



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA JOVEN ESTUDIANTE CON DEPRESIÓN PERSISTENTE

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Alarcón Delgado, Liset

Asesora:

Casquero Zaidman, Miriam
(ORCID: 0000-003-0214-481X)

Jurado:

Ramírez Magallanes, Olga

Solano Melo, Cristian

Injante Mendoza, Raúl

Lima - Perú

2022



Referencia:

Alarcón, L. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una joven estudiante con depresión persistente*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6056>



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

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

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



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA JOVEN

ESTUDIANTE CON DEPRESIÓN PERSISTENTE

Línea de investigación: Salud Mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad

Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

AUTOR:

Alarcón Delgado, Liset

ASESOR:

Casquero Zaidman, Miriam
(ORCID: 0000-003-0214-481X)

JURADO:

Ramírez Magallanes, Olga

Solano Melo, Cristian

Injante Mendoza, Raúl

Lima- Perú

2022

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a todas las personas que me brindaron su apoyo para seguir adelante con el caso clínico, fue un proceso largo pero que gracias a sus motivaciones y a mi esfuerzo se hizo posible culminarlo. De manera personal lo dedico a mi madre: Celinda Delgado y a mi esposo Heyder Salas Guevara quienes me apoyaron en todo momento. A Dios que me brindo la fuerza para seguir adelante.

Agradecimientos

Mg. Miriam Casquero Zaidman por haberme apoyado como asesora en este trabajo académico.

A todos los docentes de la Universidad Nacional Federico Villareal que me brindaron sus conocimientos durante mi formación académica.

A mi madre, esposo e hijo quienes me brindaron su apoyo para poder culminar mis estudios.

Índice

N°	Página
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	11
1.1. Descripción del problema	12
1.2. Antecedentes	13
1.2.1. Antecedentes Nacionales	14
1.2.2. Antecedentes Internacionales	15
1.2.3. Fundamentación Teórica	17
1.3. Objetivos	21
1.4. Justificación	22
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	22
II. Metodología	23
2.1. Tipo y diseño de Investigación	23
2.2. Variables de Investigación	24
2.2.1. Variable independiente	24
2.2.2. Variable dependiente	24
2.3. Participante	24
2.4. Técnicas e intervención	24
2.4.1 Técnicas	24

2.4.2. Instrumentos	31
2.4.3. Evaluación psicológica	34
2.4.4. Evaluación psicométrica	40
2.4.5. Informe psicológico integrador	45
2.5. Intervención	53
2.5.1 Plan de intervención y calendarización	53
2.5.2. Programa de intervención	53
2.6. Consideraciones éticas.	69
III. Resultados	70
3.1. Resultados pre y post intervención	70
3.2. Discusión de Resultados	78
3.3. Seguimiento	81
IV. Conclusiones	82
V. Recomendaciones	84
VI. Referencias	85
VII. Anexos	89

Lista de tablas

N°	Página
Tabla N 1 Diagnostico funcional	47
Tabla N 2 Análisis funcional de la conducta	49
Tabla N 3 Diagnóstico cognitivo	50
Tabla N 4 Sesión 1 psicoeducación	54
Tabla N 5 Sesión 2 psicoeducación	55
Tabla N 6 Sesión 3 psicoeducación	55
Tabla N 7 Sesión 4 modelo ABC y actividades agradables	56
Tabla N 8 Sesión 5 técnicas para el manejo de la ansiedad	57
Tabla N 9 Sesión 6 distorsiones cognitivas	57
Tabla N 10 Sesión 7 reestructuración cognitiva	58
Tabla N 11 Sesión 8 evento fortuito	59
Tabla 12 Sesión 9 reestructuración cognitiva	60
Tabla 13 Sesión 10 reestructuración cognitiva	60
Tabla 14 Sesión 11 reestructuración cognitiva	61
Tabla 15 Sesión 12 reestructuración cognitiva	62
Tabla 16 Sesión 13 reestructuración cognitiva	62
Tabla 17 Sesión 14 entrenamiento en comunicación asertiva	63
Tabla 18 Sesión 15 entrenamiento en solución de problemas	64
Tabla 19 Sesión 16 toma de decisiones	65
Tabla 20 Sesión 17 elaboración de metas	66
Tabla 21 Sesión 18 solución de problemas	67

Tabla 22 Sesión 19 prevención de recaídas	68
Tabla 23 Sesión 20 prevención de recaídas	68
Tabla N 24 Puntajes de los niveles de ansiedad según el BAI pre test y post- test	70
Tabla N 25 Puntajes de los niveles de depresión según el BDI pre test y post test	70
Tabla N 26 Puntajes obtenidos del Inventario multiaxial de personalidad - Millon	71
II	
Tabla N 27 Registro de frecuencia de pensamientos pre test y post test	71
Tabla N 28 Registro de frecuencia e intensidad de emociones pre test y post test	74
Tabla N 29 Registro de frecuencia y duración de conductas pre test y post test	76

Lista de figuras

N°	Páginas.
Figura N 1 Registro semanal de frecuencia de pensamientos irracionales pre y post test	73
Figura N 2 Registro semanal de la intensidad de las emociones pre y post test	75
Figura N 3 Registro de frecuencia y duración de las conductas pre- test y post -test	77
Figura N 4 Registro de las manifestaciones fisiológicas pre- test y post -test	78

Resumen

El presente estudio de caso de intervención Cognitivo Conductual en una mujer con síntomas del cuadro clínico de depresión persistente, una joven de 22 años de edad, de sexo femenino, que se encontraba atravesando un cuadro clínico de depresión persistente, experimentando: tristeza, irritabilidad, frustración, llanto constante, pérdida del interés en las actividades, pérdida de la energía, problemas del sueño. La intervención cognitiva conductual ICC, se realizó en 20 sesiones, en un periodo de cinco meses, de 60 minutos cada sesión. Se realizó la Historia Clínica Psicológica y se recabaron datos para la determinación de la intervención cognitivo conductual. El plan de tratamiento se inicia con el Registro de conductas frecuentes y pensamientos distorsionados, los que recibieron psicoeducación, se aplicaron las técnicas cognitivo conductual como: psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en técnicas de relajación, auto instrucciones, técnicas de asertividad, solución de problemas, técnicas de dominio y agrado. La investigación es de tipo experimental y se utilizó el diseño Univariable Multicondicional ABA. Se trabajó con las variables independiente: la intervención cognitivo conductual y la variable dependiente: la depresión recurrente. Se administró las pruebas psicológicas; Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de ansiedad de Beck (BAI), Inventario clínico multiaxial de millón II (MCMII-II). Los resultados se mostraron altamente significativos en el inicio del tratamiento y después de aplicado el programa de intervención cognitivo conductual disminuyó significativamente la sintomatología de la depresión recurrente.

Palabras clave: depresión persistente, intervención cognitivo-conductual, Terapia Cognitivo conductual

Abstract

The present case study of Cognitive Behavioral intervention in a woman with symptoms of the clinical picture of persistent depression, was a 22-year-old female, who was going through a clinical picture of persistent depression, experiencing; sadness, irritability, frustration, constant crying, loss of interest in activities, owner problems. The cognitive behavioral intervention (ICC) was carried out in 20 sessions, in a period of five months, of 60 minutes each session. The Psychological Clinical History was performed and data were collected to determine the cognitive behavioral intervention. The treatment plan begins with the Registry of frequent behaviors and distorted thoughts, those who received psychoeducation, cognitive behavioral techniques were applied such as: psychoeducation, cognitive restructuring, training in relaxation techniques, self-instructions, assertiveness techniques, problem solving, mastery and liking techniques. The research is experimental and the Univariable Multiconditional ABA design was used. We worked with the independent variables: cognitive behavioral intervention and the dependent variable: recurrent depression. The psychological tests were administered; Beck's Depression Inventory (BDI-II), Beck's Anxiety Inventory (BAI), Millon's multi-axial clinical inventory (MCMI-II). The results were highly significant at the beginning of the treatment and after applying the cognitive behavioral intervention program, the symptoms of recurrent depression significantly decreased.

Keywords: Persistent depression, cognitive-behavioral intervention, Cognitive-behavioral

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) la depresión es un tema de interés público debido al creciente aumento que lo padecen aproximadamente 280 millones de habitantes a nivel mundial, es una de las principales causas de discapacidad y mortalidad, lo que ha generado mayor preocupación en los diferentes países del mundo, debido a que muchas personas que la padecen no reciben tratamiento y la salud física y psicológica se ve afectada día tras día. La depresión afecta más a las mujeres que a los hombres en la etapa de la adolescencia y la adultez joven.

La depresión se suele asociarse a un trastorno de tipo afectivo, siendo su etiología compleja ya que intervienen diversos factores biológicos, genéticos y psicosociales, siendo este último el que puede exacerbar la intensidad de la enfermedad y aumentar la posibilidad de ideaciones e intentos suicidas (Corea, 2021). En la etapa del adulto joven la depresión se presenta de forma más compleja debido a que la persona pasa de la juventud a la adultez, Papalia (2012) menciona que en esta etapa hay incertidumbre y confusión debido a los requerimientos sociales, académicos y laborales que se ven impedidos de cumplir. El adulto joven que se encuentra siguiendo estudios universitarios pone a prueba sus competencias y habilidades para alcanzar los objetivos académicos, provocando muchas veces problemas emocionales como es el caso que presentaremos en la investigación, a la vez se espera que en esta etapa de vida las personas puedan alcanzar la madurez psicológica través de los logros alcanzados, como la identidad personal, la independencia del núcleo familiar, el desarrollo de valores y establecimiento de las relaciones sociales.

En el presente trabajo, se expone el caso de una paciente adulta joven que presentó un cuadro clínico de Depresión Recurrente, a partir de un fracaso académico; la misma que desencadenó sintomatología depresiva, evidenciando pensamientos y conductas negativas que impedían su desenvolvimiento académico y social de manera adecuada. El objetivo fue

disminuir la sintomatología depresiva a través de la intervención cognitivo- conductual, que permitió a la paciente lograr un afrontamiento satisfactorio en las diferentes áreas de su vida.

El apartado I, trata la descripción del problema, antecedentes nacional e internacional, fundamentación teórica, objetivos, justificación e impacto esperado del trabajo académico.

En el apartado II, se presenta la metodología, el tipo y diseño del trabajo académico, las variables utilizadas, la presentación del caso clínico mediante la Historia Psicológica, detallando el problema actual, desarrollo cronológico, la historia personal y familiar, así como la evaluación psicológica, el análisis y recomendaciones del caso clínico. Se detalla la el programa de intervención cognitivo conductual donde se describe el desarrollo de las sesiones.

En el apartado III, se detalla los resultados del pre y post test de las pruebas psicológicas, se presenta la discusión de los resultados y seguimiento del caso clínico de depresión recurrente.

En el apartado IV, se brindó las conclusiones del caso, donde se valoró que la sintomatología presentada por la paciente con un cuadro clínico de depresión persistente mejoro significativamente al término de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual, generando cambios a nivel cognitivo, afectivo y conductual, mejorando su estilo y calidad de vida.

