<p><b>Incremento en la frecuencia de respuestas adaptativas frente al estrés</b> de 3/semana a 10/semana</p> <p><b>Disminución de la frecuencia de conductas evitativas</b> de 5/semana a 1 o 0/semana</p>
<p>1. Entrenamiento en tolerancia al malestar para disminuir la evitación</p> <p>2. Reducir los síntomas fisiológicos en situaciones de ansiedad y temor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de autoinstrucciones</li> <li>• Mindfulness</li> <li>• Exposiciones imaginarias y en vivo</li> <li>• Reforzar respiración abdominal</li> <li>• Reforzar en relajación muscular + Mindfulness</li> </ul>	<p><b>16</b></p>	<p><b>Disminución de la frecuencia de conductas evitativas</b> de 5/semana a 1 o 0/semana</p> <p><b>Disminución de síntomas fisiológicos</b> a un 30%-20%</p>

<p><b>Prevención de recaídas</b></p> <p>1. Debatir PA (Depresivos y ansiosos)</p> <p>2. Disminuir creencias asociadas a estándares inflexibles, defectuosidad y abandono.</p>	<p>Revisión de técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionamiento y debate socrático</li> <li>• Técnica de triple columna</li> <li>• Prevención cognitiva</li> <li>• Examen de las ventajas y desventajas</li> <li>• Experimentos para búsqueda de evidencia.</li> </ul>	<p><b>17</b></p>	<p><b>Nivel credibilidad:</b> 80%/100- disminuya a 20-30%</p> <p><b>Nivel credibilidad:</b> 80%/100- disminuya a 20-30%</p>
<p><b>Prevención de recaídas</b></p> <p>1. Manejo y expresión de sus emociones, comunicación asertiva y vínculos afectivos.</p> <p>2. Establecimiento de límites saludables para disminuir subyugación.</p>	<p>Revisión de técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en habilidades sociales (Entrenamiento en afecto, entrenamiento asertivo)</li> <li>• Entrenamiento en oposición</li> </ul>	<p><b>18</b></p>	<p><b>Disminución en conductas de aislamiento y evitación</b> de 8 conductas semanales a 2-0 conductas semanales</p> <p><b>Disminución de intensidad de la culpa (al decir que no)</b> de 8/10 a 2/10</p> <p><b>Disminución de conductas de sumisión/autosacrificio</b> de 8 conductas semanales a 2-0 conductas semanales</p>
<p><b>Prevención de recaídas</b></p> <p>1. Desarrollar estilos de afrontamiento más adaptativos ante situaciones de estrés.</p> <p>2. Entrenamiento en tolerancia al malestar para disminuir la evitación y favorecer manejo de ansiedad</p>	<p>Revisión de técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planteamiento de alternativas de respuesta</li> <li>• Experimentos conductuales</li> <li>• Técnica de autoinstrucciones</li> <li>• Mindfulness</li> <li>• Exposiciones imaginarias</li> <li>• Respiración abdominal</li> <li>• Relajación muscular progresiva</li> </ul>	<p><b>19</b></p>	<p><b>Incremento en la frecuencia de respuestas adaptativas frente al estrés</b> de 3/semana a 10/semana</p> <p><b>Disminución de la frecuencia de conductas evitativas</b> de 5/semana a 1 o 0/semana</p>

<p><b>Prevención de recaídas</b></p> <p>1. Desarrollar estilos de afrontamiento más adaptativos ante situaciones de estrés.</p> <p>2. Entrenamiento en tolerancia al malestar para disminuir la evitación y favorecer manejo de ansiedad</p>	<p>Revisión de técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Role playing</li> <li>• Examen de las ventajas y desventajas</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de autoinstrucciones</li> <li>• Mindfulness</li> <li>• Exposiciones imaginarias</li> <li>• Respiración abdominal</li> <li>• Relajación muscular progresiva</li> </ul>	<p><b>20</b></p>	<p><b>Incremento en la frecuencia de respuestas adaptativas frente al estrés de 3/semana a 10/semana</b></p> <p><b>Disminución de la frecuencia de conductas evitativas de 5/semana a 1 o 0/semana</b></p>
--	--	------------------	---

**Tabla 12. Curso de tratamiento**

N° DE SESIÓN	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES
4	Para la <b>Sesión 4</b> , los objetivos eran Identificar, reconocer y expresar adecuadamente emociones de tristeza, irritabilidad, ansiedad, fastidio y temor; Entrenamiento en el manejo de sus tristeza, irritabilidad, ansiedad, fastidio y temor; Mejorar ciclo de sueño y Reducir los síntomas fisiológicos en situaciones de ansiedad y temor.	El plan era realizar inicialmente variados ejercicios usando imágenes y role playing de representación de las distintas emociones (tristeza, irritabilidad, ansiedad, fastidio y temor) y usando autorregistros asignados, lograr que la paciente identificara cada emoción, las situaciones en que las presentaba, sus reacciones y síntomas fisiológicos. Asimismo, se esperaba en un segundo momento, reforzar el entrenamiento en respiración abdominal trabajado en la sesión 2 e iniciar entrenamiento en relajación muscular progresiva. La paciente en esta sesión llegó retrasada, por lo que solo pudo trabajarse la primera parte del plan y cerrar con respiración abdominal.
5	Para la <b>Sesión 5</b> , el objetivo era debatir PA y creencias (Depresivos y ansiosos) “No soy querible”, “No soy atractiva”, “Voy a fracasar”, “No soy importante”, “Me da miedo no lograr lo que quiero”, “Me da miedo fracasar”, “Debo llenar los estándares”, “Debo estar siempre disponible”, “Debo ser buena”	Se trabajó en un primer momento con cuestionamiento y debate socrático analizando autorregistros hechos por la paciente previamente y pensamientos expresados en sesión. En la segunda parte de la sesión y teniendo en cuenta que en la sesión anterior no se pudo iniciar entrenamiento en relajación muscular progresiva, se llevó a cabo dicho objetivo. La paciente mostró receptividad y participó de la sesión activamente. Mostró buena comprensión de lo trabajado.
9, 10	En estas sesiones los objetivos apuntaban a adquirir un estilo atribucional más adaptativo que le permita reconocer sus logros y alcanzar sus metas, Aumentar el locus de motivación interna respecto a sus metas y logros y Favorecer una visión positiva de sí misma fortaleciendo su autoesquema.	En las <b>sesiones 6, 7 y 8</b> se trabajó buscando disminuir creencias asociadas a estándares inflexibles, defectuosidad y desamor, tal como se encontraba trazado en el plan, pero para lograr el cumplimiento de los indicadores, se consideró necesario continuar trabajándose este objetivo durante las sesiones 9 y 10, mostrando un avance favorable. Luego de esto, los objetivos se corrieron en número de sesión, pero se continuaron trabajando en el orden establecido.
13, 14 (Trabajadas realmente en las sesiones 15 y 16)	La <b>sesión 13</b> en el plan tenía por objetivo Mejorar comunicación asertiva y fortalecer vínculos con su familia y el establecimiento de límites saludables para disminuir subyugación. En la <b>Sesión 14</b> , se buscaba realizar Entrenamiento en manejo de ansiedad en situaciones de estrés, Desarrollar estilos de afrontamiento más adaptativos ante situaciones	Para dar cumplimiento a dicho objetivo se continuó con el entrenamiento en habilidades sociales, específicamente, entrenamiento en comunicación asertiva y en oposición mediante role playing e imagería. Se asignaron ejercicios conductuales para aplicar lo aprendido en sesión, principalmente con su familia que es con quienes más dificultades tiene al decir NO y donde aparece la emoción de culpa. En la <b>sesión 14</b> (trabajada realmente en la sesión 16 por los cambios previos), al evaluar y manifestar la paciente que a pesar de intentar aplicar las habilidades, la intensidad de la culpa no disminuía mucho y en varias ocasiones no fue capaz de mantener su posición sino que terminó cediendo; se consideró que los objetivos de esta sesión se trabajarían en

	de estrés y Reducir los síntomas fisiológicos en situaciones de ansiedad y temor.	la próxima y en esta, reforzar el entrenamiento en oposición y debatir los pensamientos asociados a la culpa retomando estrategias cognitivas trabajadas previamente. Una vez más, los objetivos se corrieron en número de sesión, pero se continuaron trabajando en el orden establecido.
19 (Trabajada en la sesión 21)	En esta sesión, el objetivo era iniciar el plan de prevención de recaídas en cuanto a Debatir PA (Depresivos y ansiosos y Disminuir creencias asociadas a estándares inflexibles, defectuosidad y desamor, mediante la revisión de distintas técnicas cognitivas trabajadas previamente.	La paciente ingresa tarde a sesión y manifiesta justamente haber tenido una crisis dos días antes debido a situaciones estresantes en su medio familiar. Se revisó el manejo que le dio la paciente a la misma, buscando que ella misma analizara los recursos empleados y reforzándole lo logrado, y que identificara las dificultades que tuvo frente a esta. Se le solicitó, que ya habiendo analizado lo sucedido, replanteara cómo hubiera podido manejar la situación de otra manera para disminuir las emociones de malestar antes que alcanzara un alto nivel de intensidad. La paciente muestra conciencia de lo aprendido y buen manejo de las diferentes técnicas trabajadas. Se trabaja motivación y herramientas para hacer uso de dichas habilidades aprendidas.
20 (programada para trabajarse en sesión 22)	El propósito de esta sesión era dar continuidad al seguimiento y evaluar aplicación de estrategias terapéuticas adquiridas en la vida cotidiana.	Por emergencia Covid-19 no se logró realizar la sesión y aunque se ha intentado por medio virtual o telefónico, la paciente no cuenta con disponibilidad de tiempo pues se encuentra haciendo teletrabajo.

## 7. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS SESIONES

- **SESIÓN N° 1:**

El objetivo de esta sesión se encaminó a debatir pensamientos y creencias iniciando en un primer momento con un proceso de psicoeducación sobre el modelo de TCC y la depresión a la luz de este. En un segundo momento, se buscaba incrementar actividades de interés y aumentar refuerzos sociales para lo cual se usó un video corto y análisis funcional de una situación, sobre cómo la depresión afecta el funcionamiento en las distintas áreas de la vida evidenciándose en el comportamiento y de ahí, la importancia de mantener rutinas saludables que favorezcan la sensación de autoeficacia, el autorrefuerzo positivo y los refuerzos sociales. Luego entonces fue explicada la técnica de Dominio y Agrado.

### **Transcripción de la sesión:**

**T:** Bueno CRISTINA, teniendo en cuenta lo que hemos analizado juntas, es importante que revisemos tu rutina cotidiana y podamos organizar tus actividades diarias para mejorar un poco esos aspectos en los que sientes que no estás rindiendo e ir disminuyendo poco a poco la apatía y el desánimo que manifiestas.

**P:** Si, doctora. Creo que necesito un poco de ayuda con eso porque últimamente siento como que no tengo orden en las cosas y lo que te decía, que no me dan ganas de nada y todo me fastidia.

**T:** Vale, esa es la idea, poder mejorar esos aspectos... Entonces te propongo que trabajemos con una técnica que se llama Dominio y Agrado. Lo vamos a hacer usando este cuadro (se le muestra a la paciente el cuadro a diligenciar impreso) que contiene en esta fila

superior los días de la semana y en esta columna de la izquierda las horas del día. La idea es que lo llenes y podamos mirar cómo estás organizando tu tiempo últimamente.

**P:** Ok, como una especie de horario.

**T:** Si, exacto... algo parecido porque vamos a monitorear adicionalmente, el placer o dominio que sientes o percibes frente a dichas actividades. Pero antes de continuar quisiera saber si te parece más fácil o práctico llenarlo semanalmente o diariamente, es decir planear por ejemplo hoy el día siguiente y así seguidamente.

**P:** No, yo creo que semanalmente es mejor para mí.

**T:** Bueno, entonces quedamos semanalmente. Ahora, como te decía, para medir el placer y dominio lo vamos a hacer creando una escala para medirlo. ¿Te parecería sencillo hacerlo de 0 a 5?

**P:** Si, así está bien

**T:** Vale. Empecemos con el Agrado, entendiéndolo como el placer, alegría o diversión que te genera una actividad. Dame un ejemplo de una actividad que disfrutes mucho y que puntuarías en un 5.

**P:** Mmm... Bueno, podría ser salir con mis amigas a comer.

**T:** Perfecto, anótalo en tu cuaderno de apuntes así: “Salir a comer con amigas=5”

**P:** (Lo anota). Listo.

**T:** Muy bien, ahora dame un ejemplo de otras actividades que podrías puntuar como 0 o 3 y anótalas en tu cuaderno como referencia.

**P:** Un 1 sería por ejemplo discutir con mis papás, eso no me gusta nada... y un 3 podría ser hacer tareas con mis hermanas.

**T:** Perfecto. ¿Te pareció sencillo puntuar las actividades?

**P:** Si, fue fácil hacerlo. Seguro será más fácil una vez las tenga anotadas en el registro.

**T:** Así es. Bueno, ahora vamos a hacer lo mismo con el Dominio o habilidad, que se refiere al sentido de logro que percibes al hacer la actividad. Establecemos una escala también de 0 a 5 y por favor anota los ejemplos en tu cuaderno igual que hicimos con la escala de Agrado.

**P:** (Lo anota y luego lee en voz alta) Bueno, creo que en este caso un 5 en dominio sería sacar buena nota en una materia difícil. Un 0, podría ser dormir muchas horas... un 3, hacer un trabajo fácil.

**T:** Lo has hecho muy bien. Ahora para terminar, en el cuadro que te entregué vamos a anotar las actividades del día de hoy, y vamos a colocar en el cuadro encima de la actividad, “A= \_\_ D= \_\_\_” y vas a puntuar, por ejemplo, esta sesión.

**P:** Bueno, en Agrado sería un 5 y en Dominio un 4, porque creo que lo he hecho bien y que esto me va a servir.

**T:** Excelente, lo has hecho en verdad muy bien. Para terminar, quisiera que completaras este cuadro con tus actividades de esta semana y para la próxima, intentarás incluir actividades que sean de tu agrado que hayas querido hacer alguna vez y no las has intentado o que antes las hacías y las disfrutabas pero que has dejado de hacerlas. Quizás al

inicio el Agrado pueda puntuar bajo o promedio, pero con el pasar del tiempo podría variar al igual que el Dominio.

**P:** Listo doctora, me parece bien y tiene sentido eso para mí.

**T:** Ok, ¿Tiene sentido entonces la técnica para ti y los objetivos que nos hemos propuesto?

**P:** Si claro, creo que puede ayudarme con lo que nos proponemos en el proceso.

- **SESIÓN N° 5:**

El objetivo de esta sesión era debatir pensamientos automáticos y creencias asociadas tanto a la depresión como a la ansiedad. Para este fin, se tomaron dos ejemplos de pensamientos registrados por la paciente previamente en un Registro de Pensamientos Automáticos, teniendo en cuenta los dos que la paciente reportó como más frecuentes y se explicó la técnica del debate socrático tomando un pensamiento como ejemplo y asignando el otro como tarea en casa.

**Transcripción de la sesión:**

**T:** Teniendo en cuenta esta selección que hicimos de tus pensamientos más frecuentes, hoy vamos a aprender una técnica llamada Debate Socrático, que nos permite cuestionar las creencias irracionales y modificarlas o reemplazarlas por creencias alternativas más racionales. Para esto, vamos a anotar en el tablero el pensamiento que identificaste como más frecuente esta semana...Adelante...

**P:** Dale. (Anota en el tablero el pensamiento “Si no estoy para los demás soy mala”)

**T:** Bien, ahora que tenemos identificado el pensamiento, vamos a evaluar qué tanto crees en esa creencia... En una escala de 0 a 100% ¿Qué tanto crees que eso es real?

**P:** Creo en eso un 90%

**T:** Vale, entonces anótalo. (La paciente lo anota en el tablero). Ahora, quiero que me comentes cómo te hace sentir ese pensamiento y anotes esas emociones

**P:** Me hace sentir triste, decepcionada y culpable. (Lo anota en el tablero).

**T:** Bien, vamos entonces a evaluar la intensidad de esas emociones, como ya lo hemos hecho antes en los registros, en una escala de 0 a 10 y lo anotas al ladito de cada emoción.

**P:** Ok, tristeza un 8, decepción un 7 y culpa un 9

**T:** Perfecto, lo estás haciendo muy bien. Ahora, te voy a entregar esta guía (se le presenta cuadro con listado de preguntas del cuestionamiento) que tiene una lista de preguntas con las que iremos debatiendo el pensamiento. Lee por favor la primera pregunta y yo te voy a ayudar anotando en el tablero tus respuestas.

**P:** La primera dice ¿Qué evidencias tienes a favor de este pensamiento? (Hace una pausa y luego prosigue mencionando las evidencias a favor.)

**T:** Listo, ¿se te ocurre algo más? (la paciente niega con la cabeza) Bien, entonces ahora anotemos las respuestas a la segunda pregunta.

**P:** ¿Qué evidencias tengo en contra de este pensamiento? ... (La paciente responde a la pregunta y se anotan las evidencias en contra. Luego se prosiguió a debatir las

creencias a favor y contrastarlas con las evidencias en contra intentando mediante el cuestionamiento flexibilizar a la paciente en su creencia irracional)

**T:** Ahora bien, habiendo compartido estas perspectivas, pasemos a la siguiente pregunta, ¿Qué le dirías a un amigo o amiga que le pasara esto mismo que a ti o que te dijera ese pensamiento?

**P:** Pues le diría que, aunque no se sienta bien la molestia de las demás personas porque uno no les ayude o esté siempre para ellos, van a haber ocasiones en que uno no puede o no quiere ayudar por diferentes razones y eso no lo hace “buena o mala persona”.

**T:** Excelente CRISTINA. Continuemos, ¿Qué ventajas te traería seguir pensando de esa forma?

**P:** Creo que ninguna, me hace sentir full barro pensar así.

**T:** Ok, y ¿Qué desventajas te genera pensar de esa manera?

**P:** Todas jajaja... en verdad me hace sentir mal pensar eso.

**T:** Vale, entonces pasemos a la siguiente pregunta, luego de todo esto que hemos discutido, ¿Qué otra cosa podrías pensar que te hiciera sentir mejor?, es decir, ¿qué pensamiento alternativo podríamos plantear ante este pensamiento que venimos debatiendo?

**P:** mmm... podría pensar algo como “No siempre puedo estar para los demás y eso no me hace mala”

**T:** Muy bien, y al pensar así, ¿Cómo te sientes?

**P:** Me hace sentir un poco mejor. Me hace sentir “menos mala”

**T:** Vale, Y luego de todo esto que hemos analizado, De 0 a 100%, ¿Qué tanto crees en tu pensamiento inicial?

**P:** mmm... Como un 40%... Porque igual si siento que hay algo de malo en no ayudar si puedo, pero pues... ya no me siento mala del todo si pienso en lo que hemos dicho.

**T:** Vale, es un avance grande igual. Ahora bien, miremos las emociones... ¿Cómo las puntuarías después de lo que analizamos y si te dijeras de pronto el pensamiento alternativo que propusiste?

**P:** Bueno la tristeza, como en un 3... la decepción en un 3 y la culpa en un 5 tal vez.

**T:** Perfecto, mira que las emociones también disminuyen en intensidad si modificamos el pensamiento. Igual cuando trabajemos más adelante habilidades sociales, retomaremos un poco este tema y la emoción de la culpa que es al parecer, la que más se presenta ante una situación como esta.

**P:** Dale, me parece bien. Y sí, creo que esa si me cuesta un poco por eso de que me doy como muy duro yo misma... pero de todas formas si siento que baja con ese pensamiento alternativo.

**T:** Muy bien. Eso es lo importante, que te haga sentir mejor. De igual forma, te propongo que sigas en casa buscando argumentos en contra del pensamiento inicial e intentes plantearte otros pensamientos alternativos que pudieran también ayudarte cuando este pensamiento aparezca y de esta manera, mirar si quizás podemos encontrar otro que disminuya mucho más la intensidad de las emociones que te generan el malestar.

- **SESIÓN N° 15:**

Esta sesión se orientó a mejorar comunicación asertiva y fortalecer vínculos con su familia, así como al establecimiento de límites saludables para disminuir subyugación. Previamente se había trabajado con la paciente psicoeducación en estilos de comunicación (pasivo-asertivo-agresivo) y se había asignado Bibliografía “Cuando digo no me siento culpable” capítulos 2 y 3 sobre los derechos asertivos. Así, se retomó lo anterior y se inició explicando los componentes de la oposición asertiva (Kelly, 2002. P181). Posteriormente, se trabajó empleando Role Playing para realizar entrenamiento en oposición.

**Transcripción de la sesión:**

**T:** Retomando lo trabajado entonces pasemos a la práctica. Vamos a hacer un ejercicio de role playing donde tomaremos una de estas situaciones que habíamos identificado donde te ha costado ser asertiva y decir que no; y la idea es que practiquemos cómo podrías oponerte asertivamente a algo que no quieres o que estás en desacuerdo. ¿Te parece?