El apartado V, se brindó las recomendaciones del trabajo académico.

En el apartado VI, se establecieron referencias utilizadas en el trabajo académico.

En el apartado VII, se establecieron los anexos que se ha trabajado.

1.1. Descripción del problema

Durante los últimos años se han realizado diversos estudios sobre la depresión, según la OMS (2021) se estima de más del 5. % de personas adultas padecen depresión siendo una

de las principales causas de discapacidad en el mundo, esto se ha ido incrementando año tras año y se demuestra que la depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.

En América latina, según la Organización Panamericana de la Salud OPS (2021) el 7% de población mundial padece de depresión, encontrando que los países con mayor incidencia son: Brasil, Paraguay, Chile y Uruguay, mientras que en el Perú se reportó que el 4.8 % de la población presenta problemas de depresión.

En el Perú, según el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) del Ministerio de Salud (2016) 1 millón 700 mil personas padecen cuadros depresivos y los estudios realizados indican que el 80% de suicidios están motivados por síntomas depresivos, por lo que considera que la depresión es una enfermedad que va más allá de experimentar tristeza. La prevalencia en lima metropolitana en los cuadros de depresión es el 14 %, en sierra 16% y en la región de la selva el 21% siendo considerada una de las principales causas de discapacidad, llegando a afectar en su mayoría al género femenino y en muchos casos al suicidio en situaciones extremas.

En el año 2020 y 2021, según el Ministerio de Salud (MINSA, 2021) a raíz de la pandemia del covid-19 se aprecia un incremento de las atenciones por cuadros depresivos, siendo el 20% de adultos y adultos mayores que acuden a consulta por presentar sintomatología de los cuadros depresivos.

1.2. Antecedentes

En los últimos años se ha llevado a cabo diversos trabajos clínicos relacionados a la depresión persistente que han sido orientadas a indagar causas y consecuencias, a realizar estudios epidemiológicos y otros proponer programas de intervención en el tratamiento.

En relación a la presente investigación, se realizó la búsqueda de investigaciones de casos clínicos, realizando la búsqueda del tema en base de datos, repositorios de universidades, revistas, tesis, artículos y en sitios web tales como Scielo, Dialnet, Redalyc,

Google académico y otros. Tenemos los siguientes antecedentes que a continuación se detallan:

1.2.1. Antecedentes Nacionales

En Lima, en la Universidad San Martín de Porres se encontró un estudio de caso de depresión en una adolescente, la autora fue Flores (2019) título de su investigación fue: *“Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo - conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana”*. Hace referencia que la consultante acudió con sintomatología depresiva, para lo cual utilizó técnicas cognitivo conductuales. Presentaba problemas en el manejo de sus interacciones interpersonales tanto a nivel cognitivo, emocional y afectivo, generándose dificultades en su adaptación a nivel personal y social. En el proceso de intervención trabajó técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, respiración diafragmática, para el control de la ansiedad, se realizó entrenamiento en habilidades sociales de la paciente para lograr un mejor desenvolvimiento en sus relaciones interpersonales basándose en la comunicación asertiva. Al finalizar la fase de tratamiento se ratifica la eficacia de las técnicas empleadas para el caso de depresión.

En Lima, en la Universidad Nacional Federico Villarreal se realizó un estudio de caso sobre depresión, la autora Huaynates (2019) el título de su investigación fue: *“Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa”*, en una consultante mujer de 40 años de edad que presentaba sintomatología depresiva, realizó un programa de intervención cognitivo conductual con la finalidad de disminuir la sintomatología depresiva. Los instrumentos de evaluación fueron: entrevista, línea base, auto registros, análisis funcional y cognitivo, Inventario de Beck y la Escala de Personalidad de Eysenck. Se aplicó las técnicas cognitivas conductuales de relajación, auto instrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva. Los resultados obtenidos indicaron una disminución del nivel de depresión, reducción de pensamientos, emociones y

comportamientos negativos al finalizar la fase de tratamiento se ratifica la eficacia de las técnicas empleadas para el caso de depresión, pues estas se ejecutaron a nivel cognitivo y conductual para reemplazar pensamientos inadecuados por pensamientos más flexibles y racionales.

En Arequipa, en la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa se realizó un estudio de caso único sobre depresión, la autora fue Salomón (2017) el título de su investigación fue: “*Caso Clínico Episodio Depresivo Leve*”, presentó un estudio de caso clínico de una mujer adulta que presentaba un episodio depresivo, utilizó la terapia cognitivo conductual con el fin de disminuir la sintomatología depresiva. Los instrumentos de evaluación utilizados para este caso fueron: la entrevista psicológica, línea base, auto registros, análisis funcional y cognitivo, Inventario de Beck y el inventario multifásico de Millon II. Se aplicó las técnicas cognitivas conductuales como relajación, auto instrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad. Los resultados obtenidos indicaron una disminución del nivel de depresión, reducción de pensamientos, emociones y comportamientos negativos para la usuaria según las evaluaciones de seguimiento, de esta manera al finalizar la fase de tratamiento se ratifica la eficacia de las técnicas empleadas para el caso de depresión.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

En Ecuador, en la universidad de Universidad Pontificia Bolivariana, se realizó un estudio de caso sobre depresión, la autora fue Gutiérrez (2020), el título de su investigación fue: *Estudio de caso único trastorno depresivo persistente(distimia)desde la intervención cognitivo-conductual*. Trabajo desde el enfoque cognitivo -conductual, en el proceso de evaluación se llevó a cabo mediante la entrevista, observación de conducta, aplicación de pruebas psicológicas. El proceso de intervención se realizó en 12 sesiones se usaron técnicas cognitivo-conductuales como: psicoeducación, modelado, reestructuración cognitiva, como

detención de pensamientos, cuestionamiento y dialogo socrático y técnicas de autocontrol. Finalizada la intervención psicológica el paciente presentó una disminución significativa del episodio depresivo actual, también se logró disminuir sus manifestaciones ansiógenas mediante las técnicas de relajación y el tratamiento médico prescrito por el especialista.

En Colombia, en la Universidad Católica del Norte, se realizó un estudio de caso sobre depresión persistente, los autores fueron Acevedo y Gálvez (2018), el título de su investigación fue: “*Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente*”. Trabajaron desde el enfoque Cognitivo-Conductual, realizaron 14 sesiones, una vez por semana, se consideró las siguientes fases: evaluación, intervención, cierre y seguimiento. Para realizar el proceso de intervención se utilizaron técnicas como: psicoeducación, técnica de retribución, conceptualización alternativa, registro de pensamientos inadecuados, clasificación de las distorsiones cognitivas, discusión y debate de creencias, análisis y evaluación empírica, flecha descendente, cuestionamiento socrático, dramatización racional-emocional, solución de problemas y entrenamiento en autoestima. La terapia resultó ser efectiva en el tratamiento del trastorno depresivo persistente, logrando una reducción notable de los síntomas manifestados por el consultante, aumentando su bienestar psicológico.

En Bolivia, en la universidad Pontificia Bolivariana, Ballesteros, (2018) realizo un estudio de caso “*intervención cognitiva conductual en un caso de trastorno depresivo mayor*”, se presentó la comprensión y formulación de un plan de intervención para un diagnóstico de trastorno depresivo, basado en las técnicas cognitivo-conductuales: reestructuración cognitiva, técnicas de información, psicoeducación, técnica de relajación progresiva, tareas para casa, prevención de recaídas. La evaluación clínica fue mediante entrevistas y análisis funcional de la conducta. La intervención terapéutica consideró intervenir el estado de ánimo, afrontamiento de situaciones ansiógenas, durante 14 sesiones

se evidenció efectividad del tratamiento disminuyendo los síntomas encontrados durante el estudio de caso clínico.

1.2.3. Fundamentación teórica

La depresión es una de los trastornos más antiguos y frecuentes en la vida de las personas, se describe como un trastorno del estado de ánimo temporal o permanente caracterizado por sentimientos persistentes de tristeza, sentimientos de culpa, pérdida del interés, falta de disfrute por los acontecimientos de la vida cotidiana, abatimiento (Berrios, 2019). Los trastornos depresivos en algunos casos están acompañados de síntomas ansiosos (Corea, 2021).

La depresión entendida como un estado de ánimo se manifiesta con diferentes emociones y expresiones afectivas, en un estado normal la persona percibe que tiene el control sobre lo que siente, pero en los trastornos del estado de ánimo ocurre que esta sensación de control se pierde, generando malestar, las diferentes áreas de funcionamiento se vean afectadas, por lo que pueden comenzar a tener problemas a nivel de pareja, laboral, social, entre otras (Rosique y Sanz, 2015).

Beck et al., (2010) menciona que la depresión presenta algunas características para poder diferenciarla de otros trastornos. Suele presentar un conjunto de síntomas y conductas peculiares que lo hacen diferente a otros problemas mentales, generalmente tiene un desarrollo determinado. La depresión comienza con un grado medio de intensidad, alcanza su pico alto y luego disminuye su intensidad suele ser episódica, con períodos en que se da una ausencia en las que se pueden observar ausencia de síntomas.

En la misma línea la American Psychological Association (APA, 2017) la depresión está incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo, quienes tienen como característica común tristeza, irritabilidad o vacío existencial, presentan cambios tanto cognitivos como somáticos, que llegan a tal punto que afectan las áreas de funcionamiento de la persona,

generando gran malestar, sin embargo el trastorno de depresión persistente, son los que se asemejan más en su sintomatología, pero se diferencian en la aparición de los síntomas, la duración y la manifestación de estos .

Respecto al curso y desarrollo de la depresión, esta puede tener un inicio muy temprano, desde la infancia o adolescencia y puede deberse a muchos factores como un desequilibrio neuroquímico, trastornos de personalidad, lo que va a generar deterioro en la salud física, la interacción social, la vida de pareja, el área laboral, estudios, trabajo, generando un deterioro de la calidad de vida en las personas que la padece, (Ballesteros, 2018).

Aaron Beck quien ha desarrollado el modelo cognitivo de la depresión, donde sus inicios provienen de las bases psicoanalíticas, realizó trabajos experimentales con el fin de tener evidencias empíricas, buscaba demostrar que la hipótesis psicoanalítica en un paciente deprimido canalizaba su ira hacia sí mismo y disfrutaba del sufrimiento, los resultados obteniendo generaron un cambio en su postura teórica, Beck et al., 2010. Dentro de sus estudios realizados encontró que los pacientes depresivos tenían algo en común como los pensamientos negativos que generaban malestar emocional significativo, (Rosique y Sanz, 2015).