**P:** Listo.

A continuación, se inició el Role Play, basado en una situación traída por la paciente en que la madre le pidió recoger a sus hermanas y ella no quería ir porque estaba terminando un trabajo de la universidad que debía enviar por correo antes de 12:00 am- Sin embargo, la paciente cedió y las fue a buscar. Inicialmente la paciente se detuvo en medio del ejercicio y hubo que modelarle un poco en el aspecto de exponer su desacuerdo, no obstante, seguido a esto, se describe el role play final logrado por CRISTINA:

**T:** (haciendo de mamá) CRISTINA por favor, recoge a tus hermanas en el colegio que yo estoy cansada por el oficio y no quiero que se vengan solas hoy.

**P:** Mami, en verdad me da pena contigo, pero no puedo ir porque estoy terminando un trabajo que debo entregar hoy en la noche y si voy, me atraso mucho (*Expresión del problema*). Sé que debes estar cansada por los oficios de la casa (*Expresión de entendimiento*) pero en estos momentos yo necesito terminar mi trabajo y por ejemplo mi papá está leyendo un libro y aunque sé que no le gusta que lo molesten (*Expresión de entendimiento*), lo mío es un compromiso académico (*Desacuerdo*) entonces te pido por favor que en esta ocasión, le pidas que nos colabore yendo a recoger a las niñas al colegio o al menos esperándolas aquí cerca como otras veces han hecho, así nos ayudamos todos (*Petición de cambio/propuesta de solución*)

**T:** Muy bien, creo que lo hiciste excelente y tuviste en cuenta los componentes que trabajamos. ¿Cómo te sentiste? ¿Qué mejorarías?

**P:** Bueno, a pesar de que obvio no eres mi mamá, al imaginarte como ella me costó un poco decir que no y como viste al comienzo, me costó como organizar las ideas más que todo en lo del desacuerdo. Pero pues me sentí bien ahora que logré terminarlo. Creo que mejoraría esa parte, es como lo que más me cuesta expresar.

**T:** Vale. ¿Qué hubieras hecho si yo te hubiese insistido como mamá en que recogieras a tus hermanas?

**P:** Mmm me hubiera costado un poco más.

**T:** ¿Se te ocurre alguna estrategia de comunicación asertiva de las que revisamos, que te pudiera ayudar a mantenerte en tu posición de no ir porque debías terminar tu tarea?

**P:** (Se queda pensando) Tal vez la técnica del Disco rayado, osea seguirle repitiendo a mi mamá o bueno, en este caso a ti, que yo la entiendo en verdad y que me gustaría poder colaborarle pero que en ese momento no podía por mi trabajo y el tiempo.

**T:** ¡Perfecto! Esa es una muy buena opción. Ahora hagamos otro ejercicio y en casa, esta semana, la consigna es practicar esto que estamos aprendiendo. Vas muy bien y como todo aprendizaje, es cuestión de eso, de práctica. Pero vas muy bien.

**P:** Gracias Doc.

- **SESIÓN N° 16:**

El objetivo de esta sesión era el entrenamiento en manejo de ansiedad en situaciones de estrés y desarrollar estilos de afrontamiento más adaptativos ante situaciones de estrés. Se trabajaron estos objetivos reforzando habilidades de solución de problemas y mediante técnica de ventajas y desventajas, descrita en esta transcripción, teniendo en cuenta que venía manejando mucho estrés frente a la decisión de la elección del área de práctica.

**Transcripción de la sesión:**

**T:** Me comentabas que entonces estabas muy estresada por la decisión entre la práctica clínica y la organizacional por todo el tema económico en tu familia

**P:** Si, es que estoy muy preocupada por ese tema económico porque como te dije, mi papá se quedó sin trabajo y coger organizacional me ayudaría con un ingreso, pero por otro lado me gusta mucho la clínica entonces no sé qué decidir y para eso hay plazos y aja, estoy preocupada.

**T:** Vale, vamos a hacer lo que conocemos como un análisis de ventajas y desventajas, lo cual es un ejercicio que te puede ser muy útil para solucionar estas situaciones en que debes tomar decisiones.

**P:** Yo he intentado hacer algo así en mi mente, pero quedo vuelta un ocho.

**T:** Dale, no importa. Organicemos entonces esas ideas entre las dos y vamos a anotarlas en tu cuaderno. Hagamos un cuadro donde del lado izquierdo vas a plasmar las ventajas de la clínica y las ventajas de la organizacional; y del lado derecho las desventajas de la clínica y abajo las de la organizacional. Esto nos permite comparar visualmente y organizar mejor.

**P:** Listo.

**T:** Vamos a empezar con las ventajas y desventajas de la clínica, y luego haremos lo mismo con la otra opción.

**P:** (Paciente comienza a anotar) – luego de terminar, revisa y anota un par de ideas más.

**T:** Muy bien CRISTINA, ahora entonces vamos a aplicar como otra especie de filtro a estas opciones. Vamos a señalar con este resaltador los puntos que te parecen más importantes. (La paciente los resalta) Y ahora entonces quiero que me comentes que piensas de esto que analizaste

**P:** Pienso que solo quiero escoger organizacional por el dinero, pero eso sería una vez más anteponer los intereses de los demás a los míos. Y a corto plazo, me soluciona un poco lo económico, pero a largo plazo, es más lo que me perjudica porque solo tengo una práctica y me perdería la oportunidad de profundizar en lo que realmente quisiera para mi

vida profesional. Es decir, me sentiría traicionando un poco el avance que he tenido conmigo misma y a la larga seguramente estaría insatisfecha. Tal vez el dinero puedo conseguirlo de otra forma, pero la experiencia no, como lo resalto aquí.

**T:** Muy bien CRISTINA, como ya te lo he dicho, creo que tienes una muy buena capacidad de análisis y estoy de acuerdo con lo que planteas. Te propongo entonces que como asignación, apliques lo trabajado en los pasos para solución de problemas o esta misma técnica de ventajas y desventajas, a opciones para solventar un poco el tema económico en lo que respecta a tus propios gastos y así ayudar con lo que puedes. Recuerda que hay niveles de injerencia en las situaciones y no es tu deber mantener a tu familia ni es tu rol como hija en estos momentos porque eres una estudiante, pero si puedes pensar en alternativas que aporten a la solución de la situación.

**P:** Dale, estoy de acuerdo.

**T:** ¿Te pareció útil la técnica? ¿Crees que pudieras aplicarla de aquí en adelante al momento de tomar decisiones para facilitar ese proceso?

**P:** Si, escribir da orden en verdad y me pareció todo más claro al verlo así que solo pensarlo y darle vueltas en mi cabeza.

- **SESIÓN N° 18:**

En esta sesión, el objetivo era entrenamiento en tolerancia al malestar para disminuir la evitación y reducir los síntomas fisiológicos en situaciones de ansiedad y temor. Se reforzaron técnicas trabajadas previamente como autoinstrucciones, asignaciones con exposiciones imaginarias, respiración, relajación y mindfulness. A continuación, se

describe un ejercicio realizado en sesión que la paciente encontró en la evaluación del proceso, como el más funcional para ella en situaciones de malestar por ansiedad o temor.

**Transcripción de la sesión:**

**T:** Ahora vamos a hacer un ejercicio de relajación y mindfulness que, mediante visualización, te va a ayudar en esas situaciones de ansiedad. Antes de empezar, piensa en un lugar, bien sea real o imaginario, que te haga sentir segura y relajada. Puede ser una playa, tu habitación, la iglesia o cualquier lugar, lo importante es que te de esa sensación de seguridad y relax... ¿Ya lo tienes?

**P:** Si, ya pensé en un lugar. (Se le pide que anote en su cuaderno “mi lugar seguro es (el lugar elegido por ella) y me hace sentir (la emoción)”).

**T:** Muy bien CRISTINA, ahora te vas a poner cómoda en el sofá, bien sentada, con los pies en el suelo y las manos reposando en tu regazo de forma cómoda y cierra los ojos. ¿Te sientes cómoda así?

**P:** Si, así estoy cómoda.

**T:** Muy bien, vamos a empezar. Concéntrate en mi voz y en las indicaciones que te voy a ir dando. Inspira lenta y profundamente por la nariz, lleva el aire a tu abdomen como ya lo hemos practicado, mantenlo 5 segundos: 1, 2, 3, 4, 5 y exhala en 5, 4, 3, 2, 1 sintiendo como tu vientre pierde el aire. Vamos una vez más... y ahora otra vez. Continúa haciendo inspiraciones lentas pero sin retener el aire, y respira suavemente durante el resto del ejercicio. Ahora manteniendo tus ojos cerrados, vas a imaginarte en tu lugar seguro, usando todos tus sentidos para conectarte con esa escena. Vas a iniciar con tu sentido imaginario de la vista, mirando a tu alrededor, recorriendo el lugar con tus ojos y mirando cada detalle, si

es de día o de noche, si estás sola o hay más personas o animales; si las hay, detalla qué hacen y si no, continúa observando cada detalle del lugar y elige algo que, al mirarlo, te relaje. Sigue observando durante unos segundos. Ahora utiliza tu sentido imaginario del oído, concéntrate en qué escuchas, en los sonidos de ese lugar, si escuchas el océano o hay lluvia, si escuchas voces o animales, si hay música... y entre todos esos sonidos, elige algo relajante que escuchar, concéntrate en ese sonido durante unos segundos más y te sientes tranquila. Seguidamente utiliza tu sentido imaginario del olfato, ¿A que huele? percibe los olores que hay en el ambiente y elige un aroma relajante de tu escena para oler... disfruta ese olor que te hace sentir relajada. A continuación, intenta percibir algo con tu sentido imaginario del tacto, donde estás sentado o sobre qué estás en tu escena, ¿puedes sentir el viento en tu cuerpo o una sensación de frescura o calor?, percibe si tocas algo en ese lugar y elige alguna textura relajante para tocar, tómate unos segundos más para usar tu sentido del tacto. Por último, utiliza tu sentido imaginario del gusto, observa si estas comiendo o bebiendo algo en tu escena, o si hay algo que puedas comer o beber y te agrade, intenta saborear algo que disfrutes y sea relajante. Ahora, dedica unos segundos más a recorrer tu lugar seguro usando todos tus sentidos imaginarios, percibe lo segura y relajada que te sientes, lo tranquila y en calma que te sientes en ese lugar. Recuerda que puedes regresar a este lugar cada vez que te sientes triste, o molesta, o ansiosa o cuando sientas temor, inquietud o dolor. Mira a tu alrededor una vez más para recordar cómo es, recorre el lugar como memorizando cada detalle. Mantén ahora los ojos cerrados y retorna poco a poco tu atención a tu respiración. Una vez más, realiza unas cuantas inspiraciones lentas y profundas por la nariz, siente como entra el aire a tu cuerpo y exhalas lentamente por la boca y lo sientes salir. Continúa respirando hasta que te sientas lista, y cuando estés preparada, abre los ojos lentamente y vuelve a centrarte poco a poco en lo que te rodea en

la habitación y percibe tu sensación de tranquilidad. (la paciente abre los ojos lentamente)

¿Cómo te sentiste?

**P:** Muy tranquila. Como renovada.

**T:** Muy bien, este ejercicio puedes practicarlo cuando tengas una situación de alto malestar o estrés para ti. Inicialmente puede parecer un poco largo y por eso, te entrego en esta hoja todas las indicaciones que te di, de tal forma que puedas aprenderlo. Puedes inicialmente, si no recuerdas las instrucciones, grabarte leyéndolas como si se las dieras a alguien más y luego escuchar tu grabación mientras lo realizas. Eventualmente con la práctica, aprenderás los pasos y será más fácil conectar con ese lugar seguro y al ir asociándolo con esa sensación de calma, en momentos de malestar, será suficiente con pensar en el lugar para evocarla, sin tener que atravesar por todo el proceso.

**P:** Dale, me gustó mucho este ejercicio y lo practicaré en casa.

## **8. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIAS**

Considerando las variables correspondientes en el presente estudio, en este apartado se realiza una revisión teórica del trastorno depresivo mayor y las teorías explicativas de la depresión, siguiendo con la terapia cognitivo conductual aplicada a esta entidad clínica y su efectividad.

### **8.1 Trastorno Depresivo Mayor:**

**Definición:** Vásquez, Muñoz y Begoña (2000) consideran la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, los cuales se caracterizan principalmente por cambios del estado de ánimo y del afecto, entendiendo el ánimo como el estado emocional subjetivo de

la persona y el afecto como lo objetivo u observable. Por ende, cabe mencionarse que, dentro de las clasificaciones diagnósticas, los trastornos depresivos son varios y en este estudio nos centraremos en el Trastorno depresivo mayor.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (quinta edición) (American Psychiatric Association, 2013) el Trastorno depresivo mayor se describe como un estado de ánimo deprimido constante y/o pérdida de interés en las actividades que antes se encontraban como placenteras, acompañados por pérdida o aumento de peso o del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor (observable por otros, no solo la sensación subjetiva), fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución en la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, y/o pensamientos de muerte recurrentes.

Como criterios diagnósticos, el mismo DSM-V establece como criterio A, que cinco (o más) de los síntomas antes mencionados han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo del individuo, siendo al menos uno de los síntomas (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer, y que estos no se atribuyen a otra afección médica claramente. Asimismo, como criterio B encontramos que los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas de funcionamiento del sujeto y como criterio C se estipula que los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica. De esta manera, se especifica que los criterios A y C constituyen la presencia de un episodio de depresión mayor.

Finalmente, como criterio D está que los síntomas no se explican mejor por algún trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; y como criterio E que nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Además de los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo, también en el DSM-V se nos muestran especificadores de gravedad (leve, moderado, grave, con características psicóticas, con remisión parcial o total, no especificado) y de curso, en cuanto a si se trata de un episodio único o de un episodio recurrente; para este último debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio de depresión mayor.

En ese orden de ideas, podemos ver que los síntomas de la depresión se manifiestan en diferentes áreas: cognitiva, conductual, emocional y fisiológica, por lo cual los procesos de intervención deben apuntar a la remisión de los síntomas tomando en consideración cada una de ellas.

### **Teorías explicativas de la Depresión:**

Se tiende a usar el término “Depresión” de forma global para referirnos a los trastornos depresivos en general, puesto que las características diagnósticas entre unos y otros varían en función del tiempo que llevan presentes los síntomas, la cantidad de éstos que experimente la persona y de si se encuentran o no asociados a los efectos de alguna sustancia o de otra enfermedad médica. No obstante, encontramos en las diversas teorías explicativas acerca de la depresión, que convergen en los factores que influyen en la etiología de los trastornos depresivos en general.

De esta manera, se encuentran teorías conductuales, cuyo modelo sugiere que la depresión es esencialmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas (Vásquez, Muñoz y Begoña, 2000).

Así, para Lewinsohn (1975) inicialmente, la depresión podría resultar de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del individuo. El total de refuerzo positivo que consigue una persona funciona de acuerdo a: 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2) el número de hechos potencialmente reforzadores que ocurren; y 3) el conjunto de habilidades que posee una persona para obtener refuerzo del entorno para sus conductas. Posteriormente, el autor y sus colaboradores reformulan sus planteamientos, conceptualizando la depresión como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997).

Igualmente, incluyeron el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que inicia cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, generándose entonces a una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un gran número de experiencias aversivas. Por lo tanto, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige al sí mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, traducándose todo ello en un incremento de la disforia con consecuencias conductuales, cognitivas, relacionales, entre otras.

Por su parte, Rehm (1977) En el modelo de autocontrol, comprende la depresión como el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. Este plantea que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, tienden a centrarse en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos contra una tasa elevada de autocastigo. También, considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia debido a sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol por lo cual, una persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse.

Nezu y sus colaboradores (1989) por otro lado, proponen una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son los déficits de sus habilidades de solución de problemas. De esta manera, las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión, considerando que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podía funcionar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas y moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión.

Por otra parte, las teorías cognitivas contemplan que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso per sé, por lo cual, estas teorías se centran en que la percepción errónea de sí mismo, de los otros y de los acontecimientos pueden dar lugar a un trastorno depresivo. En este sentido, se ha encontrado que las personas con depresión tienen un estilo cognitivo caracterizado por una tendencia a evaluar negativamente y el cual, tiene una relación mutua con las respuestas motivacionales y afectivas asociadas a la depresión.

Seligman (1975) propuso que la depresión se origina cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Consecuentemente, esto lleva a lo que el autor denominó “indefensión aprendida”, refiriéndose al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a una experiencia en la que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma.

Posteriormente, Abramson y sus colaboradores (1978) reformularon la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión. Para ellos, estas atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Se postula desde este modelo, que es más probable que los individuos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos (es decir, a sí mismos), estables (es decir, irreversibles) y globales (es decir, que se generaliza) (Peterson, Maier y Seligman, 1993).

Abramson et al. (1978) señalan también que “estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión” (como se citó en Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000, p.426)

Finalmente, Aaron Beck et al. (1979) presentan una teoría bastante completa, convirtiéndose en el modelo cognitivo más reconocido para explicar el fenómeno de la depresión. Los autores plantean que esta es, en gran medida, el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Además, postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

Siguiendo con lo anterior, se concibe la tríada cognitiva como tres patrones cognitivos principales que conllevan al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente corresponde a la visión negativa del paciente de sí mismo, atribuyendo sus experiencias desagradables a defectos propios, autocriticándose y percibiéndose como carente de valía y de atributos que considera esenciales para ser feliz. El segundo componente se centra en la percepción negativa del mundo y la interpretación negativa de sus experiencias, considerando al mundo como demandante y/o lleno de obstáculos insuperables e interpretando sus interacciones con el entorno en términos de derrota o frustración. Por último, el tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro, contemplándolo como desesperanzador, pues anticipa que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente y sus expectativas son de fracaso. (Beck et al., 2010)

De igual manera para explicar por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen aspectos positivos en su vida, los autores introducen el concepto de *Esquemas*, entendidos como patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones, es decir, que estos sirven para procesar la información procedente del medio (Beck et al., 2010).

Aunque no se especifica claramente el origen de los esquemas erróneos, parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas, lo cual ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. Los esquemas entonces son activados ante determinados estímulos y situaciones, que a su vez posibilitan que el sujeto emita ciertos repertorios conductuales. De esta forma, existen diferentes tipos de esquemas que se irán activando de acuerdo al estímulo al que deba responder el individuo y su similitud con el que facilitó la formación de dicho esquema (Freeman y Oster, 2007).

En el caso particular del depresivo, la rigidez del esquema estará relacionada con la cronicidad de la depresión. Es decir, un individuo con una depresión leve puede llegar a identificar lo erróneo de su procesamiento, mientras que en la depresión más crónica el sujeto puede estar totalmente absorto en su estilo disfuncional de procesamiento, con pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actividades mentales voluntarias (Beck y Cols, 2010).

Finalmente, Beck y sus colaboradores (2010) explican los errores en el procesamiento de la información como errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo que mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso aunque exista evidencia contraria a los mismos (Beck, 1967; 2010).

Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son (Beck et al., 2010): la *inferencia arbitraria* (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la

conclusión); la *abstracción selectiva* (conceptualizar toda la experiencia basándose en un fragmento sesgado de información); la *sobregeneralización* (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la *maximización y la minimización* (sobreestimar o infra-valorar la significación de un acontecimiento); la *personalización* (atribuirse a sí mismo fenómenos externos sin una base firme para hacer tal conexión); y el *pensamiento absolutista dicotómico* (tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas).

En síntesis, los esquemas son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa errores en el procesamiento de información. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas). De esta manera, como mencionan Vásquez, Muñoz y Becoña (2000), la teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de diátesis-estrés, considerando que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis cognitiva), los cuales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes) para el cual el individuo está sensibilizado. Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si la persona no está expuesta a situaciones de riesgo; por lo tanto, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos.

Por último, encontramos las teorías biológicas de la depresión, considerando desde los factores genéticos que el trastorno depresivo mayor forma parte del grupo de enfermedades denominadas genéticamente complejas, en las que tanto los factores genéticos como los ambientales juegan un papel fundamental en su etiología. Así, Las enfermedades complejas, aunque tienen una base genética, no siguen el patrón clásico de herencia mendeliana, sino que son explicadas mejor en su transmisión por el modelo del “umbral de susceptibilidad”, el cual asume que la variable “susceptibilidad para desarrollar la enfermedad” se distribuye de forma continua en la población, de tal manera que sólo aquellos individuos que sobrepasen un determinado umbral manifestarán el trastorno y esto se verá mediado por un gran número de aspectos ambientales (Mitjans & Arias, 2012). De esta forma, se puede inferir que los antecedentes familiares pueden ser un factor predisponente, en tanto hacen al individuo biológicamente vulnerable a padecer el trastorno depresivo, aun cuando esto sea modulado por la influencia de factores ambientales para el desarrollo de la enfermedad.

Ahora bien, la mayoría de las teorías biológicas suponen alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro. La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en específico, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina (Friedman y Thase, 1995; Thase y Howland, 1995).

Friedman y Thase (1995) sugieren que la depresión, desde el aspecto biológico, puede concebirse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la

información. Los déficits en estos sistemas pueden ser heredados o adquiridos. Incluso, puede tomarse como una explicación más admisible, que las anomalías en alguno de estos sistemas que pueda generar depresión en un individuo, se ocasionaran como producto de la interacción entre los sucesos estresantes que experimenta dicha persona y su vulnerabilidad biológica (Post, 1992; Thase y Howland, 1995).

## **8.2 Tratamiento del trastorno depresivo mayor:**

De acuerdo a la OMS (2020) los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos, teniendo presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. Estos pueden ser en modalidad cara a cara, individuales o en grupo, brindados por profesionales o por terapeutas legos supervisados y las intervenciones psicosociales también son eficaces en casos de depresión leve.

Asimismo, se aclara que el tratamiento farmacológico es una elección en depresión moderada-severa, depresión psicótica y cuando no hay respuesta a psicoterapia en depresión leve-moderada; y que no debe usarse para tratar la depresión en niños ni como tratamiento de primera línea en adolescentes, en los que hay que emplearlos con cautela.

Por su parte, Pérez y colaboradores (2017), afirman que se reporta que el tratamiento habitual es por medio de medicamentos antidepresivos de los cuales, los

estabilizadores del estado de ánimo son los tratamientos más recetados, aunque estos suelen tomar varias semanas antes de que sus beneficios terapéuticos tengan efecto; así como la terapia cognitiva, que demostró ser eficaz en cerca de 60% de los pacientes. Además, varias líneas de investigación indican que las intervenciones psicológicas pueden mejorar directa o indirectamente el desempeño cognitivo de las personas con depresión mayor. Es por eso que un enfoque integrado y que incluya tratamientos farmacológicos y no farmacológicos podría conducir a mejores efectos en el tratamiento y remisión de las personas que padecen dicho trastorno.

Por otro lado, la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal para la depresión mayor, han sido identificadas como tratamientos eficaces, ya sea aplicadas en forma separada o en combinación con el tratamiento farmacológico (Wolf & Hopko, 2008).

### **8.3 Terapia Cognitivo-Conductual y su eficacia en el tratamiento de la depresión.**

Las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) integran los principios de las teorías del comportamiento, del aprendizaje social y de la terapia cognitiva. Entre sus características generales se puede mencionar que tienden a centrarse en el abordaje de los problemas actuales, establecen metas de intervención realistas y consensuadas con el paciente, buscan resultados rápidos para los problemas más urgentes y emplean técnicas empíricamente contrastadas para aumentar la capacidad de los pacientes de manejar sus propios problemas (Becoña et al., 2008).

Así, la Terapia Cognitivo-Conductual puede definirse como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001) y puede considerarse como la orientación psicoterapéutica

más eficaz, influyente y extendida en la actualidad. Además, sus técnicas y procedimientos cuentan en una buena parte con base científica o experimental, y por otro lado, también una proporción importante de los procedimientos utilizados, surgen de la experiencia clínica (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).

En cuanto al objetivo de intervención, Ruíz et al. (2012) afirman que se orienta al cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen, teniendo que cuenta que, para ello, también se interviene en la modificación de los procesos cognitivos que subyacen al comportamiento. Así, para lograrlo, la TCC pone énfasis en los determinantes presentes del comportamiento y considera los factores históricos que explican el origen de la situación actual.

Por otro lado, los mismos autores sustentan que desde el punto de vista metodológico se considera esencial el uso de un enfoque empírico aplicado a lo largo del proceso, en la evaluación y formulación explicativa del problema del paciente, en el diseño de intervención y en el análisis de los resultados. Esto hace que, desde el modelo cognitivo-conductual, haya un interés especial en evaluar la eficacia de las intervenciones mediante el análisis de los cambios producidos en las conductas problema.

En ese orden de ideas, el enfoque cognitivo conductual resulta ventajoso al momento de intervenir debido a su conexión con la teoría psicológica establecida, su derivación del conocimiento científico y aplicación a la práctica clínica, su estructuración que facilita la evaluación de resultados, su efectividad basada en la evidencia científica, la flexibilidad para adaptarse a las necesidades de los consultantes, la facilidad de aceptación por parte de los pacientes por el alto nivel de implicación de estos en la selección de metas

terapéuticas y la planificación de la intervención y por permitir el rol activo de los pacientes haciéndolos responsables de su propio cambio (Becoña et al. 2008).

En cuanto a los trabajos empíricos sobre la depresión, Díaz y Sanz (2015) señalan que actualmente la mayoría se encuentran basados en la teoría cognitiva propuesta por Beck, Rush, Shaw & Emery (1983), según la cual la depresión es, en gran medida, el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2002). De esta manera, los principales objetivos de la terapia cognitiva para la depresión son los pensamientos automáticos negativos que la mantienen y los esquemas que han predisuesto al paciente a la enfermedad (Kwon y Oei, 1994; Robins y Hayes, 1993).

Sin embargo, teniendo en cuenta la afectación conductual propia de los trastornos depresivos, también se emplean gran variedad de técnicas conductuales (Robins y Hayes, 1993), sobretodo en las primeras fases de la terapia y, en especial, en los casos de depresiones graves, pues se busca restablecer el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión.

Es por esto que desde el enfoque de Terapia Cognitivo-Conductual se trabaja combinando una amplia gama de técnicas cognitivas y conductuales que permitirán modificar el estilo de pensamiento disfuncional del paciente con depresión (Overholser, 1995) y facilitar la activación conductual del mismo. Técnicas como el registro de plan diario, la planificación de actividades agradables, el registro de dominio y agrado y la asignación de tareas progresivas para la casa (Thase y Wright, 1991), permitirán intervenir los síntomas conductuales (p.ej., evitación, niveles de actividad reducida); asimismo, el uso paralelo de

distintas técnicas cognitivas llevará a la meta última del cambio cognitivo (Hollon y Beck, 1994).

#### **8.4 Evidencia científica sobre la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento de la depresión.**

En cuanto a la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual para el tratamiento de la depresión, Vázquez, Muñoz & Becoña, (2002) afirman que dos metaanálisis fundamentales en los que se ha analizado la eficacia de la terapia cognitiva de Beck apoyan a la misma, citando los trabajos de Dobson (1989) y Robinson, Berman y Neimeyer (1990). También citan estudios que han comparado la eficacia de la terapia cognitiva para la depresión con antidepresivos tricíclicos (p.ej., Elkin et al., 1989; Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977; Simons, Murphy, Levine y Wetzel, 1986) u otras terapias psicológicas (p.ej., Shapiro et al., 1994). Añaden que estudios como el de Marcotte (1997) han demostrado que la TCC eficaz para tratar la depresión en los jóvenes y en los mayores (Koder, Brodaty y Anstey, 1996; Niederehe, 1996), así como en los pacientes internos (Stuart y Thase, 1994). Asimismo, Hollon y cols. (1992) realizaron una comparación entre el tratamiento con terapia cognitiva y la farmacoterapia con imipramina, individualmente y en combinación en 107 pacientes los cuales se asignaron al azar para el tratamiento. De los 107 pacientes asignados a los diferentes tratamientos, el 40% (43 pacientes) abandonaron el estudio antes de completar la fase de tratamiento (12 semanas). Los resultados no mostraron diferencias en las mediciones de los síntomas depresivos entre los grupos de tratamiento (terapia cognitiva vs fármacos). Más aun, muestran que en los tres grupos estudiados (terapia cognitiva, tratamiento farmacológico y grupo combinado), los pacientes mejoraron sustancialmente.

Del mismo modo, Puerta y Padilla (2011) citan un meta análisis hecho en 1998 por Craighead y sus colaboradores, sobre la eficacia de la TCC y la terapia interpersonal combinada con farmacoterapia, encontrando que la TCC muestra superioridad frente a la terapia interpersonal, que en general cerca del 70% de los pacientes sometidos a TCC mejoran significativamente los síntomas y mencionan, además, que en la mayoría de los estudios efectuados se reporta un decremento en el índice de recaídas al aplicar terapia TCC.

Díaz y Sanz (2015) por su parte, mencionan que de acuerdo con el Task Force On Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995), existen tres programas que cuentan con suficiente apoyo empírico como para ser considerados tratamientos bien establecidos para la depresión y son: la Terapia de Conducta (Lewinsohn & Gotlib, 1995; Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985), la Terapia Cognitiva (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Sacco & Beck, 1995) y la Terapia Interpersonal (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984).

De igual forma, otras investigaciones que sustentan la eficacia en la intervención de la depresión en niños y jóvenes es el de Zhou et al (2017) quienes afirman que la TCC debe ser considerada, junto con Terapia Interpersonal, como las mejores psicoterapias disponibles para la depresión en niños y adolescentes.

A la fecha, como mencionan Pérez y colaboradores (2017), y considerando las anteriores, variadas investigaciones clínicas han evaluado la eficacia de la TCC para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Los resultados de estos estudios señalan que la terapia cognitivo conductual es un tratamiento eficaz, y que, además, puede tener un efecto profiláctico en la disminución de las recaídas y en la recurrencia de episodios depresivo.

Otro ejemplo es el estudio realizado por DeRubeis y cols. (2005), donde se contrastó el uso de la TCC con la farmacoterapia en sujetos con depresión moderada o grave. El estudio se llevó a cabo en las clínicas de investigación de la universidad de Pensilvania y en la universidad de Vanderbilt, con 240 pacientes (120 en cada grupo), quienes fueron asignados al azar. Los resultados indican que las tasas de terminación del tratamiento fueron comparables entre la terapia cognitiva y los grupos de medicación. Después de 16 semanas de terapia, el 85% del grupo de terapia cognitiva y el 84% del grupo de farmacoterapia permanecieron en tratamiento. Las tasas de mejoría determinadas por la escala de Hamilton fueron 46% para los medicamentos y 40% para la terapia cognitiva.

Por otro lado, cabe señalar que las intervenciones típicas conductuales, reestructuración cognitiva y las hipótesis utilizadas en la terapia cognitiva, han sido asociadas con resultados clínicos eficaces como los de cualquier otro tratamiento para la depresión mayor y con efectos potenciales a largo plazo más fuertes que la farmacoterapia (Hollon et al, 2006). Además, se recomienda el uso de la TCC para el tratamiento de la depresión, teniendo en cuenta la preocupación acerca de los efectos secundarios de algunos medicamentos antidepresivos (Pérez et al, 2017). Sin embargo, a pesar de su eficacia general, no todos los pacientes deprimidos (30%) responden a la TCC (Wishman, 1993; Chambless & Ollendick, 2001).

En la *figura 8*, se muestran algunos estudios comparativos entre farmacoterapia y terapia cognitiva, y sus resultados, coincidiendo en que un tratamiento combinado conlleva a un mayor porcentaje de pacientes en recuperación y, por ende, de efectividad en la intervención. Cabe aclarar, que los estudios señalados no son recientes, pero en general,

esta revisión de trabajos previos sugiere que hay mucho que aprender sobre el fracaso del tratamiento y las recaídas en episodios depresivos.

No obstante, se puede observar en estudios previos y en los más recientes, como la Terapia Cognitivo-Conductual resulta un modelo de tratamiento sólido y confiable por su sustento teórico y científico, al momento de intervenir en casos de depresión. Si bien este trabajo se centra en el análisis de una formulación clínica de carácter idiográfico al tratarse de un caso único, se espera que, al comprenderlo y analizarlo, permita aportar desde esta experiencia clínica particular a futuros procesos de intervención en este ámbito

Estudios comparando farmacoterapia y terapia cognitiva para la depresión.				
Estudio	Principal hallazgo	Número de pacientes en el tratamiento	Duración del tratamiento	% de pacientes con recuperación
Derubeis <i>et al.</i> , 2005 (200)	La terapia cognitiva fue igual de efectiva que el tratamiento farmacológico	240	16 semanas	Terapia cognitiva (40%). Terapia farmacológica (45.8%).
Hollon <i>et al.</i> , 1992 (201)	La terapia cognitiva fue igual de efectiva que el tratamiento farmacológico y el tratamiento combinado.	107	12 semanas	Terapia cognitiva (50%). Terapia farmacológica (53%). Tratamiento combinado (78%).
Beck <i>et al.</i> , 1985 (202)	La terapia cognitiva y el tratamiento combinado son efectivos para el tratamiento de la depresión	33	12 semanas	Terapia cognitiva (58%). Tratamiento combinado (82%)
Murphy <i>et al.</i> , 1984 (203)	La terapia cognitiva fue igual de efectiva que el tratamiento farmacológico y el tratamiento combinado.	87	12 semanas	Terapia cognitiva (53%). Terapia farmacológica (56%). Tratamiento combinado (78%).
Blackburn <i>et al.</i> , 1981 (204)	El tratamiento combinado (fármacos y terapia cognitiva) fue más efectivo que los tratamientos por separado.	88	12-15 semanas	Terapia cognitiva (77%). Terapia farmacológica (60%). Tratamiento combinado (86%).

**Figura 8. Cuadro de estudios comparando Farmacoterapia y Terapia cognitiva para la depresión.**

**Fuente:** Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J. & Salgado, H. (2017). *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Revista Biomédica, 28(2), p. 89.*

### **8.5 Estrategias de Intervención:**

Las técnicas terapéuticas desde el modelo cognitivo-conductual van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. De esta forma, el paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, a través de la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo entonces guía al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo (racional) en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas.

De esa forma, el método de intervención consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas, dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias (Beck et al, 2010).

En cuanto a las técnicas a aplicar en casos de depresión, el clínico debe formular el diseño de intervención de acuerdo con las necesidades específicas del paciente en un momento dado y ser flexible para realizar adaptaciones de dicho plan en el curso del tratamiento. De esta manera, como lo afirma Beck et al. (2010), aunque el objetivo fundamental de la TCC esté orientado hacia la modificación de creencias y reestructuración cognitiva, el terapeuta puede aplicar técnicas predominantemente conductuales o abreactivas (de descarga emocional) y aun así, estará respondiendo a las necesidades del tratamiento desde el fundamento teórico y científico del modelo cognitivo-conductual.

## **Técnicas Conductuales:**

El objetivo de estas técnicas, es lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente que produzcan una mejoría en su ejecución (Beck et al, 2010). Asimismo, en el caso de la depresión, es importante la activación conductual del paciente, principalmente en las primeras etapas de la intervención, pues su funcionamiento viene afectado por su cuadro anímico y al intervenir desde la conducta no solo empodera al paciente en su autoeficacia, sino que permite también desde el cambio de conducta, la identificación de las creencias irracionales y por ende, abre una puerta a la intervención cognitiva en muchos casos.

Dentro de estas técnicas encontramos:

- ***Programación de actividades y Técnica de Dominio/Agrado:*** consiste en cuadro de actividades en la que se encuentran los días de la semana en la parte superior y, sobre la izquierda, de arriba hacia abajo, aparecen las horas del día. El paciente lleva un registro de las actividades diarias o semanales que realiza durante cada día y las evalúa con una escala de acordada (suele ser de 0 a 5), anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución, entendido como sensación de logro o idoneidad al realizarla y el placer que le proporciona. De igual manera, el mismo cuadro puede usarse para programar actividades, planificando y anotando las actividades para la semana siguiente, incluyendo actividades placenteras (especialmente en el caso de pacientes depresivos), tareas por realizar, eventos sociales, tareas de la terapia, actividad física u otras que eran evitadas anteriormente (Beck, 2000).
- ***Relajación:*** Al igual que la respiración, tiene por objetivo reducir el estado de activación fisiológica, facilitando recuperar la calma, el equilibrio mental y la

sensación de paz interior. Sus efectos entonces, no solo resultan en el aspecto fisiológico, sino que también impactan en los procesos emocionales, cognitivos y conductuales. En este sentido, puede entrenarse en relajación autógena (Schultz, 1931), relajación diferencial (Bernstein & Borcovek, 1983), relajación pasiva (Schwartz y Haynes, 1974) o relajación muscular progresiva (Benson, 1975; Jacobson, 1974), siendo esta última la más común y consistente en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).

1. Mano y antebrazo dominantes	Apretar el puño dominante
2. Brazo dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón
3. Mano y antebrazo no dominantes	Apretar el puño no dominante
4. Brazo no dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón
5. Frente	Levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente
6. Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz
7. Boca	Apretar las mandíbulas, sacar la barbilla hacia fuera y presionar el paladar con la lengua
8. Cuello y garganta	Empujar la barbilla contra el pecho pero hacer fuerza para que no lo toque
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda	Arquear la espalda como se fueran a unir los omóplatos entre si
10. Región abdominal o estomacal	Poner el estómago duro y tenso
11. Muslo dominante	Apretar el muslo contra el sillón
12. Pantorrilla dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba
13. Pie dominante	Doblar los dedos hacia adentro sin levantar el pie del suelo
14. Muslo no dominante	Apretar el muslo contra el sillón
15. Pantorrilla no dominante	Doblar los dedos del pie hacia arriba
16. Pie no dominante	Doblar los dedos hacia dentro sin levantar el pie del suelo

**Figura 9. Indicaciones de 16 grupos musculares a tensar/distensar en Relajación progresiva.**  
**Fuente: Ruíz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclee de Brouwer. p 258.**

- **Respiración:** Su propósito es reducir los niveles de activación fisiológica y psicológica mediante el control voluntario de la respiración, de tal manera que sea

aplicable en situaciones donde ésta se encuentre alterada. Al conseguir un ritmo respiratorio lento y respirar diafragmática o abdominalmente, se reduce la activación y se consigue una sensación de tranquilidad y bienestar (Speads, 1988).

- **Visualización:** Enseñar a los pacientes a usar imágenes placenteras para distraerse del pensamiento negativo e inducir la relajación (Leahy & Holland, 2000 citados en Caro, 2007).
- **Asignación de tareas graduadas:** Teniendo en cuenta la incapacidad percibida por los pacientes depresivos, para ejercer control sobre el ambiente, se asignan tareas concretas y de alta probabilidad de éxito (p.ej. Hacer la cama, vestirse en la mañana) para demostrarle que puede tener control en su entorno. A medida que va resultando más fácil realizar dichas tareas, se asignan otras de mayor complejidad y de forma progresiva. Se evalúa con el paciente los logros alcanzados mostrándole como los cambios que va alcanzando en su vida se deben a su esfuerzo (Goldfried, 1974 citado en Beck et al., 2010); de esta manera, se incrementa la motivación del paciente pasando de una motivación externa, como es cumplir una tarea terapéutica, a una motivación interna por volverse reforzante en sí, la percepción de éxito y competencia. El terapeuta puede elaborar con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad para poder alcanzar la conducta meta, implicándolo poco a poco.
- **Experimentos conductuales:** Se emplean para comprobar directamente la validez de los pensamientos o las presunciones del consultante y son una importante técnica de evaluación, ya sea que se la utilice sola o acompañada del

cuestionamiento socrático. Estos experimentos pueden llevarse a cabo dentro o fuera del consultorio.

- ***Ensayo conductual y role playing:*** Se realiza mediante la práctica de conductas adecuadas en un contexto controlado, donde el paciente puede ser observado y guiado para moldear conductas adaptativas, recibiendo feedback y reforzamiento de dichas conductas. El Role Playing consiste en que el terapeuta, el paciente, o ambos adopten un papel a representar y la subsiguiente interacción social basada en el rol asignado (Beck et al., 2010). Estos, además, facilitan la retención de las técnicas que se están entrenando y favorece un mayor rendimiento que el obtenido únicamente brindando información o demostrando cómo se lleva a cabo la conducta (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).
- ***Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad:*** Se usa para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus relaciones interpersonales y emplee conductas funcionales en su desempeño social. Se busca con el entrenamiento asertivo, desarrollar o fortalecer conductas que protejan sus derechos, respetando los de los otros (Leahy & Holland, 2000 citados en Caro, 2007)
- ***Tarjetas de apoyo:*** Son habitualmente fichas de ocho centímetros por doce, que el paciente tiene a mano (generalmente en el bolsillo, el monedero o pegadas en el espejo del baño, el refrigerador o la guantera del auto); las cuales pueden tener distintos formatos, tres de los cuales se describen a continuación: un pensamiento automático clave o una creencia escrito en el anverso y la respuesta adaptativa en el reverso, el diseño de algunas estrategias conductuales destinadas a situaciones problemáticas específicas e instrucciones para activar al paciente. Así, se motiva al

paciente para leerlas sistemáticamente (p. ej., tres veces al día) y además, cuando crea que las necesite (Beck, 2000)

### **Técnicas Cognitivas:**

Dado todo el soporte teórico y explicativo de la depresión desde las estructuras cognitivas, el uso de las técnicas en este aspecto, se encamina a ayudar al paciente a buscar evidencia que contrarreste las ideas negativas, a buscar puntos de vista alternativos y que introduzca la duda frente a la certeza; y a desarrollar en el paciente la capacidad de trabajar, detectar y, por tanto, modificar, sus principales errores cognitivos (Caro, 2007). Dentro de estas podemos mencionar:

- ***Psicoeducación Directa:*** Se brinda información a los pacientes de manera directa, acerca de temas que desconoce y se consideran importantes de comprender antes de iniciar otro tipo de intervención (Caro, 2007). Bien puede ser sobre las bases teóricas del modelo terapéutico, sobre el diagnóstico o sobre algún otro aspecto asociado a su problemática.
- ***Biblioterapia:*** Esta supone que el paciente lea libros de divulgación (o folletos) referidos a la terapia cognitiva, para que esté informado del problema, del enfoque de su problema y de lo que se va a hacer en relación a él (Caro, 2007). Es decir, implica sugerir lecturas que puedan ayudar a entender mejor las diferencias entre creencias adaptativas y desadaptativas, así como las ventajas e inconvenientes, para conocer y debatir otros puntos de vista sobre el mundo y otras reglas sociales y personales por las que regirse (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).