Los seres humanos van almacenada información desde los primeros años de su vida y forman conceptos sobre sí mismos, del mundo y de los demás, pero en este procesamiento aparecen distorsiones y errores cognitivos. En el caso de los pacientes deprimidos tienden a distorsionar sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa global, dentro de un amplio rango de distorsiones cognitivas negativas (Beck et al., 2010). Según los estudios realizados por Aaron Beck en la teoría cognitiva para depresión plantea que un paciente con depresión, tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, a esto se le llamo triada cognitiva, que está guiado por un esquema, que es un patrón cognitivo estable que tiene

la capacidad de distorsionar la información del sujeto y finalmente es mantenido por los errores en el procesamiento de la información (Beck et al., 2010).

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos. El primer componente está centrado en la visión negativa de sí mismo, donde el paciente se ve desvalido, torpe, atribuye sus experiencias como desagradables y considera que se debe a un defeco suyo y por ende carece de valor presentando sentimientos de inutilidad, críticas desfavorables, creyendo que carece de atributos esenciales para expresar alegría y felicidad, Beck et al., (2010). El segundo componente de la triada es la visión negativa del mundo, el sujeto interpreta sus experiencias de manera negativa, considerado que el mundo le hace demandas exageradas o que le presenta demandas difíciles de alcanzar. Dichas interpretaciones negativas se hacen evidentes incluso cuando pudieran hacerse alternativas positivas. En este sentido la persona puede darse cuenta que está tergiversando los hechos para que se ajusten a las conclusiones negativas que había formado (Beck et al., 2010). El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa del futuro. Cuando la persona hace proyectos de gran alcance, tiende a anticipar que las dificultades, sufrimientos, frustraciones, penas, fracasos los cuales continuarán frecuentemente y es inevitable poder cambiarlo (Beck et al., 2010).

Las personas depresivas estructuran sus pensamientos en patrones de procesamiento de la información (esquemas); estos determinan la organización sus experiencias, lo que predispone y vulnera las emociones, estos procesos explican porque los pacientes depresivos mantienen actitudes negativas a pesar de existir evidencias favorables. Estos esquemas pueden permanecer inactivos durante un largo tiempo, ser activados por inputs ambientales y determinar la manera de responder de forma distorsionada perdiendo el control voluntario. (Beck, 1985).

Las Creencias Intermedias son valoraciones, suposiciones y reglas, que se yuxtaponen unas a otras, es decir se valora una situación, se elabora hipótesis o suposiciones y nos

guiamos por normas o reglas. Las valoraciones son el elemento central para modificar ideas, encontramos en ellas el tremendismo, las necesidades y las expectativas de autoeficacia, las necesidades absolutistas y las expectativas negativas de autoeficacia ocasionan baja tolerancia a la frustración. (Beck et al., 2010). Las reglas son las normas que nos autoimponemos, estas nos llevan a utilizar estrategias compensatorias y si no la realizamos nos condenamos; así mismo que los supuestos negativos nos llevan a pensar que en caso no se realice alguna acción compensatoria, la creencia central se hace realidad.

Las Creencias Centrales o nucleares, es el nivel más esencial de las creencias, son generales, rígidas e implican una sobre generalización (Beck et al., 2010); estas constituyen en nuestros valores fundamentales y nuestra identidad; son afirmaciones globales acerca de sí mismo, del mundo, de la vida y de los demás; estas ideas negativas son poco realistas, las aceptamos como verdades absolutas a pesar de ser inexactas y disfuncionales. En los casos de depresión los esquemas se activan ante una situación específica generando manifestaciones negativas que interfieren de manera poco saludable en la vida de las personas. Toda cognición se distorsiona por los procesos de construcción de significados y por la eficiencia del procesamiento de la información, que luego interfieren en la conducta adaptativa. Los esquemas se forman desde la infancia, en situaciones de elevada carga emocional y reforzados por agentes o instancias creíbles y con autoridad, estos diseños con elevada carga emocional pueden sustituir a otros más adaptativos a través de un cambio cognitivo negativo (Beck, 1983).

Otro de los exponentes de la teoría cognitiva conductual es Albert Ellis desarrolló, la Terapia Racional Emotiva Conductual TREC, en donde todos los componentes deben ser tomados en cuenta, incluso considera que la actitud del terapeuta en la terapia debe ser activa y directiva, sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se

debatía y se cuestionaba sus pensamientos distorsionados que se creía eran los determinantes de sus síntomas.

Ellis y Grieger (1990) sostiene en su teoría, que las conductas disfuncionales como la depresión se puede explicar mediante el modelo ABC, conocido actualmente como el ABC emocional, donde A es el acontecimiento activado que puede ser una situación o un acontecimiento externo o interno, B representa el sistema cognitivo de creencias, pensamientos, recuerdos, supuestos, inferencias, actitudes, esquemas y C representa la consecuencia o reacción ante B, la cual puede ser emocional o conductual. Si B es disfuncional entonces causará un sufrimiento desproporcionado y no saludable. Esta teoría del A-B-C se completa con los elementos D y E, donde el componente D engloba los cuestionamientos y la discusión de las creencias sobre la validez y racionalidad de los pensamientos, y el componente E es el cambio logrado por el paciente que contiene un pensamiento más ajustado a la racionalidad.

En el caso que se está presentando corresponde al trastorno depresivo persistente que se caracteriza por presentar estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación de otra persona.

1.3. Objetivos

Objetivo general

- Disminuir la sintomatología depresiva del cuadro clínico de depresión persistente a través de la intervención cognitivo conductual.

Objetivos específicos

- Disminuir las distorsiones cognitivas, respuestas conductuales y emocionales negativas a través de la aplicación de Técnicas Cognitivo Conductual.
- Incrementar el repertorio conductual en habilidades sociales.

- Realizar un programa de actividades recreativas para mejorar el estilo y la calidad de vida del paciente.

1.4. Justificación

En el Perú los reportes de tratamiento son escasos, la mayor parte de los estudios se refiere a aspectos epidemiológicos y son pocos los estudios de casos con como la depresión persiste y la aplicación de la intervención cognitivo conductual.

En el trabajo académico se aprecia que la paciente presenta sentimientos de tristeza, melancolía, llanto constante, con dificultades para conciliar el sueño, dolores de cabeza. Además, presentaba animo depresivo, con sentimientos de culpa, dificultad para disfrutar de sus actividades diarias, para lo cual se realizó un programa de intervención cognitivo conductual, que permite al psicólogo establecer las estrategias y el uso de técnicas cognitivos conductual adecuadas al caso e ir gradualmente durante el proceso de tratamiento enseñándole al paciente a reducir la sintomatología depresiva e ir mejorando su estilo y calidad de vida y su crecimiento personal.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Los resultados que se obtiene de la Intervención Cognitivo Conductual (ICC) en el caso de depresión persistente, ayudaran a la aplicación del programa ICC en casos similares, a la vez compartir estrategias e intercambiar entre profesionales e instituciones especializadas la experiencia lograda.

La presentación del caso es un aporte valioso en el Área Clínica de la Psicología, en especial en casos de depresión persistente que ayudará a otros profesionales que trabajan con personas depresivas a integrar y optimizar la calidad en el tratamiento de la Intervención Cognitivo Conductual.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de diseño es experimental porque su fin es práctico y toma los conocimientos de la investigación básica para aplicarlos, con el objetivo de mejorar la calidad del fenómeno de estudio, (Kerlinger, 2002).

El diseño es experimental de caso único (Hernández, Fernández y Baptista, 2015). Diseño Univariable multicondicional A-B-A. De acuerdo con Kazdin (2001) diseño unicondicional A es la línea base (pre test), B la intervención cognitiva conductual, A línea base (post test).

Se cumplió con las cuatro fases de diseño que se indican a continuación:

Fase uno: Selección de la muestra

Paciente de sexo femenino, adulto de 22 años de edad, que viene a consulta por presentar sintomatología de cuadro clínico de depresión persistente.

Fase dos. Aplicación de los instrumentos

Administración de las pruebas psicológicas: la Escala de ansiedad de Beck, la Escala de depresión de Beck -DBI – II, Inventario clínico multifásico de Millón III (MCMI-IV).

Fase tres: Aplicación del programa cognitivo conductual

Aplicación del programa cognitivo conductual, consto de 22 sesiones, una vez por semana, con una duración de 60 minutos por cada sesión.

Fase cuatro: Análisis de resultados

Se realizó el post test de las pruebas psicológicas administradas en la fase II, el análisis de las mismas, se verifico la efectividad de la intervención cognitivo conductual en el caso de depresión persistente.

2.2. Variables de investigación

2.2.1. Variable independiente

Intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente.

2.2.2. Variable dependiente

Cuadro clínico de la depresión persiste.

2.3. Participante

Paciente de 22 años de edad, de sexo femenino procedente de la ciudad de Lima, su estado civil soltera, se encontraba en estudios superiores de administración. Es la primera vez que acudía a una terapia psicológica presentando signos y síntomas de un cuadro depresivos recurrente.

2.4. Técnicas e instrumentos

2.4.1. Técnicas

Psicoeducación: el profesional explica al paciente sobre conceptos fundamentales del cuadro clínico y del encuadre de tratamiento, también es adecuada para informar al paciente y sus familiares acerca del trastorno, sus factores desencadenantes y de mantenimiento, así como las distintas fases y estrategias terapéuticas para afrontar los síntomas que se presentan. Los beneficios de esta estrategia son: mejorar el conocimiento la actitud y conducta del paciente, lograr la alianza terapéutica, donde se consolida una relación de colaboración paciente-profesional, favorecer la adherencia al tratamiento y se acuerdan los objetivos en una relación de confianza mutua.

La Psicoeducación puede ser tanto pasiva como activa: pasiva se refiere a la entrega de materiales psicoeducativos, como libros, artículos, sugerencias de sitios web, folletos, etc. La activa está a cargo del profesional mediante sus intervenciones y es importante reforzarla a lo largo del tratamiento. Además, permite comprender y enfrentar los síntomas de una manera más funcional, genera cambios en la forma de procesar la información, modifica

interpretaciones catastróficas en relación a preocupaciones, situaciones y lugares, produce un mayor conocimiento y aceptación de uno mismo, motiva al conocimiento acerca del trastorno mejora del estado de ánimo.

Técnica de dominio y agrado: consiste en planificar con los pacientes una serie de actividades para ocupar su tiempo. El objetivo es contrarrestar la escasa motivación, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Además, mediante la valoración del dominio (grado de ejecución) y agrado (sentimientos de placer, diversión o alegría), de cada una de las actividades, se trabajan las creencias sobre inutilidad y pérdida del disfrute.

Asignación de tareas graduadas: es una técnica conductual muy utilizada en la terapia cognitiva de Aaron Beck para el tratamiento de los trastornos depresivos, se usa sobre todo en las primeras fases de la terapia, y/o cuando el paciente está muy deprimido, con objetivo de sacarlo del estado de apatía y abulia absoluta. El objetivo es restablecer el nivel de funcionamiento previo del paciente ante de la depresión. Podemos diferenciar tres fases: en la primera fase se encuentra la asignación de las tareas graduales, en esta fase se planifica con el paciente una serie de actividades o tareas graduales que debe ir desarrollando, primero se deberá registrar las actividades que realiza diariamente y su estado de ánimo. Después el terapeuta programará con él paciente las actividades orientadas a aumentar su nivel de actividad, su satisfacción y su sentimiento de logro, con el fin de que el paciente se sienta útil, ante tareas sencillas. Finalmente, las actividades se descompondrán en pasos más pequeños. (Bandura, 1986) señala que con esta estrategia se logra contrarrestar las creencias sobre generalizadas de incapacidad, permitiendo así, aumentar sus expectativas de autoeficacia.