- ***Autorregistros:*** se utilizan desde las fases iniciales para recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).
- ***Reestructuración cognitiva:*** Se realiza mediante la identificación y utilización de todas aquellas estrategias cognitivas que se consideran adecuadas para un afrontamiento efectivo y la modificación de pensamientos disfuncionales o inapropiados. Principalmente, se hace a través de la evidencia confirmatoria o disconfirmatoria de pensamientos o creencias mediante dialogo socrático terapeuta-paciente y la puesta en marcha de experimentos conductuales (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).
- ***Descubrimiento guiado:*** Hace referencia al proceso de ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático. Para tales fines el terapeuta va guiando a paciente a través de preguntas abiertas (¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos? ¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación? ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera?) hasta donde considera necesario llegar, pero permitiendo que sea el paciente quien llegue a hacer libremente sus asociaciones y argumentaciones (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).
- ***Flecha descendente:*** Se usa cuando el terapeuta identifica un pensamiento automático clave, que intuye puede desprenderse directamente de una creencia disfuncional. Entonces, le pide al paciente el significado de esa idea, asumiendo que

el pensamiento automático es verdadero. Continúa con esta actividad hasta develar una o más creencias centrales (Beck, 2000),

- **Reatribución:** Ruíz, Díaz & Villalobos (2012) indican que son útiles dado que la tendencia en las personas con depresión es hacer atribuciones internas, estables y globales a la hora de explicar sus errores o fracasos mientras que, en cuanto a sus logros, suelen hacer atribuciones externas, inestables y específicas. Así, estas son varias técnicas orientadas a modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales de *locus de control*, *estabilidad* y *especificidad*. Beck et al. (2010) apuntan que el terapeuta puede decidir contrarrestar las cogniciones del paciente que se culpabiliza de varias formas: revisando los “hechos” que dieron lugar a la autocrítica, mostrando los distintos criterios existentes para atribuir la responsabilidad que el paciente aplica a su propia conducta y demostrando cómo podrían haber sido aplicados a la conducta de otra persona; o poniendo en duda la creencia de que el paciente es “100%” responsable de cualquier consecuencia negativa.
- **Uso de imágenes:** Se refiere al uso de imágenes para que el paciente logre una modificación de sus cogniciones o emociones, y pueda desarrollar nuevas habilidades. Pueden usarse visualizaciones donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones que asocia al malestar, instruyéndose con cogniciones más realistas (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).
- **Análisis de ventajas y desventajas y balanza decisoria:** Pueden trabajarse desde el punto de modificación de creencias mediante el análisis de ventajas vs desventajas que tiene mantener o no, un pensamiento específico (Ruíz, Díaz & Villalobos,

2012). Asimismo, puede emplearse como estrategia en la toma de decisiones, analizando ventajas y desventajas frente a situaciones dilemáticas (Beck, 2000).

### **Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas:**

- ***Entrenamiento en autoinstrucciones (Meichenbaum, 1971):*** Las autoinstrucciones se consideran, según Ruíz, Díaz & Villalobos (2012), como estrategias metacognitivas encaminadas a favorecer la autorregulación de la conducta, así como la creencia y confianza en la propia capacidad; sintetizando, buscan “enseñar a pensar”. De esta manera, no se orienta a resolver problemas como tal, pero si permiten el acceso a habilidades específicas necesarias para resolver un problema (aprender a aprender y recordar lo aprendido, aprender a pensar, a prestar atención y a cambiar de estrategia cuando el contexto lo amerite).
- ***Terapia de Solución de Problemas (Nezu, Nezu y D’Zurilla, 2014):*** Esta es una intervención dirigida al aumento de la habilidad de un individuo para solucionar problemas, entendiéndose como la habilidad para afrontar las experiencias estresantes de la vida y lograr de esta forma poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes. Se busca entonces reducir la psicopatología y optimizar el funcionamiento psicológico y conductual, maximizando a su vez, la calidad de vida; previniendo las recaídas y el surgimiento de nuevos problemas clínicos (Nezu, Nezu & D’Zurilla, 2014).
- ***Mindfulness:*** Consiste en una experiencia caracterizada por la conciencia plena del momento presente, sin juicios y con aceptación. Su objetivo es cambiar las relaciones que las personas establecen con los pensamientos, sentimientos y

sensaciones físicas que activan y mantienen los estados del trastorno mental (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012). Esto se realiza mediante ejercicios diversos de meditación y orientación hacia la experiencia o atención plena en la vida cotidiana.

## **9. ANÁLISIS DEL CASO**

El presente estudio de caso pretende describir la intervención cognitivo-conductual en un caso único de una paciente femenina de 20 años con trastorno depresivo mayor, episodio único leve, con ansiedad leve; para mostrar la efectividad de la terapia desde este enfoque mediante la estabilización y no exacerbación de sus síntomas observados en el proceso de intervención.

En ese orden de ideas, CRISTINA ingresó a la consulta con cuadro de sintomatología depresiva caracterizado por estado de ánimo bajo, irritabilidad, alteración en el sueño, pérdida de interés ante actividades cotidianas, disminución del apetito y episodios de llanto; lo cual interfería con sus actividades cotidianas y con sus relaciones familiares, y del que decía no poder identificar una causa, activando respuestas de ansiedad debido a las preocupaciones asociadas a su desempeño académico, sus competencias y el temor al fracaso en los diferentes ámbitos de su vida.

En cuanto a la intervención, los objetivos generales fueron estabilizar síntomas depresivos y reducir respuestas ansiosas, los cuales fueron alcanzados y verificados no solo desde la percepción subjetiva de la paciente y la observación de la terapeuta, sino también mediante la evaluación antes, durante y al finalizar el proceso, además de la valoración mediante indicadores acordados con la paciente para medir los progresos. Para esto, se diseñó un plan de tratamiento combinando técnicas cognitivas y conductuales, iniciando

con la psicoeducación a la paciente sobre la depresión y el modelo de TCC, de tal forma que comprendiera mejor el soporte teórico de la intervención y de las técnicas a trabajar a lo largo del tratamiento, lo cual fue muy útil para disminuir la ansiedad manifiesta por la paciente en cuanto a su preocupación por no comprender la causa u origen de su malestar al consultar, favoreció la alianza terapéutica desde un trabajo colaborativo y la adherencia al tratamiento por parte de CRISTINA.

Lo planteado por Losada & Zavalía (2019) concuerda con lo anterior, pues consideran que la intervención psicoeducativa proporciona una base teórica y práctica englobando los distintos biológicos, psicológicos, socioculturales y familiares, ayudando a los pacientes en la comprensión de qué les pasa, de dónde viene y qué creencias, hábitos y costumbres mantienen su trastorno; trabajando además sobre las consecuencias del trastorno y las estrategias para afrontarlas, favoreciendo así colaborar de forma activa junto con el profesional en algunos aspectos de su tratamiento.

Paralelamente, se comenzó interviniendo el aspecto conductual, empleando la técnica de dominio-agrado (Beck, 2000) incluyendo algunas actividades agradables, teniendo en cuenta la pérdida de interés en actividades cotidianas reportada por la paciente y la desmotivación que empezaba a afectar su funcionamiento en las áreas académica y familiar, como mencionan Robins y Hayes (1993) para reestablecer su funcionamiento normal. Se logró entonces, incrementar su funcionamiento en actividades cotidianas, aumentar las actividades placenteras que fueran reforzantes para ella y aumentar la percepción de autoeficacia, permitiendo prevenir que el estado de ánimo empeorara, al igual que su funcionamiento en las diversas áreas de su vida se continuara viendo afectado.

Además, se trabajó desde las primeras sesiones entrenamiento en respiración abdominal y relajación muscular progresiva (Jacobson, 1974) para el manejo de las respuestas de ansiedad, lo cual transversalmente facilitó la desactivación de la sintomatología fisiológica y la mejoría en el ciclo de sueño. Asimismo, en sesiones más avanzadas esto se complementó con ejercicios de mindfulness. De esta forma, la percepción de control de la paciente de sus propias emociones también aumentó, generando una sensación de recuperar su bienestar por sus propios medios.

Asimismo, al trabajar en la identificación de pensamientos mediante autorregistros, entrenarla en la identificación de sus distorsiones cognitivas y la relación de éstas con sus emociones y conductas, facilitó la comprensión del sustrato psicológico tanto de su sintomatología depresiva como de sus manifestaciones ansiógenas así como aprender a evaluar su propio estado de ánimo y así apreciar el cambio que iba obteniendo durante el proceso de intervención como lo menciona Remh (1977, citado en Caballo, 2006).

Cabe destacar que al inicio del proceso se identificó que la paciente respondía de forma más rápida al trabajar el canal cognitivo, por lo cual, si bien se continuaron trabajando técnicas conductuales mediante asignación gradual de tareas y experimentos conductuales de búsqueda de evidencia, se hizo más énfasis en el trabajo con técnicas cognitivas tales como: flecha descendente, el cuestionamiento y debate socrático, y técnica de triple columna (para plantear pensamientos) para la identificación de creencias centrales, la reestructuración cognitiva y la adquisición de un pensamiento más racional (Ellis, 1979). También se empleó la retribución incrementando el estilo atribucional interno respecto a sus logros y la flexibilidad para afrontar sus fracasos; el uso de imágenes para exponerla a situaciones que antes evitaba y fortalecer estrategias de afrontamiento más adaptativas, el

análisis de ventajas y desventajas para favorecer la toma de decisiones y la biblioterapia como complemento a lo largo del proceso.

Por otro lado, se trabajaron ejercicios conductuales, narrativos y emotivos, como la silla vacía, anuncio publicitario y la carta a sí misma para fortalecer su autoesquema y se entrenó en resolución de problemas considerando que quienes poseen habilidades adecuadas para manejar las situaciones difíciles que ocurren en la vida, tienen menor probabilidad de deprimirse que aquellas que no tienen las destrezas necesarias para resolver sus problemas interpersonales y sociales (Nezu, 1986; Sigmon, y Trask, 1996). También se entrenó en habilidades sociales, enfatizando en la comunicación asertiva, mediante ejercicios de role playing, exposiciones imaginarias y en vivo.

Todo lo anterior, posibilitó un mejor manejo de su ansiedad frente a situaciones de estrés y una disminución en las conductas evitativas, inasertivas y de sumisión que mantenían la sintomatología depresiva y ansiosa de CRISTINA.

Finalmente se realizó un trabajo de prevención de recaídas, reforzando la aplicación de las técnicas ya trabajadas y haciendo seguimiento al funcionamiento de la paciente en sus actividades cotidianas, así como a las estrategias de afrontamiento empleadas frente a situaciones de estrés y malestar, analizando conjuntamente cómo emplea lo aprendido en el proceso terapéutico.

Cabe destacar que todos los indicadores de evaluación acordados con la paciente al momento de iniciar la intervención, fueron alcanzados a pesar de algunos obstáculos en cuanto a la frecuencia de asistencia de la paciente por motivos económicos, por lo que asistía cada 15 días y por sus compromisos académicos de último semestre pero se mantuvo

activa en el proceso y se acordaron citas de seguimiento y prevención de recaídas una vez cada dos meses, las cuales se vieron interrumpidas por la emergencia sanitaria establecida.

Por último, es importante mencionar que durante la terapia no hubo recaídas, ni crisis moderadas o severas de depresión o ansiedad, lo cual apunta a que se realizó una intervención en el desarrollo de habilidades de entrenamiento para el manejo de su diagnóstico y las evaluaciones pre y post, así como los seguimientos hechos, sustentan el logro de los objetivos y la apropiación de la paciente de dichas habilidades desarrolladas en el proceso terapéutico.

## 10. DISCUSIÓN

En cuanto a la efectividad de la terapia cognitivo-conductual, que fue la unidad de análisis en este estudio de caso, se encuentra que hay una superioridad clara de este enfoque sobre otro tipo de tratamientos y en una gran variedad de trastornos. Asimismo, los hallazgos muestran que algunas otras orientaciones clínicas (sistémicas, interpersonales, entre otras) pueden ser a veces útiles en la medida en que incorporan técnicas procedentes del enfoque cognitivo (Echeburua & Corral, 2001; Vera-Villaruel & Mustaca, 2006).

Mustaca (2004) en su trabajo *“Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica”* coincide con lo anterior y menciona que las estrategias de Terapia conductual (incluyendo en esta categoría las intervenciones cognitivo-conductuales) están por encima del 85% de las TAE (terapias con apoyo empírico), sin contar otras que usan técnicas de terapia conductual, aunque el marco teórico sea diferente. Además, añade que, de acuerdo con varias investigaciones, no hay ningún tratamiento para trastornos identificables que no pueda ser tratado con alguna estrategia de Terapia comportamental.

Asimismo, para este trabajo se formularon dos objetivos específicos, siendo el primero describir las principales técnicas cognitivo-conductuales aplicadas en el diseño de intervención de un caso único de trastorno depresivo mayor, episodio único leve, con ansiedad moderada; y el segundo, analizar los resultados de la intervención cognitivo-conductual en el trastorno depresivo mayor, partiendo del proceso terapéutico para determinar la efectividad de este modelo, aplicado al caso de estudio.

En lo que respecta al primer objetivo, Korman & Sarudiansky (2011) concluyeron que dentro de la terapia cognitivo-conductual efectiva para el tratamiento de esta entidad clínica se encuentra, la modificación cognitiva propuesta por Beck y la terapia de la conducta planteada por Lewinsohn y Dobson en la que se realizan tres modalidades: programa de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales y curso para el afrontamiento de la depresión.

Además, en cuanto a técnicas específicas, los autores hallaron que fueron efectivas las intervenciones de valoración de domino y placer, asignación gradual de tareas, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, detección del pensamiento, solución de problemas, reorganización cognitiva, distorsiones cognitivas del procesamiento de la información y la triada cognitiva. Esto coincide entonces con las principales técnicas aplicadas y descritas en la intervención del caso de estudio y las ratifica como técnicas efectivas para el tratamiento de la depresión.

Asimismo, considerando el estudio realizado por Antón, García y García (2016) el cual también se trató de un caso único de depresión en una adolescente tardía de 18 años, los resultados concuerdan en la constatación de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la depresión, al incluir en la intervención componentes como la activación

conductual, la reestructuración cognitiva, el trabajo con las distorsiones cognitivas y las actividades agradables.

En lo referente al segundo objetivo, Hollon et al. (2006) afirman que las intervenciones típicas conductuales, reestructuración cognitiva y las hipótesis utilizadas en la terapia cognitiva, han sido asociadas con resultados clínicos eficaces como los de cualquier otro tratamiento para la depresión mayor y con efectos potenciales a largo plazo más fuertes que la farmacoterapia; lo cual concuerda con los resultados obtenidos tal como se evidenció en el análisis del caso, mostrando la eficacia en el logro de las metas terapéuticas propuestas en el diseño de intervención y por ende, la efectividad del modelo cognitivo-conductual en la depresión valorada a la luz de este caso único.

Cabe mencionar que, si bien el tratamiento cognitivo-conductual aplicado en este estudio se ha adaptado a las necesidades particulares de la paciente y no sigue un protocolo específico diseñado o aplicado en algún estudio previo o una única teoría, la eficacia lograda para reducir la sintomatología depresiva coincide con los resultados de la revisión de estudios realizada en esta investigación.

Finalmente, un aspecto llamativo en las investigaciones, señalado por Pérez & García (2001), es “la diversidad de tratamientos eficaces en la depresión, empezando porque unos son farmacológicos y otros psicológicos y continuando porque dentro de cada uno hay, a su vez, una variedad de ellos (unos cinco tipos de medicación y unas tres familias de psicoterapias o más según se considere).” Todos estos son tratamientos eficaces en cierta medida, pero en sí no se sabe a ciencia cierta por qué. Además, dentro de las terapias psicológicas, todas tienen un modelo de la depresión bastante razonable, al igual que los procedimientos que proponen, pero carecen de una clave o componente que parezca

decisivo e igual, aunque algunas se muestren más eficaces que otras, no hay una diferencia determinante.

Así, la invitación de autores como Wishman (1993), Echeburua y Corral (2001) y Pérez y Díaz (2001) es a continuar los procesos de investigación no solo en cuanto a efectividad de intervención en la depresión, sino también en todas las afectaciones mentales en general existentes y las que van surgiendo o mutando con los cambios en las dinámicas del contexto social.

## **11. CONCLUSIÓN**

Este estudio de caso único, habiendo cumplido con los objetivos propuestos, puede considerarse un aporte a la evidencia acerca de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la depresión.

A la luz de este caso desarrollado con una paciente femenina de 20 años con trastorno depresivo mayor, episodio único leve, con ansiedad leve y habiendo analizado en detalle el curso del tratamiento y los resultados favorables del proceso terapéutico, se logra demostrar la efectividad de este modelo, aplicado a un caso único.

En los hallazgos encontrados, se destacan coincidencias con los estudios previos acerca de la efectividad del modelo en el tratamiento de la depresión, incluyendo componentes como la activación conductual, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en resolución de problemas y en habilidades sociales como factores determinantes en la disminución de la sintomatología depresiva, así como técnicas de respiración, relajación muscular progresiva y mindfulness en el manejo de las respuestas ansiógenas.

Cabe resaltar, además, dos elementos fundamentales que facilitaron el éxito en este caso. Por un lado, la importancia de la relación terapéutica en cuanto al logro de un trabajo y compromiso colaborativo que permitió alcanzar los objetivos terapéuticos acordados de forma eficaz, a pesar de los obstáculos esperados en cualquier proceso de intervención, garantizando la adherencia al tratamiento; y por otra parte, la psicoeducación al comienzo del proceso y el implementar desde el inicio un plan con técnicas conductuales y cognitivas de manera simultánea, que facilitó rápidamente el restablecimiento del funcionamiento normal de la paciente en el área académica (su principal preocupación) y el área familiar, así como comprender el sentido y funcionalidad de cada técnica desde la conceptualización teórica de la depresión y del modelo, garantizando la confianza y credibilidad de la paciente dados los cambios percibidos desde el comienzo de la intervención.

En ese orden de ideas, se considera que, al diseñar planes de intervención desde el modelo cognitivo-conductual, el combinar técnicas cognitivas, conductuales y afectivas, viendo la intervención de manera integrativa, aumenta la probabilidad de éxito en la evolución del paciente. Asimismo, aun cuando la literatura destaque algunas técnicas como las más efectivas, no debe perderse de vista el carácter ideográfico que va implicado en cada caso, por ende, el identificar las características y necesidades de los pacientes, así como sus estilos de aprendizaje y canales afectados, permitirá una selección más apropiada de técnicas y por ende, una mayor efectividad en el tratamiento.

Cabe añadir también que, aunque en este caso particular no fue necesario un tratamiento farmacológico, en casos de depresiones moderadas a severas se debe considerar el complemento del trabajo interdisciplinario con psiquiatría y por ende, una intervención psicoterapéutica y con medicación de ser necesaria.

Se espera que este trabajo se convierta en una herramienta pedagógica para quienes inician en el área clínica y les motive en su quehacer profesional y académico. Además, de motivar a la continua investigación y evaluación en cuanto a la efectividad del modelo cognitivo-conductual, al crecimiento desde las bases científicas que caracterizan este enfoque y la constante actualización en el mismo, pues el contexto social en que estamos inmersos se transforma y surgen nuevas demandas y retos que debemos asumir como profesionales comprometidos con la salud mental y como agentes transformadores de ese contexto.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agis, C. (2019) *Eficacia de la activación conductual para el tratamiento de la depresión*.