Entrenamiento en asertividad: se centran en tres aspectos que son relevantes para los pacientes depresivos, la primera estrategia es la aserción positiva que se refiere a la expresión de sus sentimientos positivos, la aserción negativa es la segunda herramienta

conlleva la persona defender sus derechos e intereses y la última es las habilidades en conversación que lleva a iniciar, mantener y terminar una conversación de manera apropiada.

Técnicas de detención de pensamientos negativos: esta técnica consiste en interrumpir el pensamiento negativo, bien mediante el uso de una orden verbal (decirse a sí mismo “para” o “stop”) o bien a través de una autoestimulación negativa “pellizcarse”.

Entrenamiento en auto instrucciones: el objetivo es modificar el monólogo interno de los pacientes, de forma que las auto verbalizaciones negativas sean sustituidas por auto verbalizaciones positivas.

Reestructuración cognitiva (RC): es una de las técnicas cognitivo-conductuales más utilizada dentro del repertorio de procedimientos que dispone el terapeuta cognitivo-conductual. Consiste en que el paciente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que sean sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada ellos. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis, terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos.

Diálogo socrático: técnica donde el terapeuta cuestiona los pensamientos del cliente mediante preguntas para que así este tenga que reconsiderarlos. Además, el terapeuta entrena al cliente a formularse dichas preguntas y lo guía en la evaluación crítica de sus pensamientos para que sea el paciente quien lleve a prueba sus creencias, de este modo, nunca se pone en la boca del paciente lo que puede salir de él mismo.

Para utilizar el método socrático tiene los siguientes pasos: 1. Examinar las pruebas o datos acerca de un pensamiento negativo; 2. Examinar la utilidad de dicho pensamiento; 3. Suponer que es cierto lo que se piensa y luego (a. identificar qué pasaría y examinar las pruebas de esta nueva cognición, b. buscar qué se podría hacer para afrontarlo); 4. Extraer las conclusiones pertinentes tras el paso o pasos realizados. Cada uno de estos pasos será explicado a continuación, aunque conviene señalar que no todos han de ser aplicados necesariamente para cada pensamiento a reestructurar.

Técnica de Re-atribución: se emplea cuando el paciente atribuye, de forma poco realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal. El terapeuta y el paciente revisan los acontecimientos relevantes y aplicarán leyes lógicas a la información disponible, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda. Lo importante no es liberar al paciente de toda responsabilidad, sino definir los múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa. Conforme va ganando en objetividad, el paciente no sólo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino que además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas e incluso prevenir su ocurrencia futura.

Técnica de solución de problemas: el objetivo de esta técnica es afrontar los problemas de manera racional y no en forma emocional teniendo en cuenta las cinco etapas: la primera etapa: orientación del problema general, consiste en lograr que los pacientes acepten el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y de que es posible hacerles frente de forma eficaz. La segunda etapa: definición y formulación del problema, consiste en obtener información relevante sobre el problema, clarificar su naturaleza y establecer una meta realista de solución. La tercera etapa: buscar alternativas de solución, se trata de tener tantas soluciones alternativas como sea posible. La cuarta etapa: valorar las alternativas, se valoran las ventajas y desventajas de cada una de las alternativas

de solución. Finalmente, elegir una de ellas y ponerla en práctica, se selecciona la mejor alternativa y se pone en práctica, evaluando su efectividad (Caballo, 1997).

Refuerzo positivo: es un recurso que presentado inmediatamente después de que ocurra la conducta provoca que la frecuencia de que la misma aumente. Se trata de proporcionar algún tipo de recompensa o reconocimiento para propiciar que se repita el comportamiento deseado por parte del individuo.

Técnica de respiración diafragmática: es un tipo de respiración relajante cuyo musculo comprometido es el diafragma, que se encuentra debajo de las costillas y arriba del estómago, este tipo de respiración, logra que el estómago, en vez del pecho, suba y baje. Cuando los pulmones se llenan de aire el diafragma presiona hacia abajo y el estómago sube (se mueve hacia adelante). Cuando los pulmones se vacían de aire el diafragma vuelve a subir y el estómago baja (se mueve hacia adentro). El resultado es una respiración lenta, uniforme y profunda. Pasos:

- a. Póngase en una posición cómoda. Puede ser de pie, sentado o acostado boca arriba.
- b. Póngase una mano en el pecho y la otra en el estómago. La mano en su pecho no debe moverse. La mano encima de su estómago permitirá que sienta su estómago subir y bajar al respirar. Posición de las manos para la respiración diafragmática.
- c. Inhale por la nariz si puede, por 3 a 5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Permita que el estómago suba conforme el aire entra a sus pulmones.
- d. Exhale por la boca si puede por 3-5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Permita que su estómago baje conforme el aire sale de sus pulmones.
- e. Repita cada paso hasta que su cuerpo se sienta relajado.

Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson: se basa en el reconocimiento de que músculos del cuerpo se encuentran tensos para luego destensarlos. Durante la realización de esta técnica es importante emplear la técnica de respiración

diafragmática, tener una postura cómoda, estar sentado en una silla, con la espalda recta, los hombros relajados que permitan una alineación de la columna con la cabeza, esta técnica consta de tres fases:

La Primera fase, de tensión -relajación, sometidos de 10 – 15 segundos que consiste en tensionar y relajar diferentes músculos por ejemplo en los cuatro primeros grupos musculares.

-Rostro:

Frente: fruncir el ceño fuertemente y luego relajarlo lentamente.

Ojos: cerrarlos, apretarlos notando la tensión en los párpados y luego relaja lentamente

Labios y mandíbulas: Apretar los labios y mandíbulas para luego Relajar

-Cuello y hombro

Cuello: bajar la cabeza hacia el pecho, notando la tensión en el parte posterior del cuello y luego relajar volviendo la cabeza a la posición inicial.

Hombros: inclinar ligeramente la espalda hacia adelante llevando los codos hacia atrás, notando la tensión en la espalda. Relajar retornando la espalda a su posición original y reposando los brazos en las piernas.

Brazos y manos: con los brazos en reposo sobre las piernas, apretar los puños, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Para destensar, abrir los puños y reposar los dedos en las piernas.

- **Abdomen:** tensar los músculos del abdomen, metiendo barriga y luego, relajarlos lentamente.

- **Piernas:** consiste en estirar una pierna levante nado el pie y llevándolo hacia arriba y los dedos hacia atrás, notando la tensión en toda la pierna, relajar lentamente hasta poner el pie en el suelo, repetir con la otra pierna.

La segunda fase: Repaso mental, consiste en repasar mentalmente todos los grupos musculares y comprobar si están relajados de ser necesario relajarlos más.

La tercera fase: relajación mental que consiste en focalizar la atención en un estado de calma, se puede ayudar con la visualización de escenas agradables como campo, playa, sonidos, etc.

Los autorregistros, instrumentos mediante los cuales el propio sujeto afectado deja constancia de lo que le pasa, es útil para registrar y medir los pensamientos y las emociones, la relación existente entre los pensamientos, las emociones y la conducta y el análisis topográfico y funcional de las mismas. Identifica la conducta problema y busca la obtención de la línea base y el conocimiento de la variable dependiente para evaluar los efectos del tratamiento.

Registro de pensamientos Automáticos, se debe anotar la situación o hecho, los pensamientos, la emoción y la conducta emitida en esa circunstancia. Se entrena al paciente en su utilización, explicándole posteriormente la relación pensamiento-afecto-conducta, por tanto, la importancia de conocer los pensamientos automáticos en los momentos de perturbación emocional.

Instrumento de las tres columnas, el objetivo de entrenar al sujeto en la detección de las distorsiones más comunes, resulta muy útil para cuantificar los cambios en las respuestas emocionales y en los pensamientos del paciente; los propósitos son, incrementar la objetividad en cuanto a sus cogniciones, la relación que existe entre sus pensamientos negativos, sentimientos desagradables y conductas inadecuadas y la distinción entre una interpretación realista y la distorsionada.

Feedback, es una herramienta de comunicación interpersonal que nos permite manifestar a nuestros interlocutores, de manera verbal o no, el efecto que causan en nosotros sus palabras o acciones.

Unidad de medida subjetiva (SUD): Esta escala permite construir la jerarquía además de registrar los cambios en la ansiedad en diferentes situaciones, por ejemplo, estimar el grado de relajación, la intensidad en la que está experimentando las emociones, por ejemplo, la paciente debe realizar el registro del 1 al 10 cuanto es su tristeza, colera, ansiedad, etc.

Tareas utilizadas en el programa de tratamiento

Biblioterapia y recursos Tecnológicos: ha demostrado ser un instrumento eficaz, consiste en la lectura de un texto diseñado para facilitar la información de los distintos aspectos de la depresión. Hay investigaciones que evidenciaron una mejoría de los pacientes con depresión, sumado con la utilización de textos de autoayuda y guías, otro elemento es la utilización de sistemas interactivos como el teléfono, el internet con programas on-line de solución de problemas.

Prevención de recaídas, se analiza cuál ha sido la evolución del problema, desde el inicio hasta la finalización del tratamiento, se resumen las técnicas aprendidas a lo largo de las sesiones, se atribuye la mejoría tanto al tratamiento como al paciente, y se analiza el afrontamiento de posibles problemas futuros. Evaluación post test: En este momento de evaluación se obtienen las puntuaciones en el las pruebas psicológicas BDI y la BAI inmediatamente después de haber finalizado el tratamiento.

2.4.2. Instrumentos

Inventario de ansiedad de Beck, nombre original Beck Anxiety Inventory (BAI), Fue desarrollado por Beck en 1988 con un doble objetivo: medir la ansiedad de manera valida, confiable y discriminar de manera fiable los síntomas entre ansiedad y depresión (Beck et al., 2011). Este inventario es útil para valorar los síntomas somáticos de la ansiedad tanto en desordenes de ansiedad como en cuadros depresivos, los elementos de lo conforman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV; está compuesto por

21 ítems se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “en absoluto”, 1 a “levemente, no molesta mucho”, 2 a moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de todos los ítems (si en alguna situación se eligen 2 respuestas se considera solo la de mayor puntuación), el rango de puntuación 63, los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. Los puntos sugeridos de corte para interpretar el resultado son: 0-7 ansiedad normal; 8-15 ansiedad leve; 16 – 25 ansiedad moderada 26-63 ansiedad grave.

En cuanto a la Validez el instrumento tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en los diferentes grupos etarios. Los coeficientes de correlación r con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81. La confiabilidad de la prueba, posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), nombre original Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II), fue desarrollado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown, fue adaptado al español por Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de ID de Pearson Clinical and Talent Assessment España (Beck, et al., 2006). El inventario tiene como objetivo medir la severidad de depresión en adultos y adolescentes, a través de la evaluación de los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos en el Manual Diagnóstico y Estadísticos de trastornos Mentales Cuarta Edición (DSM-IV). Su administración es individual o colectiva, dura entre 5 o 10 minutos de los 13 años en adelante. Consta de 21 ítems cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido

varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-9, mínima depresión; 10-16, depresión leve; 17-29, depresión moderada; y 30-63, depresión grave.

Estudios realizados sobre la validación de la prueba indican que las puntuaciones procedentes del análisis de la estructura interna del instrumento, de su utilidad diagnóstica y de correlaciones con marcadores relevantes de los constructos de depresión y ansiedad (MCMI-II, LED, STAI y BAI). En cuanto a la confiabilidad las puntuaciones están relacionadas a con la consistencia interna, los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II.

Inventario Clínico Multiaxial de Millón II, es una prueba con forma de cuestionario auto aplicado de 175 ítems, verdadero, falso, organizados en 24 escalas, tiempo de administración 20 a 30 minutos, diseñado para su administración a adultos mayores de 18 años, con niveles medios de lectura. El MCMI se diseñó para la evaluación de estilos de personalidad patológicos, trastornos de personalidad y algunos de los principales síndromes clínicos de acuerdo con los criterios DSM-IV y la teoría de la personalidad de Millon. Contiene 11 subescalas que evalúan trastornos de personalidad clínicos (esquizoide, evitativa, depresiva, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva, compulsiva, pasiva-agresiva y autodestructiva; en el MCMI II desaparecen las escalas evitativa y depresiva y aparece una fóbica) y tres que evalúan trastornos graves de personalidad (esquizotípica, paranoide y límite). Además, tiene escalas para identificar trastornos de ansiedad, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol ya buso de drogas (en el MCMI-II se incluían otras tres de pensamiento psicótico, depresión mayor y delirios psicóticos). Se completa con medidas de validez, deseabilidad, alteración y sinceridad para una mejor valoración de cada caso.

El MCMI-III proporciona 24 puntuaciones (26 en el MCMI-II) que pueden organizarse en un perfil. Mediante una tabla de transformaciones, las puntuaciones obtenidas en las escalas se convierten en puntuaciones transformadas (diferenciadas según el género). Estas puntuaciones transformadas pueden interpretarse individualmente o estableciendo un perfil. Así, el rango de las puntuaciones transformadas va de 0 a 115. Puntuaciones entre 75 y 84 indican la presencia de rasgos, y mayores de 85 indican presencia de trastorno. Se puede corregir con la ayuda de un programa de ordenador que es facilitado con la prueba. Existen, igualmente, correcciones en red o por correo.

La validez de la prueba viene a apoyar la interpretación prevista en términos de puntos de corte. Se trata del estudio de la sensibilidad y la especificidad de la clasificación de los pacientes a través de su autoinforme respecto al criterio clínico. Hay que interpretar los resultados con precaución puesto que no son datos obtenidos de forma completamente independiente, pero los resultados muestran valores de sensibilidad y especificidad que, con no ser excelentes, sí son acordes con el consejo que se da en el manual de utilizar los resultados del MCMI-IV de forma complementaria con otras informaciones disponibles sobre la persona. En cuanto a la confiabilidad de consistencia interna, los resultados son buenos y basados en una muestra grande.

2.4.3. Evaluación psicológica

Historia Psicológica

Datos de filiación

Nombre y Apellidos : Gianella R.G

Edad : 22 años

Lugar y fecha de nacimiento : Lima, 07 junio 1999

Lugar de residencia : Lima

Grado de instrucción : Superior

Ocupación : Estudiante de IV ciclo
Estado civil : Soltera
Lugar de entrevista : Consultorio privado
Fecha de entrevista : 27 de diciembre del 2019

Problema Actual. Gianella, acude a consulta y refiere “hace 6 meses desaprobé dos cursos de siete en la universidad, porque a mitad del ciclo me cambiaron de docente al cual no lograba comprender su metodología, desde ese entonces me siento triste, melancólica, lloro con facilidad, en ocasiones me molesto sin razón alguna, se hace difícil aceptar que desaprobé, no puedo dormir, doy vueltas en la cama y no logro conciliar el sueño, amanezco con dolor de cabeza, cansada, sin ganas de hacer nada. Me siento culpable veo a mis padres trabajar duro para darme educación, pienso que los he decepcionado, aunque no me lo digan, es por eso que últimamente ya no comparto con ellos la mesa como lo hacía antes, prefiero comer en mi cuarto sola para evitar que me pregunten por que estoy así. En la universidad se me hace difícil concentrarme en las clases, todo me parece aburrido, me pongo a pensar “...si jalo otra vez, no voy a terminar la carrera, no soy buena para estudiar, no sirvo para nada, ni para sacar buenas notas”, me he alejado mucho más de mis amistades, la mayor parte del tiempo estoy sola y prefiero no hablar. Esta situación se ha ido incrementando cada vez mas y ya no se que hacer para salir de esta situación”.

La madre refiere “mi hija ha cambiado mucho desde que desaprobó los cursos en la universidad a pesar de que en esta oportunidad no le hemos dicho nada al respecto, desde que hubo el cambio de docente ella nos comentaba su molestia y evitábamos estresarla, sin embargo, ya no es la misma, no conversa con nosotros, se alejado de sus amigos, ellos le llaman para salir, pero no ella no quiere, prefiere estar en casa encerrada en su cuarto, y eso es lo que preocupa. Pero no es la primera vez que le pasa antes cuanto tuvo que dejar de

trabajar para dedicarse a sus estudios también paso por algo similar, pero como fue poco tiempo no le tomamos importancia”.

Desarrollo cronológico del problema. A los 11 años recuerda que sacó una baja calificación y su madre le hablo molesta diciéndole: “debes sacar siempre buenas notas y ser la mejor de la clase, sacar de 17 para arriba, porque a través de ello se ganaba el respeto y el cariño de los demás”, en ese momento recuerda que se sintió triste, no recibió el almuerzo, bajo la cabeza y se fue llorando a su habitación, pensó... “nadie me va querer si saco malas notas”. Por la noche recuerda que su padre se acercó y le dijo que no se preocupará que debe estudiar más para el próximo examen y le dio un abrazo que logró calmarla un poco. Al día siguiente fue donde su maestra y le comento lo sucedido y ella le dijo: “no te preocupes solo es una baja nota, no estas desaprobada, siempre sacas notas altas, esto no afectará tu promedio, pero que debe estudiar para el siguiente examen”, luego de ello logró sentirse mejor y continuo con sus activadas. Desde ese entonces menciona que no recuerda a ver pasado algo parecido porque siempre se ha esforzado por destacar en clase y en sacar notas altas.

A los 19 años tuvo su primer enamorado con el cual tuvo una relación de 2 años, menciona que siempre la trato con respeto, estaba al pendiente de ella, pero dos meses antes de terminar menciona: “él se mostraba diferente, ya no la llamaba como antes, a veces no pasaba por mí para ir al colegio, le preguntaba por qué estaba así conmigo, él me decía que no pasaba nada, que todo estaba bien, pero un día mis amigas me dijeron que lo habían visto besándose con otra persona, yo no les creí, pero cuando se lo pregunte no me lo negó, me dijo que era verdad, que ya no sentía lo mismo por mí, que no me lo dijo para no hacerme daño”. “Al saber eso me sentí, molesta, le di una cachetada y me fui llorando al baño, me costaba mucho creer lo que estaba pasando, decía: porqué a mí, si yo lo quería, que hice mal, no podía dormir pensando en su traición, solo quería estar en mi cuarto sola sin hablar con nadie, era fin de semana”. Su madre al ver que no compartía con ellos las comidas y con los ojos lloroso le pregunto porque

esta así... y le contó lo que me estaba pasando, ella le dijo: que no valía la pena llorar por alguien que no la supo valorar, que se dedique a estudiar, a ser la mejor de su aula, eso es lo más importante y que nadie se lo va a quitar. Sus amigas y su familia siempre estaban con ella y eso le ayudo a superar esta decepción amorosa. Aunque desde ahí no ha tenido enamorado, menciona que decidió dedicarse solo a estudiar.

A los 20 años dejó de trabajar porque no le daba tiempo suficiente para estudiar, esto se vio reflejado en sus notas, sus padres le dijeron de debería dedicarse a sus estudios que son lo más importante... refiere "mi madre me dijo que no tenía necesidad de trabajar, que ellos me estaban pagando los estudios sin problema porque mi hermano ya había terminado". Esta situación le generó manifestando tristeza, llanto, colera, frustración, pensamientos como "no pueda hacer nada bien, ya no quiero que mis padres gasten dinero en mí, ya están mayores".

A los 22 años Gianella presenta tristeza, desgano e irritabilidad frustración, así como llanto constante (diariamente), suele presentar poca motivación para realizar sus actividades, tiene poca energía, dificultad para disfrutar de sus actividades. Esto sucede cuando recuerda que desaprobó dos cursos en el tercer ciclo en la universidad, cuando le cambiaron de docente a mitad de siglo, lo cual generó que no entienda bien las clases, por lo que las notas empezaron a bajar, esto lo ha llevado a pensar en "que será de mí, soy un fracaso, nada me sale bien, soy una inútil, nunca podré hacer nada bien, no soy buena para estudiar, no sirvo para nada, ni para sacar buenas notas, me siento culpable, porque mis padres hacen el esfuerzo para darme educación y pienso que los he decepcionado, aunque no me lo digan". Esto también sucede cuando llega a la universidad, ve a sus amigos de salón, y piensa "me da vergüenza hablar con mis amigos, que van a pensar de mí, por ello ya no habla con ellos, los evade, suda, se ruboriza, el corazón late más rápido. Estas manifestaciones se han incrementado las últimas dos semanas por que ya está cerca los exámenes parciales y cree que otra vez va desaprobar.

Historia personal

Desarrollo inicial. Gianella fue una hija planificada y deseada por ambos padres, durante el proceso de gestación no hubo mayor complicación por lo que la madre no dejó de trabajar durante el embarazo, tuvo el apoyo de la familia, aunque menciona que su hijo mayor esperaba que sea varón para poder jugar con él. Durante su desarrollo de maduración mantuvo la cabeza erguida y se sentó a los 6 meses, gateó a los 10 meses aproximadamente, caminó al año dos meses, emite sus primeras palabras a los 6 meses y emite oraciones completas a los 2 años aproximadamente, el control de esfínteres se dio a los 2 años y medio aproximadamente.

Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia. cuando sus padres no le daban lo que quería hacía rabietas y se tiraba al piso hasta que le dieran lo que ella deseaba, generalmente el padre era el que cedía con facilidad. Gianella refiere: “mi padre cuando yo pedía algo, siempre me lo daba, pero mi madre algunas veces me lo daba y en otras no, entonces me tiraba al suelo, gritaba, insistía, jaloneaba a mi mamá de su ropa hasta que lograba en algunos casos mi objetivo y ella me daba lo que quería y en otros me castigaba gritándome, no me dejaba ver mi programa favorito y en ciertas ocasiones físicamente con palmadas o jalón de orejas”. En ocasiones dormía con las luces prendidas porque tenía miedo que venga un fantasma o un ladrón y le asuste, Gianella refiere “lloraba mucho, mi madre me decía con vos fuerte, tienes que ser valiente, no pasa nada, ya te dicho muchas veces, pensaba que no me quieren”, en acciones “mi padre se quedaba conmigo hasta que me durmiera, sentía que el sí me quería”.

Actitudes de la familia frente al niño. Durante la niñez los padres siempre se preocupan por ella, sobre todo su madre quien estaba siempre pendiente de las altas notas que debe sacar y si en alguna ocasión sacaba baja calificación la resondaban, diciéndole “estudia, para eso te mando al colegio, si no estudias nadie te va a querer, ni respetar, esto

hacía que ella se sienta mal, lloraba, pero luego se le pasaba y continuaba con sus estudios. Refiere... “pienso que durante mi infancia a mi madre no le importaba lo que me pasaba, cuando le decía que tenía miedo por las noches, pero mi papá si me entendía, siempre me escuchaba, estaba ahí para calmarme”. La relación con su padre fue buena, menciona “él si me entendía, siempre me escuchaba, estaba ahí para calmarme cuando tenía miedo, o cuando mi mamá me gritaba, en algunas ocasiones discutían por mi culpa”. La madre refiere que la actitud de la niña frente a la familia siempre fue alegre, traviesa, buscaba estar entretenida en algo. La familia siempre la protegía diciéndole “ten cuidado, te puedes caer”. La relación con su hermano mayor refiere “mi relación con él es buena no tengo ningún conflicto”, es quien lo cuida y aconseja cuando se lo pide.

Educación. A los 11 años recuerda que sacó una baja calificación y su madre le dijo que debe sacar siempre buenas notas y ser la mejor de la clase ganarse el respeto y el cariño de los demás, en ese momento lloro mucho y se sintió mal por ello, pero luego de unos días le pasó. Desde ese entonces no recuerda a ver pasado algo parecido porque siempre se ha esforzado por destacar en clase. En secundaria no tuvo mayor problema, paso sus materias con altas calificaciones entre (18- 19-20). En sus estudios superiores desaprobó dos cursos de 7 generándole sintomatología depresiva en la cual se encuentra actualmente.

Trabajo. Trabajó en una empresa como asistente a los 20 años, ella quería independizarse de la familia y pagar sus gastos, pero dejó de trabajar porque no le daba tiempo para cumplir con las actividades académicas, su familia le dijo que dejara de trabajar y se dedique más a sus estudios por que veían se estaba descuidándose, esto le generó sentimientos de tristeza, frustración, pero con el apoyo de su familia logro superarlo y seguir a delante con sus estudios.

Vida psicosexual. A los 19 años tuvo su primer enamorado con el cual tuvo una relación de 2 años, luego terminó con él porque sus amigas le dijeron que lo habían visto

besándose con otra persona. Esto hizo que se sienta triste, lloraba mucho diciendo “porqué a mí, si yo lo quería, estuvo así por una semana, pero luego le conto a su medre y ella le dijo que no valía la pena llorar por alguien que no la supo valorar, por otro lado, sus amigas siempre estaban con ella y eso le ayudo a superar esta decepción amorosa. Aunque desde esa oportunidad no ha tenido enamorado, refiere que decidió dedicarse solo a estudiar.

Antecedentes psicopatológicos. Ninguno de considera

Historia familiar. Roberto es el padre de Gianella tiene 52 años de edad, es Economista, la relación entre ellos es cordial menciona que desde pequeña siempre fue cercana, tienen una buena comunicación, es afectivo y comprensivo siempre buscaba apoyarla en el cumplimiento de sus objetivos. Marta es su madre tiene 49 años de edad es Contadora, la relación entre ellas es cercana, aunque considera que desde pequeña siempre fue estricta con ella, buscaba que haga lo correcto y cumpla con todas las tareas a tiempo, en ocasiones me llamaba la atención cuando no lo cumplía como ella quería, sobre todo en la parte académica, “ella es en un poco renegona y quien pone las normas en casa”. Fernando es el hermano mayor tiene 28 años de edad es Ing. Ambiental la relación con su hermano mayor refiere “mi relación con él es buena no tienen ningún conflicto, es quien lo cuida y aconseja cuando se lo pide.

2.4.4. Evaluación psicométrica

Informe del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Datos de filiación

Apellidos y Nombre	:	Gianella
Edad	:	22 años
Estado Civil	:	Soltera
Grado de instrucción	:	Superior
Ocupación	:	Administración

Lugar de Procedencia : Lima
Psicóloga : Liset Alarcón Delgado
Fechas de evaluación : 03 de enero del 2020

Instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Inventario de ansiedad de Beck

Resultados

- Puntaje: 23 puntos
- Ansiedad moderada

Interpretación de los resultados

Gianella presenta un nivel de ansiedad moderada, presentando los siguientes síntomas: latidos fuertes del corazón, temblor en las manos y piernas, miedo, nerviosismo. Estos síntomas le generan malestar y afecta su desenvolvimiento cuando esta frente a sus amigos ya que se avergüenza y teme ser rechazada, también suele presentarse la sintomatología fisiológica cuando esta frente a un examen lo que limita desarrollarse satisfactoriamente.

Recomendaciones

- Iniciar un tratamiento especializado para reducir los síntomas y evitar que se incremente su intensidad y genere mayores complicaciones a futuro.
- Interconsulta a Psiquiatría

Informe Psicológico del Inventario de Depresión de Beck (DBI)

Datos de filiación

Apellidos y Nombre : Gianella
Edad : 22 años

Estado Civil : Soltera
Grado de instrucción : Superior
Ocupación : Administración
Lugar de Procedencia : Lima
Psicóloga : Liset Alarcon Delgado
Fecha de evolución : 03 de enero del 2020

Instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Inventario de depresión de Beck

Resultados

- Puntaje: 27 puntos
- Depresión moderada

Interpretación de los resultados

Gianella evidencia un estado de depresión moderada presentando los siguientes síntomas: sentimientos de tristeza la mayor parte del tiempo, no disfruta de las cosas como lo hacía antes, tiene sentimientos de culpa, llanto constante, irritabilidad, pérdida del interés por las cosas, le cuesta tomar decisiones como lo hacía antes, se cansa con facilidad, quedándose dormida la mayor parte del día, apetito disminuido. Todos estos síntomas le generan dificultades para hacer su vida como antes, suele criticarse a sí misma, ya que, aún le falta terminar sus carrea universitaria.

Recomendaciones

- Iniciar un tratamiento especializado para el cuadro clínico de la depresión persistente.
- Interconsulta a Psiquiatría.

Informe del Inventario Clínico Multiaxial de Millón II

Datos de filiación

Nombre	:	Gianella
Edad	:	22 años
Grado de instrucción	:	Superior
Ocupación	:	Administración
Lugar de Procedencia	:	Lima
Psicóloga	:	Liset Alarcón Delgado
Fecha de evaluación	:	10 de enero del 2020

Instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica
- Inventario clínico multiaxial de Millon-II

Resultados

- Patrones clínicos de personalidad:
- Evitativa: 90 puntos
- Autoderrotista: 79 puntos

Interpretación de los resultados

En la escala de personalidad se demuestra que la prueba fue válida y que contestaba con sinceridad. En los patrones clínicos de personalidad se ubica en patrón evitativo con un indicador elevado de 90; en el patrón clínico de auto derrotista obtiene un indicador moderado de 81. No se evidencia patología severa de personalidad, ni síndromes clínicos ni síndromes severos. Gianella suele estar vigilante por miedo a un descontrol de impulsos y el anhelo de afecto, lo que provoca pensamientos repetidos de dolor y sensación de sufrimiento experimentado en otras ocasiones, razón por la cual hace lo posible para negar estos sentimientos y evita mantener una distancia interpersonal. En la escala auto derrotista nos

indica que la manera de relacionarse con las personas le generan pensamientos de victimización y piensa que los demás la explotan y se aprovechan de ella y para integrar su dolor y angustia recuerda activa y repetidamente resultados problemáticos. Su comportamiento es pasar desapercibida evidenciando pocos refuerzos positivos de los demás como de sí misma, y suele recordar con frecuencias sus fracasos.

Recomendaciones

- Iniciar un tratamiento especializado para el cuadro clínico de la depresión persistente.
- Consejería a la familia.

Registro para la línea base

En el registro de frecuencia de pensamientos del paciente para la línea base se observa en el registro de frecuencias de pensamientos que “soy un fracaso “se repite 58 veces a la semana, “nada me sale bien” 56 veces, “soy una inútil” 54 veces, “nunca podré hacer nada bien” 54 veces , “no soy buena para estudiar” 58 veces, “no sirvo para nada, ni para sacar buenas notas” 59 veces “me siento culpable por lo sucedido” 61 veces, “Que van a decir mis amigos me da vergüenza hablar con ellos” 49 veces, soy una tonta 54 veces, “nunca podre cambiar las cosas, este será mi destino” se repite 61 veces, se observa pensamientos irracionales de alta frecuencia. (ver anexos tabla 27)

En el registro de frecuencia e intensidad de las emociones de la paciente en la línea base se evidencia que la emoción de tristeza tiene una frecuencia de 58 en la semana, así como una intensidad de 9 como promedio; irritabilidad tiene una frecuencia de 56 en la semana y una intensidad de 8; frustración tiene una frecuencia de 58 en la semana y una intensidad de 8; frustración tiene una frecuencia de 54 en la semana y una intimidad de 8; vergüenza tiene una frecuencia de 58 y una intensidad de 9; culpa tiene una frecuencia de 62 y una intensidad de 9; miedo tiene una frecuencia de 47 y una intensidad de 8 en promedio. (ver anexos tabla 28)

En el registro semanal de frecuencia y duración de conductas de la paciente para establecer línea base se evidencio, que la frecuencia de llorar era de 34 veces en la semana y la cantidad de horas era de 13, evadir a los compañeros 50 veces a la semana y la cantidad de horas era de 1h 30 minutos, quedarse en su habitación 54 veces a la semana y la cantidad de horas fue de 55. (ver anexos tabla 29)

En el registro semanal de manifestaciones fisiológicas se evidencia la frecuencia del dolor de cabeza fue de 6 la falta de concentración fue de 7, el hipersomnio fue de 7, la disminución del apetito fue de 6, la sudoración fue de 6, la robotización del rostro fue de 6 y el aumento de la frecuencia cardiaca fue de 6. (ver anexos figura 4)

2.4.5. Informe psicológico integrador

Informe Psicológico

Datos de filiación

Apellidos y Nombre	:	Gianella
Edad	:	22 años
Estado Civil	:	Soltera
Grado de instrucción	:	Superior
Ocupación	:	Administración
Lugar de Procedencia	:	Lima
Psicóloga	:	Liset Alarcón Delgado

Instrumentos psicológicos aplicados

- Entrevista psicológica
- Inventario de ansiedad de Beck
- Inventario de depresión de Beck
- Inventario clínico multiaxial de Millom II

Interpretación de los resultados

En el inventario de ansiedad de Beck obtiene 23 puntos que la ubica en un nivel de ansiedad moderada, presentando los siguientes síntomas: latidos fuertes del corazón, temblor en las manos y piernas, experimenta temor, piensa que no le ira bien en el futuro, siente desconfianza de sí misma, se anticipa a los hechos. Estos síntomas le generan malestar y afecta su desenvolvimiento cuando esta frente a sus amigos ya que se avergüenza y teme ser rechazada, también suele presentarse la sintomatología fisiológica cuando esta frente a un examen lo que limita desarrollarse satisfactoriamente.