(Tesis de Pregrado). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Recuperada de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/23012>

Alonso, Roja, Cairo. (2007). *Psicodiagnóstico, selección de lecturas*. La Habana

Antón, V., García M., P. & García B., J. (2016) Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes* 3(1), 45-52. Recuperado de:

<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet->

[IntervencionCognitivoconductualEnUnCasoDeDepresion-5288640.pdf](#)

Asociación Americana de Psiquiatría. (2003). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. Barcelona: Masson

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E., Fernandez, J., Casete, L., Bermejo, M., Secades, R. & Gradolí, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol.
- Caro, I (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Desclée de Brouwer.
- Cifuentes, A., Rivera, D., Vera, C. et al. (2020) Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia. *Asociación Profamilia* (11.05.2020) Recuperado en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Informe-3-Ansiedad-depresion-y-miedo-impulsores-mala-salud-mental-durante-pandemia-Estudio-Solidaridad-Profamilia.pdf>
- Díaz, E. & Sanz, R. (2015). Vulnerabilidad cognitiva en el trastorno depresivo: a propósito de un caso clínico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 3(1). Recuperado en: <http://ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/18/19>
- Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud*, 1(1), 181-204. Recuperado en: [https://www.researchgate.net/profile/Enrique\\_Echeburua/publication/306535413\\_Eficacia\\_de\\_las\\_terapias\\_psicologicas\\_De\\_la\\_investigacion\\_a\\_la\\_practica\\_clinica/links/5af5524f4585157136ca6a4c/Eficacia-de-las-terapias-psicologicas-De-la-investigacion-a-la-practica-clinica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Echeburua/publication/306535413_Eficacia_de_las_terapias_psicologicas_De_la_investigacion_a_la_practica_clinica/links/5af5524f4585157136ca6a4c/Eficacia-de-las-terapias-psicologicas-De-la-investigacion-a-la-practica-clinica.pdf)

- Freeman, A., & Oster, C. (2007). Terapia cognitiva de la depresión. Caballo, V. (Ed.) *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos* (pp. 543-574). Madrid: Siglo XXI.
- Friedman, E. y Thase, M.E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En Caballo, V., Buela, G. y Carrobbles, J. (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 1 (pp.619-681). Madrid: Siglo XXI.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3ª.ed.). México: Pearson Educación.
- Kelly, J. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales: guía práctica para intervenciones/ Jeffrey A. Kelly; [versión española Susana del Viso]*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lewinsohn, P.M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*, vol. 1 (pp. 19-65). Nueva York: Academic Press.
- Losada, A & Zavalía, C. (2019). Programa Psicoeducativo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Alternativas en Psicología*, 41, 131-146.)
- Ministerio de Salud Colombia (2017). *Boletín de salud mental, Depresión, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Boletín N°1, marzo de 2017. Colombia: Ministerio de Salud. Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Montoya, B. (2015). *Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015. Violencia autoinflingida desde un enfoque forense*. Instituto Nacional de Medicina Legal y

Ciencias Forenses. Recuperado de:

<https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Suicidios.pdf>

Mustaca, E. (2004). Tratamiento psicológico eficaces y ciencia básica. *Revista latinoamericana de Psicología*, 36(1), 11-20. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/805/80536102.pdf>

Nezu, A., Nezu, C. y Perri, M. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley.

Nezu, A., Nezu, C., & D'Zurilla, T. (2014). *Terapia de solución de problemas: Manual de tratamiento*. Desclée de Brouwer. España.

Organización de las Naciones Unidas (2017) *La depresión es una de las principales causas de discapacidad, alerta la OMS*. Recuperado de:

<https://news.un.org/es/story/2017/02/1374181#.WK8cNNLhDIU>

Organización Mundial de la Salud (2017) Informe de Salud Mental: *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Organización de Las Naciones Unidas. Recuperado de:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=F0CDAA7BBE1CD381586073695F5D05EC?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud (2020). *Depresión*. Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression)

[sheets/detail/depression](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression)

Pérez, M. & García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* 13(3), 493-510. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/727/72713314.pdf>

- Pinto, D.; Gómez-Restrepo, C.; Uribe, M.; Miranda, C; Pérez, A.; De La Espriella, M.; Novoa, J.; Chaux, A.; Arenas, A.; Torres, N.; Suárez, M.; Rondón, M. (2010) La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (3), pp. 465-480.  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80619187002.pdf>
- Post, R.M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 49, 35-48.
- Puerta, J. & Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2),251-257  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5121/512156315016>
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 261-270. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921790006.pdf>
- Ruiz, M.; Díaz M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Thase, M.E. y Howland, R.H. (1995). Biological processes in depression: An updated review and integration. En E. Beckham y W. Leber (dirs.), *Handbook of depression* (pp. 213-279). Nueva York: Guilford.
- Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.

Vera-Villarroel, P., & Mustaca, A. (2006) Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3)

pp. 551-565 Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80538308.pdf>

Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., ... & Zhang, Y.

(2017). Eficacia comparativa y aceptabilidad de psicoterapias para la depresión en niños y adolescentes: una revisión sistemática y metaanálisis en red. *RET: revista de toxicomanías*, (80), 22-34. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6149572>

### 13. ANEXOS

#### Anexo 1. Inventario de Depresión de Beck, primera aplicación.

DCLP 8/11/18

#### INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual. Señala una. Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

A. 0. No me siento triste  
① Me siento triste o melancólico  
2.a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.  
2.b. Siento que nunca saldré de mis problemas

B. ① No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.  
1. Me siento desalentado por el futuro  
2ª. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir  
2b. Siento que nunca saldré de mis problemas  
3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar

C. ① No me siento como un fracasado  
1. Siento que he fracasado más que el promedio  
2ª. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo  
2b. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.  
3. Siento que soy un fracasado completo.

D. 0. No estoy particularmente insatisfecho  
1ª. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo  
①b No gozo las cosas de la manera que acostumbraba  
2. Nunca siento satisfacción de nada.  
3. Estoy insatisfecho de todo.

E. ① No me siento particularmente culpable  
1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo  
2ª. Me siento algo culpable  
2b. Me siento mal o indigno casi siempre  
3. Siento que soy malo o inútil

F. ① No siento que este siendo castigado  
1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir  
2. Siento que soy castigado o que seré castigado  
3ª. Creo que merezco ser castigado  
3b. Deseo ser castigado.

G. 0. No me siento decepcionado de mí mismo  
①a Estoy decepcionado de mí mismo  
1b. No me agrado  
2. Estoy disgustado conmigo mismo  
3. Me odio.

H. 0. No creo ser peor que cualquier otro.  
① Me critico por mi debilidad o errores  
2. Me reprocho mis culpas  
3. Me reprocho todo lo malo que ocurre

I. ① No tengo ninguna intención de hacerme daño  
1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaría a cabo.  
2ª. Siento que estaría mejor muerto  
2b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera  
3ª. Tengo planes definidos para suicidarme.  
3b. Me mataría, si pudiera.

J. 0. No lloro más de lo usual  
1. Lloro más de lo que acostumbraba  
2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.  
③ Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.

K. 0. No estoy más irritado de lo habitual  
① Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual  
2. Me siento irritado siempre  
3. No me irrito con las cosas que casualmente me irritaban.

L. 0. No he perdido interés por la gente.  
① Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.  
2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas  
3. He perdido todo interés por las demás personas y no me importa lo que les ocurra.

M. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre  
① Trato el evitar tomar decisiones  
2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones  
3. No puedo tomar ninguna decisión.

N. ① No siento que luzca peor de lo acostumbrado  
1. Me preocupa parecer viejo o desagradable  
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia  
3. Siento que luzco feo o repulsivo

- O. 0. Puedo trabajar tan bien como antes.  
 1. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo  
 (b) No trabajo tan bien como lo acostumbraba.  
 2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.
- P. 0. Puedo dormir tan bien como antes  
 (1) Despierto por la mañana más cansado que de costumbre  
 2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormirme.  
 3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.
- Q. 0. No me canso más de lo usual  
 (1) Me canso más fácilmente que lo usual  
 2. Me canso de no hacer nada  
 3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa
- R. 0. Mi apetito no excede a lo normal  
 (1) Mi apetito no es tan bueno como de costumbre  
 2. Mi apetito es deficiente  
 3. No tengo apetito
- S. (0) No he perdido mucho peso, o nada últimamente  
 1. He perdido más de 2 ½ Kg  
 2. He perdido más de 5 Kg  
 3. He perdido más de 7 Kg .
- T. 0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual  
 1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.  
 (2) Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.  
 3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.
- U. (0) No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual  
 1. Tengo poco interés por el sexo  
 2. Mi interés por el sexo es casi nulo  
 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

(16) Depresión  
 Jere.

## Anexo 2. Inventario de Depresión de Beck, segunda aplicación.

DKLP 22/11/19

### INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual. Señala una.

Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

- A. 0. No me siento triste  
 1. Me siento triste o melancólico  
2.a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.  
2.b. Siento que nunca saldré de mis problemas
- B.  0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.  
1. Me siento desalentado por el futuro  
2ª. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir  
2b. Siento que nunca saldré de mis problemas  
3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar
- C.  0. No me siento como un fracasado  
1. Siento que he fracasado más que el promedio  
2ª. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo  
2b. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.  
3. Siento que soy un fracasado completo.
- D. 0. No estoy particularmente insatisfecho  
1ª. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo  
 1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba  
2. Nunca siento satisfacción de nada.  
3. Estoy insatisfecho de todo.
- E.  0. No me siento particularmente culpable  
1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo  
2ª. Me siento algo culpable  
2b. Me siento mal o indigno casi siempre  
3. Siento que soy malo o inútil
- F.  0. No siento que este siendo castigado  
1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir  
2. Siento que soy castigado o que seré castigado  
3ª. Creo que merezco ser castigado  
3b. Deseo ser castigado.
- G.  0. No me siento decepcionado de mí mismo  
1ª. Estoy decepcionado de mí mismo  
1b. No me agrado  
2. Estoy disgustado conmigo mismo  
3. Me odio.
- H. 0. No creo ser peor que cualquier otro.  
 1. Me critico por mi debilidad o errores  
2. Me reprocho mis culpas  
3. Me reprocho todo lo malo que ocurre
- I.  0. No tengo ninguna intención de hacerme daño  
1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaría a cabo.  
2ª. Siento que estaría mejor muerto  
2b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera  
3ª. Tengo planes definidos para suicidarme  
3b. Me mataría, si pudiera.
- J. 0. No lloro más de lo usual  
 1. Lloro más de lo que acostumbraba  
2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.  
3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.
- K. 0. No estoy más irritado de lo habitual  
 1. Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual  
2. Me siento irritado siempre  
3. No me irrito con las cosas que casualmente me irritaban.
- L. 0. No he perdido interés por la gente.  
 1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.  
2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas  
3. He perdido todo interés por las demás personas y no me importa lo que les ocurra.
- M. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre  
 1. Trato el evitar tomar decisiones  
2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones  
3. No puedo tomar ninguna decisión.

- N.  0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado
1. Me preocupa parecer viejo o desagradable
  2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia
  3. Siento que luzco feo o repulsivo

- U.  0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual
1. Tengo poco interés por el sexo
  2. Mi interés por el sexo es casi nulo
  3. He perdido completamente el interés por el sexo.

- O. 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
1. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
  - 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
  2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.

- P. 0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre
  2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormirme.
  3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

- Q. 0. No me canso más de lo usual
1. Me canso más fácilmente que lo usual
  2. Me canso de no hacer nada
  3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa

- R. 0. Mi apetito no excede a lo normal
1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre
  2. Mi apetito es deficiente
  3. No tengo apetito

- S.  0. No he perdido mucho peso, o nada últimamente
1. He perdido más de 2 ½ Kg
  2. He perdido más de 5 Kg
  3. He perdido más de 7 Kg

- T.  0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual
1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
  2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
  3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.

12. Depresión leve.

### Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck, tercera aplicación.

14/02/19

#### INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual. Señala una.

Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

- A. 0. No me siento triste  
①. Me siento triste o melancólico  
2.a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.  
2.b. Siento que nunca saldré de mis problemas
- B. ①. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.  
1. Me siento desalentado por el futuro  
2ª. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir  
2b. Siento que nunca saldré de mis problemas  
3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar
- C. ①. No me siento como un fracasado  
1. Siento que he fracasado más que el promedio  
2ª. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo  
2b. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.  
3. Siento que soy un fracasado completo.
- D. 0. No estoy particularmente insatisfecho  
①ª. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo  
1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba  
2. Nunca siento satisfacción de nada.  
3. Estoy insatisfecho de todo.
- E. ①. No me siento particularmente culpable  
1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo  
2ª. Me siento algo culpable  
2b. Me siento mal o indigno casi siempre  
3. Siento que soy malo o inútil
- F. ①. No siento que este siendo castigado  
1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir  
2. Siento que soy castigado o que seré castigado  
3ª. Creo que merezco ser castigado  
3b. Deseo ser castigado.
- G. ①. No me siento decepcionado de mí mismo  
1ª. Estoy decepcionado de mí mismo  
1b. No me agrado  
2. Estoy disgustado conmigo mismo  
3. Me odio.
- H. 0. No creo ser peor que cualquier otro.  
①. Me critico por mi debilidad o errores  
2. Me reprocho mis culpas  
3. Me reprocho todo lo malo que ocurre
- I. ①. No tengo ninguna intención de hacerme daño  
1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaría a cabo.  
2ª. Siento que estaría mejor muerto  
2b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera  
3ª. Tengo planes definidos para suicidarme  
3b. Me mataría, si pudiera.
- J. ①. No lloro más de lo usual  
1. Lloro más de lo que acostumbraba  
2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.  
3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.
- K. 0. No estoy más irritado de lo habitual  
①. Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual  
2. Me siento irritado siempre  
3. No me irrito con las cosas que casualmente me irritaban.
- L. 0. No he perdido interés por la gente.  
①. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.  
2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas  
3. He perdido todo interés por las demás personas y no me importa lo que les ocurra.
- M. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre  
①. Trato el evitar tomar decisiones  
2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones  
3. No puedo tomar ninguna decisión.
- N. 0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado

1. Me preocupa parecer viejo o desagradable
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia
3. Siento que luzco feo o repulsivo

- U. 0. Puedo trabajar tan bien como antes.  
1<sup>a</sup> Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo  
1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.  
2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.

- P. 0. Puedo dormir tan bien como antes  
1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre  
2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormirme.  
3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

- Q. 0. No me canso más de lo usual  
1. Me canso más fácilmente que lo usual  
2. Me canso de no hacer nada  
3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa

- R. 0. Mi apetito no excede a lo normal  
1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre  
2. Mi apetito es deficiente  
3. No tengo apetito

- S. 0. No he perdido mucho peso, o nada últimamente  
1. He perdido más de 2 ½ Kg  
2. He perdido más de 5 Kg  
3. He perdido más de 7 Kg

- T. 0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual  
1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.  
2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.  
3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.

- U. 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual  
1. Tengo poco interés por el sexo  
2. Mi interés por el sexo es casi nulo  
3. He perdido completamente el interés por el sexo.

9

## Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck, cuarta aplicación.

DKLP 21/03/19

### INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual. Señala una. Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

- A.  0 No me siento triste  
1. Me siento triste o melancólico  
2a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.  
2b. Siento que nunca saldré de mis problemas
- B.  0 No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.  
1. Me siento desalentado por el futuro  
2ª. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir  
2b. Siento que nunca saldré de mis problemas  
3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar
- C.  0 No me siento como un fracasado  
1. Siento que he fracasado más que el promedio  
2ª. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo  
2b. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.  
3. Siento que soy un fracasado completo.
- D.  0 No estoy particularmente insatisfecho  
1ª. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo  
1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba  
2. Nunca siento satisfacción de nada.  
3. Estoy insatisfecho de todo.
- E.  0 No me siento particularmente culpable  
1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo  
2ª. Me siento algo culpable  
2b. Me siento mal o indigno casi siempre  
3. Siento que soy malo o inútil
- F.  0 No siento que este siendo castigado  
1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir  
2. Siento que soy castigado o que será castigado  
3ª. Creo que merezco ser castigado  
3b. Deseo ser castigado.
- G.  0 No me siento decepcionado de mi mismo  
1ª. Estoy decepcionado de mi mismo  
1b. No me agrado  
2. Estoy disgustado conmigo mismo  
3. Me odio.
- H. 0. No creo ser peor que cualquier otro  
 1. Me critico por mi debilidad o errores  
2. Me reprocho mis culpas  
3. Me reprocho todo lo malo que ocurre
- I.  0 No tengo ninguna intención de hacerme daño  
1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaria a cabo.  
2ª. Siento que estaria mejor muerto  
2b. Siento que mi familia estaria en mejores circunstancias si yo muriera  
3ª. Tengo planes definidos para suicidarme  
3b. Me mataria, si pudiera.
- J.  0 No lloro más de lo usual  
1. Lloro más de lo que acostumbraba  
2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.  
3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.
- K. 0. No estoy más irritado de lo habitual  
 1. Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual  
2. Me siento irritado siempre  
3. No me irrito con las cosas que casualmente me irritaban.
- L.  0 No he perdido interés por la gente.  
1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.  
2. He perdido casi totalmente el interes por las demás personas  
3. He perdido todo interés por las demás personas y no me importa lo que les ocurra.
- M. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre  
 1.trato el evitar tomar decisiones  
2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones  
3. No puedo tomar ninguna decisión.
- N. 0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado

- 1. Me preocupa parecer viejo o desagradable.
  - 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia.
  - 3. Siento que luzco feo o repulsivo.
- V.  0. Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo.
  - 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
  - 2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.
- P.  0. Puedo dormir tan bien como antes.
- 1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre.
  - 2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormirme.
  - 3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.
- Q.  0. No me canso más de lo usual.
- 1. Me canso más fácilmente que lo usual.
  - 2. Me canso de no hacer nada.
  - 3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa.
- R.  0. Mi apetito no excede a lo normal.
- 1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre.
  - 2. Mi apetito es deficiente.
  - 3. No tengo apetito.
- S.  0. No he perdido mucho peso, o nada últimamente.
- 1. He perdido más de 2 ½ Kg.
  - 2. He perdido más de 5 Kg.
  - 3. He perdido más de 7 Kg.
- T.  0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual.
- 1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
  - 2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
  - 3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.
- U.  0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual.
- 1. Tengo poco interés por el sexo.
  - 2. Mi interés por el sexo es casi nulo.
  - 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

4

## Anexo 5. Inventario de Depresión de Beck, quinta aplicación.

DKLP. - 28/05/2019.

### INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual. Señala una. Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

- A.  0 No me siento triste
1. Me siento triste o melancólico
  - 2a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
  - 2b. Siento que nunca saldré de mis problemas
- B.  0 No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
1. Me siento desalentado por el futuro
  - 2a. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir
  - 2b. Siento que nunca saldré de mis problemas
  3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar
- C.  0 No me siento como un fracasado
1. Siento que he fracasado más que el promedio
  - 2a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo
  - 2b. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.
  3. Siento que soy un fracasado completo
- D.  0 No estoy particularmente insatisfecho
- 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
  - 1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba
  2. Nunca siento satisfacción de nada.
  3. Estoy insatisfecho de todo.
- E.  0 No me siento particularmente culpable
1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo
  - 2a. Me siento algo culpable
  - 2b. Me siento mal o indigno casi siempre
  3. Siento que soy malo o inútil
- F.  0 No siento que este siendo castigado
1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir
  2. Siento que soy castigado o que seré castigado
  - 3a. Creo que merezco ser castigado
  - 3b. Deseo ser castigado.
- G.  0 No me siento decepcionado de mí mismo
- 1a. Estoy decepcionado de mí mismo
  - 1b. No me agrado
  2. Estoy disgustado conmigo mismo
  3. Me odio.
- H.  0 No creo ser peor que cualquier otro.
1. Me critico por mi debilidad o errores
  2. Me reprocho mis culpas
  3. Me reprocho todo lo malo que ocurre
- I.  0 No tengo ninguna intención de hacerme daño
1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaría a cabo.
  - 2a. Siento que estaría mejor muerto
  - 2b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera
  - 3a. Tengo planes definidos para suicidarme
  - 3b. Me mataría, si pudiera.
- J.  0 No lloro más de lo usual
1. Lloro más de lo que acostumbraba
  2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.
  3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.
- K.  0 No estoy más irritado de lo habitual
1. Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual
  2. Me siento irritado siempre
  3. No me irrito con las cosas que casualmente me irritaban.
- L.  0 No he perdido interés por la gente.
1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.
  2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas
  3. He perdido todo interés por las demás personas y no me importa lo que les ocurra.
- M.  0 Tomo decisiones tan bien como siempre
1. Trato de evitar tomar decisiones
  2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
  3. No puedo tomar ninguna decisión.
- N.  0 No siento que luzca peor de lo acostumbrado
1. Me preocupa parecer viejo o desagradable
  2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia
  3. Siento que luzco feo o repulsivo

36  
6  
7

- O.  Puedo trabajar tan bien como antes.
  - 1a. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
  - 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
  - 2. Tengo que darme mucho animo para hacer cualquier cosa.
  
- P.  Puedo dormir tan bien como antes
  - 1. Despierto por la mañana mas cansado que de costumbre
  - 2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormirme.
  - 3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir mas de cinco horas.
  
- Q.  No me canso más de lo usual
  - 1. Me canso más fácilmente que lo usual
  - 2. Me canso de no hacer nada
  - 3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa
  
- R.  Mi apetito no excede a lo normal
  - 1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre
  - 2. Mi apetito es deficiente
  - 3. No tengo apetito
  
- S.  No he perdido mucho peso, o nada últimamente
  - 1. He perdido más de 2 ½ Kg
  - 2. He perdido más de 5 Kg
  - 3. He perdido más de 7 Kg
  
- T.  No estoy más interesado en mi salud que lo usual
  - 1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
  - 2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
  - 3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.
  
- U.  No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual
  - 1. Tengo poco interés por el sexo
  - 2. Mi interés por el sexo es casi nulo
  - 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

10.