En el inventario de depresión de Beck Gianella obtiene un puntaje de 27, la ubica en un nivel de depresión moderada presentando los siguientes síntomas: sentimientos de tristeza la mayor parte del tiempo, no disfruta de las cosas como lo hacía antes, tiene sentimientos de culpa, llanto constante, irritabilidad, perdida del interés por las cosas, le cuesta tomar decisiones como lo hacía antes, se cansa con facilidad, quedándose dormida la mayor parte del día, apetito disminuido. Todos estos síntomas le generan dificultades para hacer su vida como antes, suele criticarse a sí misma, ya que, aún le falta terminar sus carrea universitaria.

En la escala de personalidad se demuestra que la prueba fue valida y que contestaba con sinceridad. En los patrones clínicos de personalidad se ubica en patrón evitativo con un indicador elevado de 90; en el patrón clínico de auto derrotista obtiene un indicador moderado de 81. No se evidencia patología severa de personalidad, ni síndromes clínicos ni síndromes severos. Gianella suele estar vigilante por miedo a un descontrol de impulsos y el anhelo de afecto, lo que provoca pensamientos repetidos de dolor y sensación de sufrimiento experimentado en otras ocasiones, razón por la cual hace lo posible para negar estos sentimientos y evita mantener una distancia interpersonal. En la escala auto derrotista nos indica que la manera de relacionese con las personas le generan pensamientos de victimización y piensa que los demás la explotan y se aprovechan de ella y para integrar su

dolor y angustia recuerda activa y repetidamente resultados problemáticos. Su comportamiento es pasar desapercibida evidenciando pocos refuerzos positivos de los demás como de sí misma, y suele recordar con frecuencias sus fracasos.

Presunción diagnóstica

Gianella presenta un patrón de personalidad de tipo evitativo lo que le lleva a estar vigilante por miedo a perder el control, tiene pensamientos repetitivos de dolor, en ocasiones evita el contacto interpersonal por temor a ser juzgada. Tiene indicadores de personalidad auto derrotista, suele recordar de forma repetitiva sus experiencias negativas lo que le genera dolor y angustia, piensa que los demás la explotan y se aprovechan de ella, en lo posible trata que su comportamiento pase desapercibido para no sentirse devaluada por las demás personas, situación que le hace recordar con frecuencias sus fracasos académicos y laborales.

Presenta un cuadro de ansiedad moderada siendo la sintomatología significativa como: aceleración del ritmo cardiaco, sudoración, miedo, inquietud, inseguridad, inestable cuando va tomar una decisión importante o hablar con sus pares.

Presenta un cuadro de depresión moderada siendo la sintomatología más significativa: sentimientos de tristeza la mayor parte del tiempo, no disfruta de las cosas como lo hacía antes, sentimientos de culpa, llanto constante, irritabilidad, perdida del interés por las cosas, le cuesta tomar decisiones como lo hacía antes, se cansa con facilidad, esto sucede cuando recuerda sus experiencias de fracaso.

Tabla 1

Diagnóstico funcional

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> Llorar cuando se encuentra sola, acompañado de pensamiento de auto reproche 	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de las habilidades para comunicarse de forma 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de interés por realizar

- Vergüenza cuando vea a sus amigos del salón
 - Sudoración cuando ve a sus amigos acercarse
 - Vergüenza al tener que participar de la mesa familiar, optando por comer en su habitación.
 - Tristeza 9/10, irritabilidad 8/10, culpa 8/10, frustración (8/10), vergüenza (9/10), dificultada para concentrarse.
 - Llanto, dolor de cabeza, palpitaciones, enrojecimiento facial, disminución del apetito, hipersomnio.
- asertiva
- actividades de ocio.
- Disminución de las habilidades para para solucionar los problemas.
 - Disminución de las habilidades para controlar el estrés.

Pensamientos de:

- “que será de mí”
- “soy un fracaso, nada me sale bien”
- “soy una inútil, nunca podré hacer nada bien”
- “no soy buena para estudiar”
- “no sirvo para nada, ni para sacar buenas notas”

- “me siento culpable porque mis padres hacen el esfuerzo para darme educación y pienso que los he decepcionado, aunque no me lo digan”.
- “Esto también sucede cuando llega a la universidad, ve a sus amigos de salón, y piensa “me da vergüenza hablar con mis amigos, que van a pensar de mí”.

Tabla 2*Análisis funcional de la conducta*

Estímulo	Conducta	Estímulo consecuente
antecedente		
Externos:	Fisiológico:	Externo:
- Cuan sus padres le preguntan cómo esta	Hipersomnio disminuido, dolor de cabeza, dificultad para concentrarse,	- La madre le lleva la comida a su habitación. (refuerzo positivo)
- Llegar a la universidad	sudoración, aceleración de la frecuencia cardiaca, roboración facial	- Evade a los amigos (refuerzo negativo).
- Ver a los compañeros de la universidad dirigiéndose	Cognitivo: “soy una inútil”, “no soy buena para estudiar”, “no	Interno: - “...Nunca podré hacer nada bien, no soy capaz de hacerlo”. - “...Siempre me ira mal”.

hacia ella. sirvo para nada, ni para sacar buenas notas”, “me siento culpable”, “me da vergüenza hablar con mis amigos, “soy una tonta”, “creo que no puedo cambiar las cosas, este será mi destino”

Internos:

- Recordar los cursos desaprobados en la universidad.

Emocional:

Tristeza (9/10), irritabilidad (8/10), Anhedonia, Frustración (8/10), Vergüenza (9/10), culpa (9/10)
Miedo (8/10)

Motor:

Llanto
Se encierra en su cuarto la mayor parte del tiempo.
Come en su habitación

Tabla 3

Diagnóstico cognitivo

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
• Al pensar en	• “soy un fracaso, nada	• Tristeza 9/10

- | | | |
|------------------|---------------------------|------------------------------------|
| los cursos | me sale bien” | • Irritabilidad 8/10 |
| desaprobados | • “soy una inútil, nunca | • Encerrarse en el cuarto y llorar |
| en la | podré hacer nada bien” | |
| universidad | • “no soy buena para | |
| | estudiar” | |
| | • “no sirvo para nada, ni | |
| | para sacar buenas | |
| | notas”. | |
| • Al encontrarse | • “me da vergüenza | • vergüenza 9/10 |
| con las | hablar con mis | • Tristeza 9/10 |
| compañeras de | amigos, que van a | • Los evade, no les habla. |
| salón. | pensar de mí”. | Empieza a sudar, se ruboriza. |
| • Pensar en el | • “me siento culpable | • Tristeza 9/10 |
| esfuerzo que | porque mis padres | • Vergüenza 9/10 |
| hacen sus | hacen el esfuerzo para | • No comparte la mesa con la |
| padres para | darme educación”, | familia, prefiere comer en su |
| pagarle la | “los he decepcionado, | habitación |
| universidad. | aunque no me lo | |
| | digan”. | |
-

Diagnóstico Psicológico

Según el DSM- V el Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1) En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV:

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnía, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas del Trastorno depresivo persistente (distimia) más de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

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

Recomendaciones

- Iniciar un tratamiento especializado mediante una intervención cognitiva conductual para el cuadro clínico de la depresión persistente.
- Interconsulta y seguimiento en psiquiatría.
- Consejería a la familia para lograr un apoyo exitoso en el tratamiento.

2.5. Intervención

2.5.1. Plan de intervención y calendarización

Se presentan las sesiones terapéuticas para el cuadro clínico de depresión persistente, trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, con las técnicas como: psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en técnicas de relajación, auto instrucciones, técnicas de asertividad, solución de problemas, técnicas de dominio y agrado, adaptadas al caso clínico abordado. El tratamiento fue de 20 sesiones, con una duración de 60 minutos con una duración de cinco meses desde el 10 de enero del 2020 hasta el 13 de marzo del mismo año las sesiones fueron presenciales (11 sesiones) y desde el 15 de marzo hasta el 8 mayo sesiones fueron virtuales (9 sesiones) se tuvo en consideración las normas de salud vigentes en el contexto COVID-19 así como del estado de emergencia sanitaria. Estos procedimientos y actividades fueron registrados en tablas estadísticas de frecuencia e intensidad. En una sesión participo la mamá para obtener datos de la historia psicológica.

2.5.2. Programa de intervención

Objetivos

Objetivo general:

- Disminuir la sintomatología depresiva a través de un programa de intervención cognitivo- conductual.
- Lograr un afrontamiento satisfactorio en las diferentes áreas de su vida.

Objetivos específicos:

- Informar a través de la psicoeducación a la paciente sobre su problemática desde la perspectiva cognitivo -conductual.
- Reducir la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas fisiológicos, a través de la aplicación de técnicas de relajación.
- Identificar los pensamientos distorsionados, reestructúralos, y sustituir los pensamientos negativos por otros saludables.
- Incrementar el nivel de actividad a través de asignación de tareas graduales, y ensayo conductual.
- Entrenar en la técnica de auto instrucciones, autor refuerzo, entrenamiento en asertividad.

Tabla 4*Sesión 1 psicoeducación*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> • Empatía y establecer la alianza terapéutica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. Se realiza la explicación del procedimiento de la intervención terapéutica, beneficios y alcances. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer horario semanal de las sesiones y las reglas de las mismas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación: depresión y la intervención cognitiva conductual. • Firma del contrato Terapéutico 	
<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de la relación entre pensamiento, emoción y conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback: Reforzar la información brindada en la Psicoeducación. 	

Tabla 5*Sesión 2 psicoeducación*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> • Motivar al paciente • Lograr que la paciente identifique la relación entre pensamiento, emoción y conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación: relación entre pensamientos, emociones y conducta. • Enseñar el registro de la autoobservación: elaboración del listado de síntomas y su registro: intensidad, duración, frecuencia, escala de SUD • Feedback: 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarea para casa: Registro de síntomas durante la semana.