## Anexo 6. Inventario de Depresión de Beck, sexta aplicación.

19/11/19

### INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual. Señala una. Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

- A.  0 No me siento triste  
1. Me siento triste o melancólico  
2.a Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.  
2 b. Siento que nunca saldré de mis problemas
- B.  0 No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.  
1. Me siento desalentado por el futuro  
2ª. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir  
2b. Siento que nunca saldré de mis problemas  
3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar
- C.  0 No me siento como un fracasado  
1. Siento que he fracasado más que el promedio  
2ª. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo  
2b. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.  
3. Siento que soy un fracasado completo.
- D.  0 No estoy particularmente insatisfecho  
1ª. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo  
1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba  
2. Nunca siento satisfacción de nada.  
3. Estoy insatisfecho de todo.
- E.  0 No me siento particularmente culpable  
1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo  
2ª. Me siento mal o indigno casi siempre  
3. Siento que soy malo o inútil
- F.  0 No siento que este siendo castigado  
1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir  
2. Siento que soy castigado o que sere castigado  
3ª. Creo que merezco ser castigado  
3b. Deseo ser castigado.
- G.  0 No me siento decepcionado de mí mismo  
1ª. Estoy decepcionado de mí mismo  
1b. No me agrado  
2. Estoy disgustado conmigo mismo  
3. Me odio.
- H.  0 No creo ser peor que cualquier otro.  
1. Me critico por mi debilidad o errores  
2. Me reprocho mis culpas  
3. Me reprocho todo lo malo que ocurre
- I.  0 No tengo ninguna intención de hacerme daño  
1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaría a cabo.  
2ª. Siento que estaría mejor muerto  
2b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera  
3ª. Tengo planes definidos para suicidarme  
3b. Me mataría, si pudiera.
- J.  0 No lloro más de lo usual  
1. Lloro más de lo que acostumbraba  
2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.  
3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.
- K.  0 No estoy más irritado de lo habitual  
1 Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual  
2 Me siento irritado siempre  
3. No me irrito con las cosas que casualmente me irritaban.
- L.  0 No he perdido interés por la gente.  
1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.  
2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas  
3. He perdido todo interés por las demás personas y no me importa lo que les ocurra
- M.  0 Tomo decisiones tan bien como siempre  
1. Trato el evitar tomar decisiones  
2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones  
3. No puedo tomar ninguna decisión.
- N.  0 No siento que luzca peor de lo acostumbrado

1. Me preocupa parecer viejo o desagradable
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia
3. Siento que luzco feo o repulivo

- Q.  Puedo trabajar tan bien como antes
1. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
  - 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba
  2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.

- P.  Puedo dormir tan bien como antes
1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre
  2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormirme.
  3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

- Q.  No me canso más de lo usual
1. Me canso más fácilmente que lo usual
  2. Me canso de no hacer nada
  3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa

- R.  Mi apetito no excede a lo normal
1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre
  2. Mi apetito es deficiente
  3. No tengo apetito

- S.  No he perdido mucho peso, o nada últimamente
1. He perdido más de 2 ½ Kg
  2. He perdido más de 5 Kg
  3. He perdido más de 7 Kg

- T.  No estoy más interesado en mi salud que lo usual
1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
  2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
  3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.

- U.  No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual
1. Tengo poco interés por el sexo
  2. Mi interés por el sexo es casi nulo
  3. He perdido completamente el interés por el sexo.

0  
/

**Anexo 7. Inventario de Ansiedad de Beck, primera aplicación.**

**INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)  
(Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)  
(Trad. Ballester, 1992)**

*Ansiedad Beck*

(4)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: 06/11/2018

A continuación se encuentra una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, lea atentamente cada ítem de la lista. Indique en qué medida le ha afectado a usted cada síntoma durante la semana pasada, incluyendo hoy, colocando una X en el espacio correspondiente de la fila que hay al lado de cada uno.

	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1. Entumecimiento u hormigueo	X			
2. Sensación de calor	X			
3. Temblor en las piernas	X			
4. Incapacidad para relajarse		X		
5. Miedo a que ocurra lo peor	X			
6. Vértigo o mareo	X			
7. Palpitaciones	X			
8. Inestabilidad	X			
9. Terror	X			
10. Nervios		X		
11. Sensaciones de ahogo	X			
12. Temblor de manos	X			
13. Inestabilidad	X			
14. Miedo a perder el control	X			
15. Dificultades para respirar	X			
16. Miedo a morir	X			
17. Pánico	X			
18. Indigestión o molestias en el abdomen			X	
19. Sensación de desmayo	X			
20. Rubor en la cara	X			
21. Sudor (no debido al calor)	X			

## Anexo 8. Inventario de Ansiedad de Beck, segunda aplicación.

### INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) (Trad. Ballester, 1992)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: 22/11/2018

A continuación se encuentra una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, lea atentamente cada ítem de la lista. Indique en qué medida le ha afectado a usted cada síntoma durante la semana pasada, incluyendo hoy, colocando una X en el espacio correspondiente de la fila que hay al lado de cada uno.

	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1. Entumecimiento u hormigueo	X			
2. Sensación de calor	X			
3. Temblor en las piernas	X			
4. Incapacidad para relajarse			X	
5. Miedo a que ocurra lo peor	X			
6. Vértigo o mareo	X			
7. Palpitaciones		X		
8. Inestabilidad	X			
9. Terror	X			
10. Nervios		X		
11. Sensaciones de ahogo	X			
12. Temblor de manos	X			
13. Inestabilidad	X			
14. Miedo a perder el control	X			
15. Dificultades para respirar	X			
16. Miedo a morir	X			
17. Pánico	X			
18. Indigestión o molestias en el abdomen			X	
19. Sensación de desmayo	X			
20. Rubor en la cara	X			
21. Sudor (no debido al calor)	X			

6 = Ansiedad Baja

**Anexo 9. Inventario de Ansiedad de Beck, tercera aplicación.**

**INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)**  
 (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)  
 (Trad. Ballester, 1992)

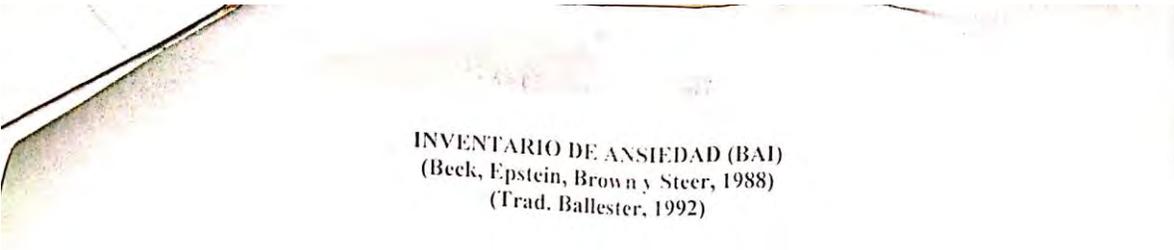
NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: 14/02/19

A continuación se encuentra una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, lea atentamente cada ítem de la lista. Indique en qué medida le ha afectado a usted cada síntoma durante la semana pasada, incluyendo hoy, colocando una X en el espacio correspondiente de la fila que hay al lado de cada uno.

	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporte)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1. Entumecimiento u hormigueo	X			
2. Sensación de calor	X			
3. Temblor en las piernas	X			
4. Incapacidad para relajarse		X		
5. Miedo a que ocurra lo peor	X			
6. Vértigo o mareo	X			
7. Palpitaciones		X		
8. Inestabilidad	X			
9. Terror	X			
10. Nervios		X		
11. Sensaciones de ahogo		X		
12. Temblor de manos	X			
13. Inestabilidad	X			
14. Miedo a perder el control	X			
15. Dificultades para respirar	X			
16. Miedo a morir	X			
17. Pánico	X			
18. Indigestión o molestias en el abdomen			X	
19. Sensación de desmayo	X			
20. Rubor en la cara	X			
21. Sudor (no debido al calor)	X			

6 = Ansiedad Baja

**Anexo 10. Inventario de Ansiedad de Beck, cuarta aplicación.**



NOMBRE: DKLP  
 FECHA: 21/03/2019

A continuación se encuentra una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, lea atentamente cada ítem de la lista. Indique en qué medida le ha afectado a usted cada síntoma durante la semana pasada, incluyendo hoy, colocando una X en el espacio correspondiente de la fila que hay al lado de cada uno.

	0	1	2	3
	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1. Entumecimiento u hormigüeo	X			
2. Sensación de calor	X			
3. Temblor en las piernas		X		
4. Incapacidad para relajarse	X			
5. Miedo a que ocurra lo peor		X		
6. Vértigo o mareo		X		
7. Palpitaciones		X		
8. Inestabilidad	X			
9. Terror	X			
10. Nervios		X		
11. Sensaciones de ahogo			X	
12. Temblor de manos	X			
13. Inestabilidad	X			
14. Miedo a perder el control		X		
15. Dificultades para respirar			X	
16. Miedo a morir	X			
17. Pánico	X			
18. Indigestión o molestias en el abdomen			X	
19. Sensación de desmayo		X		
20. Rubor en la cara	X			
21. Sudor (no debido al calor)		X		

Ansiedad Baja  
 (14)

**Anexo 11. Inventario de Ansiedad de Beck, quinta aplicación.**

**INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)**  
 (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)  
 (Trad. Ballester, 1992)

NOMBRE: DKLP

FECHA: 28/05/2019

A continuación se encuentra una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, lea atentamente cada ítem de la lista. Indique en qué medida le ha afectado a usted cada síntoma durante la semana pasada, incluyendo hoy, colocando una X en el espacio correspondiente de la fila que hay al lado de cada uno.

	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1. Entumecimiento u hormigueo	X			
2. Sensación de calor	X			
3. Temblor en las piernas	X			
4. Incapacidad para relajarse	X			
5. Miedo a que ocurra lo peor		X		
6. Vértigo o mareo	X			
7. Palpitaciones		X		
8. Inestabilidad	X			
9. Terror	X			
10. Nervios		X		
11. Sensaciones de ahogo	X			
12. Temblor de manos	X			
13. Inestabilidad	X			
14. Miedo a perder el control	X			
15. Dificultades para respirar	X			
16. Miedo a morir	X			
17. Pánico	X			
18. Indigestión o molestias en el abdomen			X	
19. Sensación de desmayo	X			
20. Rubor en la cara	X			
21. Sudor (no debido al calor)	X			

5 = Ansiedad Baja

## Anexo 12. Inventario de Ansiedad de Beck, sexta aplicación.

**INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)**  
**(Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)**  
**(Trad. Ballester, 1992)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: 19/11/19

A continuación se encuentra una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, lea atentamente cada ítem de la lista. Indique en qué medida le ha afectado a usted cada síntoma durante la semana pasada, incluyendo hoy, colocando una X en el espacio correspondiente de la fila que hay al lado de cada uno.

	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1. Entumecimiento u hormigueo	X			
2. Sensación de calor	X			
3. Temblor en las piernas	X			
4. Incapacidad para relajarse	X			
5. Miedo a que ocurra lo peor	X			
6. Vértigo o mareo	X			
7. Palpitaciones	X			
8. Inestabilidad	X			
9. Temor	X			
10. Nervios		X		
11. Sensaciones de ahogo	X			
12. Temblor de manos	X			
13. Inestabilidad	X			
14. Miedo a perder el control	X			
15. Dificultades para respirar	X			
16. Miedo a morir	X			
17. Pánico	X			
18. Indigestión o molestias en el abdomen		X		
19. Sensación de desmayo	X			
20. Rubor en la cara	X			
21. Sudor (no debido al calor)	X			

(2) Ansiedad Baja

**Anexo 13. Escala de Desesperanza, primera aplicación.**

DKLP 8/11/18

(5)

**Escala de la Desesperanza (HS)  
(Beck et al., 1974)**

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las repuestas "Falso".

El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

	Verdadero (V)	Falso (F)
1. Miro hacia el futuro con optimismo y esperanza ) no hay futuro	X	f
2. Debería darme por vencido, puesto que yo solo no puedo hacer mejor las cosas. Ya me di por vencido	1	X
3. Cuando las cosas van mal, me anima saber que no pueden continuar así por mucho tiempo(siempre ha sido así)	X	f
4. No puedo imaginarme cómo será mi vida dentro de 10 años	1 X	
5. Tengo todo un futuro para realizar lo que más deseo en la vida (ni siquiera miro al futuro, ni se si voy a llegar)		f X
6. En el futuro, espero triunfar en lo que realmente deseo.	X	f
7. Veo mi futuro con pesimismo	1	X
8. Espero que la vida me ofrezca más que al resto de la gente		f X
9. No consigo que la vida me sonría, y no creo que el futuro pueda cambiarlo.	1	X
10. El pasado me ha enseñado a afrontar satisfactoriamente el futuro. No se como afrontarlo)	X	f
11. Todo a mi alrededor es más negativo que positivo	1	X
12. No creo que consiga lo que realmente quiero	1 X	
13. Espero que en el futuro sea más feliz que lo que soy ahora	V X	
14. Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero	1	X
15. Tengo fe en el futuro	X	f
16. Es absurdo que desee algo, pues nunca consigo lo que quiero	1	X
17. Difícilmente conseguiré algo bueno en mi vida	1	X
18. El futuro me parece vago e incierto	1 X	
19. Espero con entusiasmo que en mi vida haya más momentos buenos que malos	V X	
20. Es inútil que luche por lo que quiero, porque lo más (pues es muy) probable es que no lo consiga.	1	X

**Anexo 14. Escala de Desesperanza, segunda aplicación.**

06/12/18  
DKLP

3

**Escala de la Desesperanza (HS)  
(Beck et al., 1974)**

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las respuestas "Falso".

El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

	Verdadero (V)	Falso (F)
1. Miro hacia el futuro con optimismo y esperanza ) no hay futuro	X	f
2. Debería darme por vencido, puesto que yo solo no puedo hacer mejor las cosas. Ya me di por vencido	1	X
3. Cuando las cosas van mal, me anima saber que no pueden continuar así por mucho tiempo(siempre ha sido así	X	f
4. No puedo imaginarme cómo será mi vida dentro de 10 años	1 X	
5. Tengo todo un futuro para realizar lo que más deseo en la vida (ni siquiera miro al futuro, ni se si voy a llegar)	X	f
6. En el futuro, espero triunfar en lo que realmente deseo.		f
7. Veo mi futuro con pesimismo	1	X
8. Espero que la vida me ofrezca más que al resto de la gente	X	f
9. No consigo que la vida me sonría, y no creo que el futuro pueda cambiarlo.	1	X
10. El pasado me ha enseñado a afrontar satisfactoriamente el futuro. No se como efrentarlo)	X	f
11. Todo a mi alrededor es más negativo que positivo	1	X
12. No creo que consiga lo que realmente quiero	1 X	
13. Espero que en el futuro sea más feliz que lo que soy ahora	V X	
14. Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero	1	X
15. Tengo fe en el futuro	X	f
16. Es absurdo que desee algo, pues nunca consigo lo que quiero	1	X
17. Dificilmente conseguiré algo bueno en mi vida	1	X
18. El futuro me parece vago e incierto	1 X	
19. Espero con entusiasmo que en mi vida haya más momentos buenos que malos	V X	
20. Es inútil que luche por lo que quiero, porque lo más (pues es muy) probable es que no lo consiga.	1	X

## Anexo 15. Escala de Desesperanza, tercera aplicación.

14/02/19 DXLP

### Escala de la Desesperanza (HS) (Beck et al., 1974)

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las respuestas "Falso".

El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

	Verdadero (V)	Falso (F)
1. Miro hacia el futuro con optimismo y esperanza ) no hay futuro	X	f
2. Debería darme por vencido, puesto que yo solo no puedo hacer mejor las cosas. Ya me di por vencido	1	X
3. Cuando las cosas van mal, me anima saber que no pueden continuar así por mucho tiempo(siempre ha sido así)	X	f
4. No puedo imaginarme cómo será mi vida dentro de 10 años	1	X
5. Tengo todo un futuro para realizar lo que más deseo en la vida (ni siquiera miro al futuro, ni se si voy a llegar)	X	f
6. En el futuro, espero triunfar en lo que realmente deseo.	X	f
7. Veo mi futuro con pesimismo	1	X
8. Espero que la vida me ofrezca más que al resto de la gente	X	f
9. No consigo que la vida me sonría, y no creo que el futuro pueda cambiarlo.	1	X
10. El pasado me ha enseñado a afrontar satisfactoriamente el futuro. No se como enfrentarlo)	X	f
11. Todo a mi alrededor es más negativo que positivo	1	X
12. No creo que consiga lo que realmente quiero	1	X
13. Espero que en el futuro sea más feliz que lo que soy ahora	V X	
14. Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero	1	X
15. Tengo fe en el futuro	X	f
16. Es absurdo que desee algo, pues nunca consigo lo que quiero	1	X
17. Difícilmente conseguiré algo bueno en mi vida	1	X
18. El futuro me parece vago e incierto	1	X
19. Espero con entusiasmo que en mi vida haya más momentos buenos que malos	V X	
20. Es inútil que luche por lo que quiero, porque lo más (pues es muy) probable es que no lo consiga.	1	X

**Anexo 16. Escala de Desesperanza, cuarta aplicación.**

13/02/19  
DCLP

**Escala de la Desesperanza (HS)  
(Beck et al., 1974)**

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las repuestas "Falso".

El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

	Verdadero (V)	Falso (F)
1. Miro hacia el futuro con optimismo y esperanza ) no hay futuro	X	f
2. Debería darme por vencido, puesto que yo solo no puedo hacer mejor las cosas. Ya me di por vencido	1	X
3. Cuando las cosas van mal, me anima saber que no pueden continuar así por mucho tiempo(siempre ha sido así)	X	f
4. No puedo imaginarme cómo será mi vida dentro de 10 años	1	X
5. Tengo todo un futuro para realizar lo que más deseo en la vida (ni siquiera miro al futuro, ni se si voy a llegar)	X	f
6. En el futuro, espero triunfar en lo que realmente deseo.	X	f
7. Veo mi futuro con pesimismo	1	X
8. Espero que la vida me ofrezca más que al resto de la gente	X	f
9. No consigo que la vida me sonría, y no creo que el futuro pueda cambiarlo.	1	X
10. El pasado me ha enseñado a afrontar satisfactoriamente el futuro. No se como efrrentarlo)	X	f
11. Todo a mi alrededor es más negativo que positivo	1	X
12. No creo que consiga lo que realmente quiero	1	X
13. Espero que en el futuro sea más feliz que lo que soy ahora	V X	
14. Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero	1	X
15. Tengo fe en el futuro	X	f
16. Es absurdo que desee algo, pues nunca consigo lo que quiero	1	X
17. Dificilmente conseguiré algo bueno en mi vida	1	X
18. El futuro me parece vago e incierto	1	X
19. Espero con entusiasmo que en mi vida haya más momentos buenos que malos	V X	
20. Es inútil que luche por lo que quiero, porque lo más (pues es muy) probable es que no lo consiga.	1	X

**Anexo 17. Escala de Desesperanza, quinta aplicación.**

DKLP - 29/11/19

**Escala de la Desesperanza (HS)  
(Beck et al., 1974)**

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las repuestas "Falso".

El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

	Verdadero (V)	Falso (F)
1. Miro hacia el futuro con optimismo y esperanza ) no hay futuro	X	f
2. Debería darme por vencido, puesto que yo solo no puedo hacer mejor las cosas. Ya me di por vencido	1	X
3. Cuando las cosas van mal, me anima saber que no pueden continuar así por mucho tiempo(siempre ha sido asi	X	f
4. No puedo imaginarme cómo será mi vida dentro de 10 años	1	
5. Tengo todo un futuro para realizar lo que más deseo en la vida (ni siquiera miro al futuro, ni se si voy a llegar)	X	f
6. En el futuro, espero triunfar en lo que realmente deseo.	X	f
7. Veo mi futuro con pesimismo	1	X
8. Espero que la vida me ofrezca más que al resto de la gente	X	f
9. No consigo que la vida me sonría, y no creo que el futuro pueda cambiarlo.	1	X
10. El pasado me ha enseñado a afrontar satisfactoriamente el futuro. No se como efrentarlo)	X	f
11. Todo a mi alrededor es más negativo que positivo	1	X
12. No creo que consiga lo que realmente quiero	1	X
13. Espero que en el futuro sea más feliz que lo que soy ahora	V X	
14. Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero	1	X
15. Tengo fe en el futuro	X	f
16. Es absurdo que desee algo, pues nunca consigo lo que quiero	1	X
17. Dificilmente conseguiré algo bueno en mi vida	1	X
18. El futuro me parece vago e incierto	1	X
19. Espero con entusiasmo que en mi vida haya más momentos buenos que malos	V X	
20. Es inútil que luche por lo que quiero, porque lo más (pues es muy) probable es que no lo consiga.	1	X

0

## Anexo 18. Cuestionario de esquemas de Young YSQ-L2, primera aplicación.

DKLP. - 22-11-2018

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L2* D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter (2003) Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia) Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med. Copyright, 1990.	N° Protocolo
--	--------------

### INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe de acuerdo a las siguientes categorías:

1	2	3	4	5	6
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente

Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.	1	2	3	4	5	6
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1	2	3	4	5	6
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.	1	2	3	4	5	6
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.	1	2	3	4	5	6
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	1	2	3	4	5	6
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto periodo de tiempo	1	2	3	4	5	6
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.	1	2	3	4	5	6
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.	1	2	3	4	5	6
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.	1	2	3	4	5	6
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.	1	2	3	4	5	6
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.	1	2	3	4	5	6
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.	1	2	3	4	5	6
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
17	Me preocupa volverme un indigente o vago.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupa ser atacado.	1	2	3	4	5	6

19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1	2	3	4	5	6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1	2	3	4	5	6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1	2	3	4	5	6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1	2	3	4	5	6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	5	6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	5	6
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1	2	3	4	5	6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	4	5	6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1	2	3	4	5	6
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1	2	3	4	5	6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1	2	3	4	5	6
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo "suficientemente bueno".	1	2	3	4	5	6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1	2	3	4	5	6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas.	1	2	3	4	5	6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1	2	3	4	5	6
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1	2	3	4	5	6
41	Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.	1	2	3	4	5	6
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	1	2	3	4	5	6
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1	2	3	4	5	6
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo se que son por mi bien.	1	2	3	4	5	6

1. Deprivación Emocional = 18
2. Abandono = 18
3. Desconfianza/abuso = 12
4. Vulnerabilidad al dolor y a la enfermedad = 4
5. Entrapamientos = 2
6. Autosacrificio = 15
7. Inhibición Emocional = 6
8. Estándares Imposibles = 12  
(2 Perfeccionismo)

9. Estándares Imposibles = 10  
(1. autoexigencia)
10. Derecho/Grandiosidad = 9
11. Insuficiente autocontrol/  
autodisciplina = 10

## Anexo 19. Cuestionario de esquemas de Young YSQ-L2, segunda aplicación.

DKLP - 13/07/19

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L2*	N° Protocolo
D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schmitter (2003) Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia) Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med. Copyright, 1990.	

### INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe de acuerdo a las siguientes categorías:

1	2	3	4	5	6
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente

Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.	1	2	3	4	5	6
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1	2	3	4	5	6
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.	1	2	3	4	5	6
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.	1	2	3	4	5	6
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	1	2	3	4	5	6
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo	1	2	3	4	5	6
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.	1	2	3	4	5	6
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.	1	2	3	4	5	6
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.	1	2	3	4	5	6
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.	1	2	3	4	5	6
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.	1	2	3	4	5	6
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.	1	2	3	4	5	6
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6

17	Me preocupa volverse un indigente o vago.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupa ser atacado.	1	2	3	4	5	6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1	2	3	4	5	6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverse indigente.	1	2	3	4	5	6
21	Mis padres y yo tendemos a involucramos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1	2	3	4	5	6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1	2	3	4	5	6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	5	6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	5	6
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1	2	3	4	5	6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	4	5	6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1	2	3	4	5	6
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1	2	3	4	5	6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1	2	3	4	5	6
32	Trato de hacer lo mejor, No puedo conformarme con lo "suficientemente bueno".	1	2	3	4	5	6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1	2	3	4	5	6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas.	1	2	3	4	5	6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1	2	3	4	5	6
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1	2	3	4	5	6
41	Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.	1	2	3	4	5	6
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	1	2	3	4	5	6
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1	2	3	4	5	6
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo se que son por mi bien.	1	2	3	4	5	6

1. Privación Emocional = 12
2. Abandono = 16
3. Desconfianza/Abuso = 11
4. Vulnerabilidad al daño/a la enfermedad = 6
5. Entorpecimiento = 2

6. Autosacrificio = 12
7. Inhibición emocional = 6
8. Estándar Inflexible = 11  
(= Perfeccionismo)
9. Estándar Improbable = 9  
(= Auto exigencia)
10. Derecho/Grandiosidad = 5

11. Insuficiente autocontrol/  
autodisciplina = 10

## Anexo 20. Cuestionario de esquemas de Young YSQ-L2, tercera aplicación.

<p style="text-align: center;">CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L2*</p> <p>D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter (2003)          Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia)          Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med. Copyright, 1990.</p>	Nº Protocolo
---	--------------

### INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe de acuerdo a las siguientes categorías:

1	2	3	4	5	6
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente

Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.	1	2	3	4	5	6
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1	2	3	4	5	6
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.	1	2	3	4	5	6
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.	1	2	3	4	5	6
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	1	2	3	4	5	6
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo	1	2	3	4	5	6
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.	1	2	3	4	5	6
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.	1	2	3	4	5	6
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.	1	2	3	4	5	6
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.	1	2	3	4	5	6
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.	1	2	3	4	5	6
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.	1	2	3	4	5	6
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6

17	Me preocupa volverme un indigente o vago.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupa ser atacado.	1	2	3	4	5	6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1	2	3	4	5	6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1	2	3	4	5	6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1	2	3	4	5	6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1	2	3	4	5	6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	5	6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	5	6
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1	2	3	4	5	6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	4	5	6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1	2	3	4	5	6
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1	2	3	4	5	6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1	2	3	4	5	6
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo "suficientemente bueno".	1	2	3	4	5	6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1	2	3	4	5	6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas.	1	2	3	4	5	6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1	2	3	4	5	6
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1	2	3	4	5	6
41	Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.	1	2	3	4	5	6
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	1	2	3	4	5	6
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1	2	3	4	5	6
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo se que son por mi bien.	1	2	3	4	5	6

1. PRIVACIÓN EMOCIONAL= 11
2. ABANDONO= 14
3. DESCONFIANZA/ABUSO= 9
4. VULNERABILIDAD AL DAÑO Y A LA ENFERMEDAD= 6
5. ENTRAMPAMIENTO= 2
6. AUTOSACRIFICIO= 12
7. INHIBICIÓN EMOCIONAL= 4
8. ESTÁNDARES INFLEXIBLES (2 PERFECCIONISMO) = 9
9. ESTÁNDARES INFLEXIBLES (1 AUTOEXIGENCIA) = 9
10. DERECHO/GRANDIOSIDAD= 3
11. . INSUFICIENTE AUTOCONTROL/AUTODISCIPLINA=10

## Anexo 21. Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman, primera

aplicación.

DKLP - 22/11/2018

### ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES DE WEISSMAN

A continuación presentamos una escala de creencias personales (Escala de actitudes disfuncionales de Weissman). Evalúa siete tipos de creencias que pueden predisponer a una persona a padecer trastorno psicológico.

Señale el grado de acuerdo con estas actitudes. Asegúrese de elegir solo una respuesta para cada frase. No hay respuestas "acertadas" ni "equivocadas". Solo queremos saber lo que usted piensa acerca de estos temas.

Totalmente en desacuerdo.....=0  
 Moderadamente en desacuerdo.....=1  
 Dudoso.....=2  
 Moderadamente de acuerdo.....=3  
 Completamente de acuerdo.....=4

1. Ser criticado hace que la gente se sienta mal.....0 1 2 3 ④
2. Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas..0 1 ② 3 4
3. Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben y acepten.....0 ① 2 3 4
4. Si alguien importante para mi espera que yo haga algo determinado, debo hacerlo.....0 1 2 ③ 4
5. Mi valor como persona depende , en gran medida, de lo que los demás piensen de mi.....0 ① 2 3 4
6. No puedo ser feliz si no me ama alguien.....0 1 ② 3 4
7. Si a otras personas no les gustas, serás menos feliz.....0 ① 2 3 4
8. Si la gente a la que quiero me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo.....0 1 ② 3 4
9. Si una persona a la que amo, no me corresponde, es porque soy poco interesante.....0 1 ② 3 4
10. El aislamiento social conduce a la infelicidad.....0 1 2 3 ④
11. Para considerarme una persona digna, debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida.....0 1 2 ③ 4
12. Debo ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido.....0 1 2 ③ 4
13. Las personas que tienen buenas ideas son mas dignas que quienes no la tienen.....0 ① 2 3 4
14. No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior.....0 1 ② 3 4
15. Si fallo en mi trabajo soy un fracasado.....0 1 2 ③ 4
16. Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje.....0 1 2 ③ 4
17. Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno.....0 1 2 3 ④ 18.
18. Cualquier persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace.....0 1 2 3 ④
19. Si cometo un error debo sentirme mal.....0 1 2 ③ 4
20. Si no tengo metas elevadas es posible que acabe siendo un segundón.....0 1 ② 3 4
21. Si creo firmemente que creo algo, tengo razones para esperar conseguirlo....0 1 2 ③ 4
22. Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrado.....0 1 2 3 ④
23. Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudaran cuando necesite algo de ellos.....0 1 ② 3 4

24. Si soy un buen marido (o esposa), mi cónyuge debe amarme.....0 1 2 3 4
25. Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato.....0 1 2 3 4
26. Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente cercana a mí.....0 1 2 3 4
27. Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que le he trastornado.....0 1 2 3 4
28. Para ser una persona buena, valiosa, moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite.....0 1 2 3 4
29. Si un niño tiene dificultades emocionales o de comportamiento, esto significa que sus padres han fallado en algo importante.....0 1 2 3 4
30. Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo.....0 1 2 3 4
31. No creo que sea capaz de controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo.....0 1 2 3 4
32. No tiene sentido cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte válida e inevitable de la vida diaria.....0 1 2 3 4
33. Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado.....0 1 2 3 4
34. Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me suceda.....0 1 2 3 4
35. La gente señalada con la marca del éxito (aprobación social, fama, riqueza..) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no presentan esas marcas....0 1 2 3 4.

1. Aprobación = 11\*
2. Amor = 11 \*
3. Ejecución = 12\*

- \* 4. Perfeccionismo = 16
- \* 5. Derecho sobre los otros = 13
6. Omnipotencia = 7
7. Autonomía = 12\*

Media 15

## Anexo 22. Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman, segunda

aplicación.

DLEP - 13/07/19.

### ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES DE WEISSMAN

A continuación presentamos una escala de creencias personales (Escala de actitudes disfuncionales de Weissman). Evalúa siete tipos de creencias que pueden predisponer a una persona a padecer trastorno psicológico.

Señale el grado de acuerdo con estas actitudes. Asegúrese de elegir solo una respuesta para cada frase. No hay respuestas "acertadas" ni "equivocadas". Solo queremos saber lo que usted piensa acerca de estos temas.

Totalmente en desacuerdo.....=0  
 Moderadamente en desacuerdo.....=1  
 Dudoso.....=2  
 Moderadamente de acuerdo.....=3  
 Completamente de acuerdo.....=4

1. Ser criticado hace que la gente se sienta mal.....0 1 2 3 4
2. Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas..0 1 2 3 4
3. Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben y acepten.....0 1 2 3 4
4. Si alguien importante para mí espera que yo haga algo determinado, debo hacerlo.....0 1 2 3 4
5. Mi valor como persona depende, en gran medida, de lo que los demás piensen de mí.....0 1 2 3 4
6. No puedo ser feliz si no me ama alguien.....0 1 2 3 4
7. Si a otras personas no les gustas, serás menos feliz.....0 1 2 3 4
8. Si la gente a la que quiero me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo.....0 1 2 3 4
9. Si una persona a la que amo, no me corresponde, es porque soy poco interesante.....0 1 2 3 4
10. El aislamiento social conduce a la infelicidad.....0 1 2 3 4
11. Para considerarme una persona digna, debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida.....0 1 2 3 4
12. Debo ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido.....0 1 2 3 4
13. Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que quienes no la tienen.....0 1 2 3 4
14. No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior.....0 1 2 3 4
15. Si fallo en mi trabajo soy un fracasado.....0 1 2 3 4
16. Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje.....0 1 2 3 4
17. Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno.....0 1 2 3 4
18. Cualquier persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace.....0 1 2 3 4
19. Si cometo un error debo sentirme mal.....0 1 2 3 4
20. Si no tengo metas elevadas es posible que acabe siendo un secundón.....0 1 2 3 4
21. Si creo firmemente que creo algo, tengo razones para esperar conseguirlo....0 1 2 3 4
22. Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrado.....0 1 2 3 4
23. Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudarán cuando necesite algo de ellos.....0 1 2 3 4
24. Si soy un buen marido (o esposa), mi cónyuge debe amarme.....0 1 2 3 4
25. Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato.....0 1 2 3 4

26. Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente cercana a mí.....0 1 2 3 4
27. Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que le he trastornado.....0 1 2 3 4
28. Para ser una persona buena, valiosa, moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite.....0 1 2 3 4
29. Si un niño tiene dificultades emocionales o de comportamiento, esto significa que sus padres han fallado en algo importante.....0 1 2 3 4
30. Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo.....0 1 2 3 4
31. No creo que sea capaz de controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo.....0 1 2 3 4
32. No tiene sentido cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte válida e inevitable de la vida diaria.....0 1 2 3 4
33. Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado.....0 1 2 3 4
34. Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me suceda.....0 1 2 3 4
35. La gente señalada con la marca del éxito (aprobación social, fama, riqueza..) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no presentan esas marcas....0 1 2 3 4

Claves de corrección

Suma el total para cada grupo de creencias:

1 .Aprobación.....	De la actitud 1 a la 5.....	Total = 11
2 .Amor.....	De la actitud 6 a la 10.....	Total = 11
3 .Ejecución.....	De la actitud 11 a la 15.....	Total = 8
4 .Perfeccionismo.....	De la actitud 16 a la 20.....	Total = 14
5 .Derecho sobre los otros.....	De la actitud 21 a la 25.....	Total = 7
6 .Omnipotencia.....	De la actitud 26 a la 30.....	Total = 3
7 .Autonomía.....	De la actitud 31 a la 35.....	Total = 11

$$\text{Media} = \boxed{15}$$

## Anexo 23. Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman, tercera aplicación.

### ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES DE WEISSMAN

A continuación presentamos una escala de creencias personales (Escala de actitudes disfuncionales de Weissman). Evalúa siete tipos de creencias que pueden predisponer a una persona a padecer trastorno psicológico.

Señale el grado de acuerdo con estas actitudes. Asegúrese de elegir solo una respuesta para cada frase. No hay respuestas "acertadas" ni "equivocadas". Solo queremos saber lo que usted piensa acerca de estos temas.

Totalmente en desacuerdo.....=0  
 Moderadamente en desacuerdo.....=1  
 Dudoso.....=2  
 Moderadamente de acuerdo.....=3  
 Completamente de acuerdo.....=4

1. Ser criticado hace que la gente se sienta mal.....0 1 2 3 4
2. Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas..0 1 2 3 4
3. Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben y acepten.....0 1 2 3 4
4. Si alguien importante para mí espera que yo haga algo determinado, debo hacerlo.....0 1 2 3 4
5. Mi valor como persona depende, en gran medida, de lo que los demás piensen de mí.....0 1 2 3 4
6. No puedo ser feliz si no me ama alguien.....0 1 2 3 4
7. Si a otras personas no les gustas, serás menos feliz.....0 1 2 3 4
8. Si la gente a la que quiero me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo.....0 1 2 3 4
9. Si una persona a la que amo, no me corresponde, es porque soy poco interesante.....0 1 2 3 4
10. El aislamiento social conduce a la infelicidad.....0 1 2 3 4
11. Para considerarme una persona digna, debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida.....0 1 2 3 4
12. Debo ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido.....0 1 2 3 4
13. Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que quienes no la tienen.....0 1 2 3 4
14. No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior.....0 1 2 3 4
15. Si fallo en mi trabajo soy un fracasado.....0 1 2 3 4
16. Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje.....0 1 2 3 4
17. Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno.....0 1 2 3 4
18. Cualquier persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace.....0 1 2 3 4
19. Si cometo un error debo sentirme mal.....0 1 2 3 4
20. Si no tengo metas elevadas es posible que acabe siendo un segundón.....0 1 2 3 4
21. Si creo firmemente que creo algo, tengo razones para esperar conseguirlo...0 1 2 3 4
22. Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrado.....0 1 2 3 4
23. Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudarán cuando necesite algo de ellos.....0 1 2 3 4
24. Si soy un buen marido (o esposa), mi cónyuge debe amarme.....0 1 2 3 4
25. Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato.....0 1 2 3 4

26. Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente cercana a mí.....0 1 2 3 4
27. Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que le he trastornado.....0 1 2 3 4
28. Para ser una persona buena, valiosa, moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite.....0 1 2 3 4
29. Si un niño tiene dificultades emocionales o de comportamiento, esto significa que sus padres han fallado en algo importante.....0 1 2 3 4
30. Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo.....0 1 2 3 4
31. No creo que sea capaz de controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo0 1 2 3 4
32. No tiene sentido cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte válida e inevitable de la vida diaria.....0 1 2 3 4
33. Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado.....0 1 2 3 4
34. Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me suceda.....0 1 2 3 4
35. La gente señalada con la marca del éxito (aprobación social, fama, riqueza..) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no presentan esas marcas....0 1 2 3 4

#### Claves de corrección

Sume el total para cada grupo de creencias:

- 1 .Aprobación.....De la actitud 1 a la 5.....Total = 7
- 2 .Amor.....De la actitud 6 a la 10.....Total =4
- 3 .Ejecución.....De la actitud 11 a la 15.....Total =5
- 4 .Perfeccionismo.....De la actitud 16 a la 20.....Total =9
- 5 .Derecho sobre los otros.....De la actitud 21 a la 25.....Total =5
- 6 .Omnipotencia.....De la actitud 26 a la 30.....Total =3
- 7 .Autonomía.....De la actitud 31 a la 35.....Total =10

**Anexo 24. Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad, CCE-TP, primera aplicación.**

DKLP 06/12/18

**CUESTIONARIO DE CREENCIAS CENTRALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, CCE-TP**

N.H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, D. Schnatter, M. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer (2007) Universidad de San Buenaventura - Medellín (Colombia)

**Instrucciones:**

A continuación se presentan diferentes creencias y formas de comportamiento que emplean las personas en su vida cotidiana. Las creencias y formas de comportamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación. Responda señalando con una X debajo de la columna que señala la flecha (↓) el número que mejor indique su forma de pensar o de comportarse. Tenga en cuenta la siguiente valoración que usted dará a sus respuestas.

1                      2                      3                      4                      5                      6  
 No me                Me describe        Me describe        Me describe        Me describe        Me describe  
 nada                mínimamente        un poco                moderadamente        mucho                perfectamente

	↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Utilizo a los otros antes que ellos lo hagan conmigo	①	2	3	4	5	6									
2. Considero que los otros no me comprenden por que soy diferente	1	2	③	4	5	6									
3. Considero que soy una persona muy agradable y atractiva	1	2	③	4	5	6									
4. No confío en otras personas	①	2	3	4	5	6									
5. Siento que soy indeseable en las situaciones sociales	1	2	3	④	5	6									
6. No puedo tomar decisiones por mí mismo	①	2	3	4	5	6									
7. No soporto el aburrimiento	①	2	3	4	5	6									
8. Busco orden y reglas para que la tarea se realicen bien	①	2	3	4	5	6									
9. No soportaría el que los demás me percibieran como inadecuado	1	2	3	4	⑤	6									
10. Pienso que los demás son irresponsables y demasiado autocomplacientes	1	2	3	4	⑤	6									
11. Es intolerable que no se me tenga el debido respeto	①	2	3	4	5	6									
12. Me siento demasiado incómodo cuando percibo que alguien desea dominarme	1	2	③	4	5	6									
13. Considero que las personas con autoridad son muy controladoras	1	2	3	④	5	6									
14. Me incomoda sentir que tengo compromisos con las personas	①	2	3	4	5	6									
15. Pienso que los otros son débiles y merecen que los dominen	①	2	3	4	5	6									
16. Pienso que no encajo en los grupos	①	2	3	4	5	6									
17. Creo que atraigo la atención e impresiono positivamente a los demás	①	2	3	4	5	6									
18. Soy una persona desconfiada	①	2	3	4	5	6									
19. No cuento con muchas habilidades sociales	1	2	③	4	5	6									
20. Necesito demasiado la ayuda y el afecto de los demás	①	2	3	4	5	6									
21. Es terrible que la gente me ignore	1	2	③	4	5	6									
22. Tiendo a ser meticuloso para que todo funcione bien	①	2	3	4	5	6									
23. Quedar expuesto como inferior sería intolerable	1	2	③	4	5	6									
24. Creo que los demás tienden a ser demasiado descuidados	1	2	3	④	5	6									

- 1. CCE TP Antisocial = 8
- 2. CCE TP Esquizotípico/Límite = 13
- 3. CCE TP Histriónico/patrón seductor = 14
- 4. CCE TP Paranoide = 13
- 5. CCE TP por evitación/autopercpción negativa = 13
- 6. CCE TP por Dependencia = 11
- 7. CCE TP Histriónico / Dependencia emocional = 9
- 8. CCE TP Obsesivo-compulsivo/Perfeccionista = 5
- 9. CCE TP por evitación /hipersensible = 14
- 10. CCE TP Obsesivo-compulsivo/Crítico frente a los demás = 12
- 11. CCE TP Narcisista = 6
- 12. CCE TP Pasivo-Agresivo/Temor a ser dominado = 8
- 13. CCE TP Pasivo-Agresivo/Crítico frente a la autoridad = 7
- 14. CCE TP Esquizoide = 2

	↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
25. Me incomoda mucho no conseguir aquello a lo que creo tener derecho	0 2 3 4 5 6														
26. Me gusta tener relaciones cercanas, pero no ser dominado	1 2 3 4 5 6														
27. Creo que las personas con autoridad tienden a ser intrusivas y entrometidas	1 2 3 4 5 6														
28. Evito tener compromisos con los demás	0 2 3 4 5 6														
29. Hago todo lo necesario para conseguir algo así sea incorrecto	0 2 3 4 5 6														
30. Me aislo de los demás para no sentir malestar	1 2 3 4 5 6														
31. Pienso que los otros me admiran	1 2 3 4 5 6														
32. Estoy constantemente en guardia	1 2 3 4 5 6														
33. Creo que si los demás se acercan a mí, descubrirán mi yo "real" y me rechazarán	1 2 3 4 5 6														
34. Soy alguien necesitado y débil	0 2 3 4 5 6														
35. Es horrible que las personas no sean amigables conmigo	1 2 3 4 5 6														
36. Los detalles son extremadamente importantes	0 1 2 3 4 5 6														
37. No tolero los sentimientos desagradables	0 2 3 4 5 6														
38. Considero que los demás tienden a ser incompetentes	1 2 3 4 5 6														
39. Busco que los demás respeten mi status	1 2 3 4 5 6														
40. Ser controlado o dominado por los demás es intolerable	1 2 3 4 5 6														
41. Pienso que las personas son demasiado exigentes	0 2 3 4 5 6														
42. Creo que todos tienen que satisfacer mis necesidades	0 2 3 4 5 6														
43. Amenazo con hacerme daño para que los demás no me dejen	0 2 3 4 5 6														
44. Las personas son especiales conmigo	1 2 3 4 5 6														
45. Tiendo a ser receloso y desconfiado	1 2 3 4 5 6														
46. Me considero inepto en mi trabajo	0 2 3 4 5 6														
47. Creo que la mayoría de las personas parecen ser más seguras que yo	1 2 3 4 5 6														
48. No tolero la soledad	0 2 3 4 5 6														
49. Busco ser muy competente para no fracasa	0 2 3 4 5 6														
50. Tiendo a evitar a toda costa las situaciones desagradables	1 2 3 4 5 6														
51. La gente no tiene ningún derecho a criticarme	0 2 3 4 5 6														
52. Si no domino a los demás ellos me dominarán	0 2 3 4 5 6														
53. Considero que las relaciones con los otros son caóticas	0 2 3 4 5 6														
54. Soy una persona encantadora e irresistible	0 2 3 4 5 6														
55. Estoy alerta para que los demás no traten de usarme o manipularme	1 2 3 4 5 6														
56. Pienso que las otras personas son indiferentes o despectivas ante mis esfuerzos	1 2 3 4 5 6														
57. Pienso que el más fuerte puede brindarme seguridad	1 2 3 4 5 6														
58. Miento y hago trampas siempre y cuando los otros no se enteren	0 2 3 4 5 6														
59. Soy muy extraño y diferente	0 2 3 4 5 6														
60. Soy una persona demasiado especial	1 2 3 4 5 6														
61. Soy suspicaz	1 2 3 4 5 6														
62. Creo que soy superior y merezco un trato y privilegios especiales	0 2 3 4 5 6														
63. Las relaciones íntimas son agobiantes	1 2 3 4 5 6														
64. Creo que si una persona no sabe defenderse, ese es su problema	0 2 3 4 5 6														
65. Prefiero estar aislado de los demás	0 2 3 4 5 6														

## Anexo 25. Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad, CCE-TP, segunda aplicación.

DKLP 13/03/19

### CUESTIONARIO DE CREENCIAS CENTRALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, CCE-TP

N.H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, D., Schnitter, M., Cnstrillón, L. Chaves, A. Ferrer (2007). Universidad de San Buenaventura - Medellín (Colombia).

**Instrucciones:**

A continuación se presentan diferentes creencias y formas de comportamiento que emplean las personas en su vida cotidiana. Las creencias y formas de comportamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación. Responda señalando con una X debajo de la columna que señala la flecha (↓) el número que mejor indique su forma de pensar o de comportarse. Tenga en cuenta la siguiente valoración que usted dará a sus respuestas:

1                      2                      3                      4                      5                      6  
 No me                Me describe        Me describe        Me describe        Me describe        Me describe  
 nada                mínimamente        un poco                moderadamente        mucho                perfectamente  
 describe en

	↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Utilizo a los otros antes que ellos lo hagan conmigo	1 2 3 4 5 6														
2. Considero que los otros no me comprenden por que soy diferente	1 2 3 4 5 6														
3. Considero que soy una persona muy agradable y atractiva	1 2 3 4 5 6														
4. No confío en otras personas	1 2 3 4 5 6														
5. Siento que soy indeseable en las situaciones sociales	1 2 3 4 5 6														
6. No puedo tomar decisiones por mí mismo	1 2 3 4 5 6														
7. No soporto el aburrimiento	1 2 3 4 5 6														
8. Busco orden y reglas para que la tarea se realicen bien	1 2 3 4 5 6														
9. No soportaría el que los demás me percibieran como inadecuado	1 2 3 4 5 6														
10. Pienso que los demás son irresponsables y demasiado autocomplacientes	1 2 3 4 5 6														
11. Es intolerable que no se me tenga el debido respeto	1 2 3 4 5 6														
12. Me siento demasiado incómodo cuando percibo que alguien desea dominarme	1 2 3 4 5 6														
13. Considero que las personas con autoridad son muy controladoras	1 2 3 4 5 6														
14. Me incomoda sentir que tengo compromisos con las personas	1 2 3 4 5 6														
15. Pienso que los otros son débiles y merecen que los dominen	1 2 3 4 5 6														
16. Pienso que no encajo en los grupos	1 2 3 4 5 6														
17. Creo que atraigo la atención e impresión positivamente a los demás	1 2 3 4 5 6														
18. Soy una persona desconfiada	1 2 3 4 5 6														
19. No cuento con muchas habilidades sociales	1 2 3 4 5 6														
20. Necesito demasiado la ayuda y el afecto de los demás	1 2 3 4 5 6														
21. Es terrible que la gente me ignore	1 2 3 4 5 6														
22. Tiendo a ser meticuloso para que todo funcione bien	1 2 3 4 5 6														
23. Quedar expuesto como inferior sería intolerable	1 2 3 4 5 6														
24. Creo que los demás tienden a ser demasiado descuidados	1 2 3 4 5 6														

1. CCE TP Antisocial = 8
2. CCE TP Esquizotípico / Límite = 13
3. CCE TP Histriónico / Patrón seductor = 11
4. CCE TP Paranoide = 13
5. CCE TP por Evitación / Auto percepción Negativa = 9
6. CCE TP por Dependencia = 9
7. CCE TP Histriónico / Dependencia emocional = 5
8. CCE TP Obsesivo - Compulsivo / Perfeccionista = 15
9. CCE TP por Evitación / Hipersensible = 12
10. CCE TP Obsesivo - Compulsivo / Crítico frente a los demás = 6
11. CCE TP Narcisista = 7
12. CCE TP Pasivo - Agresivo / Temor a ser dominado = 8
13. CCE TP Pasivo - Agresivo / Crítico frente a la autoridad = 7
14. CCE TP Esquizoide = 2

	↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
25. Me incomoda mucho no conseguir aquello a lo que creo tener derecho	2 3 4 5 6														
26. Me gusta tener relaciones cercanas, pero no ser dominado	1 2 3 4 5 6														
27. Creo que las personas con autoridad tienden a ser intrusivas y entrometidas	1 2 3 4 5 6														
28. Evito tener compromisos con los demás	2 3 4 5 6														
29. Hago todo lo necesario para conseguir algo así sea incorrecto	1 2 3 4 5 6														
30. Me aísló de los demás para no sentir malestar	1 2 3 4 5 6														
31. Pienso que los otros me admiran	1 2 3 4 5 6														
32. Estoy constantemente en guardia	1 2 3 4 5 6														
33. Creo que si los demás se acercan a mí, descubrirán mi yo "real" y me rechazarán	1 2 3 4 5 6														
34. Soy alguien necesitado y débil	1 2 3 4 5 6														
35. Es horrible que las personas no sean amigables conmigo	1 2 3 4 5 6														
36. Los detalles son extremadamente importantes	1 2 3 4 5 6														
37. No tolero los sentimientos desagradables	2 3 4 5 6														
38. Considero que los demás tienden a ser incompetentes	1 2 3 4 5 6														
39. Busco que los demás respeten mi status	1 2 3 4 5 6														
40. Ser controlado o dominado por los demás es intolerable	1 2 3 4 5 6														
41. Pienso que las personas son demasiado exigentes	1 2 3 4 5 6														
42. Creo que todos tienen que satisfacer mis necesidades	1 2 3 4 5 6														
43. Amenazo con hacerme daño para que los demás no me dejen	1 2 3 4 5 6														
44. Las personas son especiales conmigo	1 2 3 4 5 6														
45. Tiendo a ser receloso y desconfiado	1 2 3 4 5 6														
46. Me considero inepto en mi trabajo	1 2 3 4 5 6														
47. Creo que la mayoría de las personas parecen ser más seguras que yo	1 2 3 4 5 6														
48. No tolero la soledad	1 2 3 4 5 6														
49. Busco ser muy competente para no fracasa	1 2 3 4 5 6														
50. Tiendo a evitar a toda costa las situaciones desagradables	1 2 3 4 5 6														
51. La gente no tiene ningún derecho a criticarme	1 2 3 4 5 6														
52. Si no domino a los demás ellos me dominarán	1 2 3 4 5 6														
53. Considero que las relaciones con los otros son caóticas	1 2 3 4 5 6														
54. Soy una persona encantadora e irresistible	1 2 3 4 5 6														
55. Estoy alerta para que los demás no traten de usarme o manipularme	1 2 3 4 5 6														
56. Pienso que las otras personas son indiferentes o despectivas ante mis esfuerzos	1 2 3 4 5 6														
57. Pienso que el más fuerte puede brindarme seguridad	1 2 3 4 5 6														
58. Miento y hago trampas siempre y cuando los otros no se enteren	1 2 3 4 5 6														
59. Soy muy extraño y diferente	1 2 3 4 5 6														
60. Soy una persona demasiado especial	1 2 3 4 5 6														
61. Soy suspicaz	1 2 3 4 5 6														
62. Creo que soy superior y merezco un trato y privilegios especiales	1 2 3 4 5 6														
63. Las relaciones íntimas son agobiantes	1 2 3 4 5 6														
64. Creo que si una persona no sabe defenderse, ese es su problema	1 2 3 4 5 6														
65. Prefiero estar aislado de los demás	1 2 3 4 5 6														

## Anexo 26. Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad, CCE-TP, tercera aplicación.

### CUESTIONARIO DE CREENCIAS CENTRALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, CCE-TP

N.H. Londoño, K. Maestre, C. Marin, D., Schnitter, M., Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer (2007). Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia).

**Instrucciones:**

A continuación se presentan diferentes creencias y formas de comportamiento que emplean las personas en su vida cotidiana. Las creencias y formas de comportamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación. Responda señalando con una X debajo de la columna que señala la flecha ( ↓ ) el número que mejor indique su forma de pensar o de comportarse. Tenga en cuenta la siguiente valoración que usted dará a sus respuestas:

1	2	3	4	5	6
No me nada	Me describe minimamente un poco	Me describe moderadamente	Me describe mucho	Me describe perfectamente	Me describe describe en

		↓														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Utilizo a los otros antes que ellos lo hagan conmigo	1	↓														
2. Considero que los otros no me comprenden porque soy diferente	1	↓														
3. Considero que soy una persona muy agradable y atractiva	1	↓														
4. No confío en otras personas	1	↓														
5. Siento que soy indeseable en las situaciones sociales	1	↓														
6. No puedo tomar decisiones por mí mismo	1	↓														
7. No soporto el aburrimiento	1	↓														
8. Busco orden y reglas para que la tarea se realicen bien	1	↓														
9. No soportaría el que los demás me percibieran como inadecuado	1	↓														
10. Pienso que los demás son irresponsables y demasiado autocomplacientes	1	↓														
11. Es intolerable que no se me tenga el debido respeto	1	↓														
12. Me siento demasiado incómodo cuando percibo que alguien desea dominarme	1	↓														
13. Considero que las personas con autoridad son muy controladoras	1	↓														
14. Me incomoda sentir que tengo compromisos con las personas	1	↓														
15. Pienso que los otros son débiles y merecen que los dominen	1	↓														
16. Pienso que no encajo en los grupos	1	↓														
17. Creo que atraigo la atención e impresiono positivamente a los demás	1	↓														
18. Soy una persona desconfiada	1	↓														
19. No cuento con muchas habilidades sociales	1	↓														
20. Necesito demasiado la ayuda y el afecto de los demás	1	↓														
21. Es terrible que la gente me ignore	1	↓														
22. Tiendo a ser meticuloso para que todo funcione bien	1	↓														
23. Quedar expuesto como inferior sería intolerable	1	↓														
24. Creo que los demás tienden a ser demasiado descuidados	1	↓														

	↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
25. Me incomoda mucho no conseguir aquello a lo que creo tener derecho	1 2 3 4 5 6														
26. Me gusta tener relaciones cercanas, pero no ser dominado	1 2 3 4 5 6														
27. Creo que las personas con autoridad tienden a ser intrusivas y entrometidas	1 2 3 4 5 6														
28. Evito tener compromisos con los demás	1 2 3 4 5 6														
29. Hago todo lo necesario para conseguir algo así sea incorrecto	1 2 3 4 5 6														
30. Me aislo de los demás para no sentir malestar	1 2 3 4 5 6														
31. Pienso que los otros me admiran	1 2 3 4 5 6														
32. Estoy constantemente en guardia	1 2 3 4 5 6														
33. Creo que si los demás se acercan a mí, descubrirán mi yo "real" y me rechazarán	1 2 3 4 5 6														
34. Soy alguien necesitado y débil	1 2 3 4 5 6														
35. Es horrible que las personas no sean amigables conmigo	1 2 3 4 5 6														
36. Los detalles son extremadamente importantes	1 2 3 4 5 6														
37. No tolero los sentimientos desagradables	1 2 3 4 5 6														
38. Considero que los demás tienden a ser incompetentes	1 2 3 4 5 6														
39. Busco que los demás respeten mi <i>status</i>	1 2 3 4 5 6														
40. Ser controlado o dominado por los demás es intolerable	1 2 3 4 5 6														
41. Pienso que las personas son demasiado exigentes	1 2 3 4 5 6														
42. Creo que todos tienen que satisfacer mis necesidades	1 2 3 4 5 6														
43. Amenazo con hacerme daño para que los demás no me dejen	1 2 3 4 5 6														
44. Las personas son especiales conmigo	1 2 3 4 5 6														
45. Tiendo a ser receloso y desconfiado	1 2 3 4 5 6														
46. Me considero inepto en mi trabajo	1 2 3 4 5 6														
47. Creo que la mayoría de las personas parecen ser más seguras que yo	1 2 3 4 5 6														
48. No tolero la soledad	1 2 3 4 5 6														
49. Busco ser muy competente para no fracasa	1 2 3 4 5 6														
50. Tiendo a evitar a toda costa las situaciones desagradables	1 2 3 4 5 6														
51. La gente no tiene ningún derecho a criticarme	1 2 3 4 5 6														
52. Si no domino a los demás ellos me dominarán	1 2 3 4 5 6														
53. Considero que las relaciones con los otros son caóticas	1 2 3 4 5 6														
54. Soy una persona encantadora e irresistible	1 2 3 4 5 6														
55. Estoy alerta para que los demás no traten de usar me o manipular me	1 2 3 4 5 6														
56. Pienso que las otras personas son indiferentes o despectivas ante mis esfuerzos	1 2 3 4 5 6														
57. Pienso que el más fuerte puede brindarme seguridad	1 2 3 4 5 6														
58. Miento y hago trampas siempre y cuando los otros no se enteren	1 2 3 4 5 6														
59. Soy muy extraño y diferente	1 2 3 4 5 6														
60. Soy una persona demasiado especial	1 2 3 4 5 6														
61. Soy suspicaz	1 2 3 4 5 6														
62. Creo que soy superior y merezco un trato y privilegios especiales	1 2 3 4 5 6														
63. Las relaciones íntimas son agobiantes	1 2 3 4 5 6														
64. Creo que si una persona no sabe defenderse, ese es su problema	1 2 3 4 5 6														
65. Prefiero estar aislado de los demás	1 2 3 4 5 6														

1= 8      2= 12      3=11      4=13      5= 8      6=7      7=5  
8=6      9=12      10= 6      11=6      12= 8      13=7      14= 2

**Anexo 27. Escala de Asertividad de Rathus (R.A.S) (Adaptación León & Vargas, 2008), primera aplicación.**

DELP - 19/07/19  
Escala de asertividad de Rathus (R.A.S.) (Adaptación León & Vargas, 2008)

**Instrucciones**

Indique hasta qué punto cada una de las siguientes frases describen la forma en que usted piensa o se comporta ante ciertas situaciones. Para ello, debe utilizar las siguientes categorías:

- 0 Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.
- 1 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- 2 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- 3 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- 4 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- 5 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.

4	1. Pienso que mucha gente parece ser más agresiva y autoafirmativa que yo
5	2. He dudado en proponer o aceptar una cita con alguien por timidez
4	3. Cuando la comida que me han servido en el restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo con el mesero o mesera
3	4. Cuando un vendedor se ha tomado el rato y la molestia de mostrarme un producto que después no quiero, paso mal rato al decir "NO"
3	5. Me esfuerzo, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición
3	6. En realidad la gente se aprovecha de mí con frecuencia
3	7. Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo
1	8. Evito llamar por teléfono a instituciones o empresas
2	9. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución, preferiría escribir cartas o enviar correos electrónicos, a realizar entrevistas personales
1	10. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado
3	11. Si un pariente cercano y respetado me molesta prefiero esconder mis sentimientos antes de expresar mi disgusto
3	12. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto



3	<u>3</u>	13. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos
3	<u>3</u>	14. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, lo (la) busco para saber qué es lo que pasa
0	<u>5</u>	15. Con frecuencia, paso un mal rato cuando tengo que decir que "NO"
1	<u>4</u>	16. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena
3	<u>3</u>	17. En el restaurante o en cualquier sitio, protesto por un mal servicio
1	<u>4</u>	18. Cuando me halagan con frecuencia, no sé que responder
2	<u>2</u>	19. Si dos personas en el cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les pido que hagan silencio o se vayan a hablar a otra parte
2	<u>2</u>	20. Si alguien se cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención
4	<u>4</u>	21. Expreso mi opinión con facilidad
2	<u>3</u>	22. Hay veces en las que simplemente no puedo decir nada

$$\textcircled{50} = \frac{\text{Puntuación T}}{40} = \text{Rango Promedio.}$$

**Anexo 28. Escala de Asertividad de Rathus (R.A.S) (Adaptación León & Vargas, 2008), segunda aplicación.**

**Escala de asertividad de Rathus (R.A.S.) (Adaptación León & Vargas, 2008)**

**Instrucciones**

Indique hasta qué punto cada una de las siguientes frases describen la forma en que usted piensa o se comporta ante ciertas situaciones. Para ello, debe utilizar las siguientes categorías:

- 0 Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.
- 1 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- 2 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- 3 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- 4 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- 5 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.

<u>1</u>	*1. Pienso que mucha gente parece ser más agresiva y autoafirmativa que yo
<u>3</u>	*2. He dudado en proponer o aceptar una cita con alguien por timidez
<u>4</u>	3. Cuando la comida que me han servido en el restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo con el mesero o mesera
<u>1</u>	*4. Cuando un vendedor se ha tomado el rato y la molestia de mostrarme un producto que después no quiero, paso mal rato al decir "NO"
<u>4</u>	5. Me esfuerzo, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición
<u>2</u>	*6. En realidad la gente se aprovecha de mí con frecuencia
<u>3</u>	*7. Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo
<u>0</u>	*8. Evito llamar por teléfono a instituciones o empresas
<u>2</u>	*9. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución, preferiría escribir cartas o enviar correos electrónicos, a realizar entrevistas personales
<u>0</u>	*10. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado
<u>2</u>	*11. Si un pariente cercano y respetado me molesta prefiero esconder mis sentimientos antes de expresar mi disgusto
<u>2</u>	*12. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto



<u>4</u>	13. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos
<u>4</u>	14. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, lo (la) busco para saber qué es lo que pasa
<u>2</u>	*15. Con frecuencia, paso un mal rato cuando tengo que decir que "NO"
<u>4</u>	*16. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena
<u>4</u>	17. En el restaurante o en cualquier sitio, protesto por un mal servicio
<u>1</u>	*18. Cuando me halagan con frecuencia, no sé que responder
<u>3</u>	19. Si dos personas en el cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les pido que hagan silencio o se vayan a hablar a otra parte
<u>4</u>	20. Si alguien se cuele en una fila, le llamo abiertamente la atención
<u>4</u>	21. Expreso mi opinión con facilidad
<u>2</u>	*22. Hay veces en las que simplemente no puedo decir nada
<u>76</u>	Puntuación T: 57 Rango Promedio.

<b>Puntaje T</b>	
29 o menos	Muy inferior al promedio
30 a 39	Inferior al promedio
40 a 60	Rango promedio
61 a 70	Superior al promedio
71 o más	Muy superior al promedio