Tabla 6*Sesión 3 psicoeducación*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el mantenimiento de las conductas a través de los reforzadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la tarea auto registro • Realizar el análisis funcional de las conductas problemas. • Psicoeducación: explicar reforzamiento positivo y negativo y el mantenimiento de sus conductas depresivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarea para casa: Registro de actividades diarias que realiza durante la semana. • Practicar autoreforzamiento

- Enseñar el Auto reforzamiento
- Entrenamiento en registro de actividades diarias.
- Feedback

Tabla 7

Sesión 4 modelo ABC y actividades agradables

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la relación entre actividad y estado de ánimo. • Identificar la relación funcional entre situación, reforzamiento, emoción y conducta. • Reconocer los pensamientos que mantienen la depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la tarea registro. • Programación de actividades positivas y gratificantes con el paciente. • Enseñar modelo ABC a través del registro de columnas paralelas. • Psicoeducación: pensamientos automáticos de la depresión y el mantenimiento de conductas actuales. • Feedback 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarea para casa: Registro ABC • Practicar las técnicas de relajación • Videos

Tabla 8*Sesión 5 técnicas para el manejo de la ansiedad*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> Promover la actividad conductual planificando actividades de agrado y dominio. Lograr que el paciente aprenda a relajarse ante situaciones que le produzcan ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisar el registro de actividades diarias; análisis y programación de actividades positivas y gratificantes con el paciente. Enseñar la técnica de respiración diafragmática (explicación, modelado y práctica). Enseñar la técnica de relajación progresiva de Jacobson (parte 1) Feedback: 	<ul style="list-style-type: none"> Tarea para la casa: Registro de pensamientos automáticos de la depresión. Registro de actividades que le produzcan agrado. Practicar las técnicas de relajación.

Tabla 9*Sesión 6 distorsiones cognitivas*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> Incrementar las actividades saludables Conocer las 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas. Asignación y elección de tareas graduadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Tarea para la casa: Registro de distorsiones cognitivas.

- distorsiones cognitivas y a fin de disminuirlas
- Análisis de los pensamientos negativos, para su detección por el paciente, significados personales.
 - Identificación y clasificación de distorsiones cognitivas con ejemplos (Ficha de distorsiones cognitivas).
 - Técnica de relajación muscular progresiva (parte 2).
 - Feedback:
- Practicar la relajación, actividades agradables elegidas en sesión y auto instrucciones.
 - Biblioterapia: en internet aspectos cognitivos y conductuales de la depresión

Tabla 10*Sesión 7 reestructuración cognitiva*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar y mantener actividades saludables 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar las tareas de la sesión anterior. • Auto reforzamiento de actividades saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> •Tarea para la casa: Registro de distorsiones cognitivas ABCDE. •Practicar las técnicas de

<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración pensamientos distorsionados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jerarquizar actividades agradables 	<ul style="list-style-type: none"> • relajación, actividades agradables elegidas en sesión y auto instrucciones.
<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que aprenda a relajarse ante situaciones que le produzcan ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debate ABCDE • Técnica reestructuración cognitiva: diálogo socrático • Psicoeducación: técnica de Auto instrucciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biblioterapia: en internet aspectos cognitivos y conductuales de la depresión.

Tabla 11

Sesión 8 evento fortuito

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> • Atender a las demandas de la consultante en ese momento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del registro de ABCDE. • Paciente tuvo una discusión con su madre lo cual le genero una crisis de angustia. Se atendió a los requerimientos y se postergo la sesión programada para la siguiente semana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con las técnicas de relajación, actividades agradables, registro de pensamiento negativo.

Tabla 12*Sesión 9 reestructuración cognitiva*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> Incrementar y mantener actividades saludables 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de la sesión anterior del registro pensamientos ABCDE. 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar con las técnicas de relajación.
<ul style="list-style-type: none"> Reestructuración pensamientos distorsionados. 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de Re-atribución. Explicación de pensamientos automáticos de la depresión y 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar con las actividades agradables.
<ul style="list-style-type: none"> Lograr que aprenda a relajarse ante situaciones que le produzcan ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> el mantenimiento de conductas actuales. Entrenamiento en relajación muscular progresiva (parte 3). 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de reestructuración de pensamiento.

Tabla 13*Sesión 10 reestructuración cognitiva*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> Identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de la sesión anterior del registro pensamientos ABCDE. Técnica de Re-atribución. Explicación de pensamientos automáticos 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar con las técnicas de relajación. Continuar con las actividades agradables.

de la depresión y el mantenimiento de conductas actuales.	• Registro de restructuración de pensamiento negativo.
• Feedback:	

Tabla 14

Sesión 11 restructuración cognitiva.

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> • Promover el mantenimiento de las actividades reforzantes para el paciente. • Incrementar pensamientos de autovaloración. • Disminuir conductas de evitación. • Reestructuración cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas: Actividades diarias, distorsiones cognitivas, ABCDE, relajación. • Psicoeducación: conducta de evitación. • Continuar con el debate ABCDE: • Feedback: 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarea para la casa: Programa de actividades semanales. • Realizar el registro del ABCDE. • Continuar con las técnicas de relajación.

Tabla 15*Sesión 12 restructuración cognitiva*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> • Promover el mantenimiento de las actividades reforzantes para el paciente. • Incrementar los pensamientos adaptativos y saludables de autovaloración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar el registro de actividades graduadas, analizar las limitaciones cognitivas, registro de pensamientos, las distorsiones, técnicas de relajación. • Auto-refuerzo a su esfuerzo y logros personales; con expresiones de aprobación y felicitaciones. • Feedback: 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarea para la casa: • Registro de A-B-C-D-E y de actividades agradables. Registro de distorsiones cognitivas Práctica de auto refuerzos, técnica de relajación.

Tabla 16*Sesión 13 restructuración cognitiva*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener y Promover actividades reforzantes para el paciente. • Incrementar 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas: Actividades diarias, distorsiones cognitivas, ABCDE, relajación. • Proseguir con el Debate 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el registro del ABCDE Técnicas de relajación. • Actividades

- pensamientos de ABCDE: continuar con la agradables autovaloración. implementación de pensamientos flexibles, adecuados y adaptativos.
- Evaluar la autovaloración de su cuerpo, y arreglo personal, valorarlas y contrastarlas con la realidad
 - Feedback:

Tabla 17*Sesión 14 entrenamiento en comunicación asertiva*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar pensamientos adecuados; autoeficacia y auto-valía, mejorando su autoestima. Disminuir de conductas de evitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar registro de pensamientos, distorsiones, mantenimiento de las actividades saludables y técnicas de relajación las los refuerzos de las actividades agradables. • Entrenamiento en comunicación asertiva • Continuar con la 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarea para la casa: Programa de actividades semanales agradables y de dominio • Registro autorrefuerzo verbal • Registro de

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Uso de reforzadores • Feedback: • | <ul style="list-style-type: none"> nuevos pensamientos . • Práctica de conducta asertiva y relajación. |
|---|---|
-

Tabla 18

Sesión 15 entrenamiento en solución de problemas

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<p>Lograr que la paciente aprenda y aplique técnicas de resolución de conflictos en la vida diaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar los registros: Programa de actividades semanales, reforzando el cumplimiento de las metas personales. Registro de nuevas interacciones efectivas. • Psicoeducación: técnica de solución de problemas. • Planificar sus metas de vida realistas en lo personal social y académico, profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarea para la casa: - Programa de actividades diarias.

- Continuación la relajación al enfrentarse nuevas situaciones.

Tabla 19

Sesión 16 toma de decisiones

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar y mantener las creencias adaptativas y conductas saludables Favorecer la solución de problemas y la Toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisan los registros. • Instaurar creencias adaptativas, continuar con la reestructuración cognitiva. • Continuar con el entrenamiento en respiración diafragmática, imaginación guiada, visualización, meditación. • Entrenamiento en toma de decisiones mediante ventajas y desventajas, Técnica Resolución de problemas • Feedback: 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarea para la casa: Registro de toma de Decisiones.

Tabla 20*Sesión 17 elaboración de metas*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> Incrementar pensamientos adecuados, flexibles, adaptativos. Elaborar metas personales 	<ul style="list-style-type: none"> Revisar las tareas, reforzar las actividades ejecutadas, inducir a nuevas actividades; registro de pensamientos nuevos y auto refuerzo a los de la vida diaria. Elección de metas personales: iniciar una conversación, elogios, nuevas amistades. Analizar las actividades sociales, identificando la aplicación de conductas asertivas. Práctica de relajación (Meditación). Feedback: Reforzar la información brindada 	<ul style="list-style-type: none"> Tarea para la casa: Programa de actividades semanales. Registro de metas personales cumplidas.

Tabla 21*Sesión 18 solución de problemas.*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> Mantener e incrementar actividades saludables relacionadas a las metas personales. Construir el proyecto de vida del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisar los registros: Programa de actividades semanales, reforzando el cumplimiento de las metas personales. Registro de nuevas interacciones efectivas. Psicoeducación: técnica de solución de problemas. Planificar sus metas de vida realistas en lo personal social y académico, profesional. Continuación la relajación al enfrentarse nuevas situaciones. Feedback: 	<ul style="list-style-type: none"> Tarea para la casa: Programa de actividades diarias, registro de metas personales.

Tabla 22*Sesión 19 prevención de recaídas*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> • Entrenar en prevención de recaídas. • Evaluar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisan los registros. • Se aplica el Inventario de Depresión y ansiedad de Beck, con la finalidad de contrastar la primera evaluación con esta última y poder observar el impacto que tuvo la intervención en el paciente. • Se puntúa el grado (del 1 al 10) del cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados en un inicio. • Se describen los nuevos comportamientos. • Feedback: Reforzar la información brindada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarea para la casa: Registro de toma de decisiones.

Tabla 23*Sesión 20 prevención de recaídas*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
<ul style="list-style-type: none"> • Entrenar en prevención 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de los 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarea para la

- | | | |
|--|---|---|
| <p>de recaídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. | <p>registros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento y mantenimiento de la aplicación de estrategias de afrontamiento en las diversas situaciones de desenvolvimiento. • Retroalimentación de afrontamiento adecuado. • Se brindan pautas de prevención de recaídas. Inducción a la fase de seguimiento. • Se entregan resultados formales y se cierra el programa terapéutico. | <p>casa: Programa de actividades diarias, registro de metas personales.</p> |
|--|---|---|
-

2.6. Consideraciones éticas

Se le pidió el permiso a la paciente para presentar el problema que le aqueja para un trabajo académico, dándole la indicación que no van los datos personales cuidando su identidad. (ver modelo en anexos).

III. RESULTADOS

3.1. Resultados pre y post intervención

En el inventario de ansiedad de Beck en el pre test obtuvo un puntaje de 23 que lo ubicó en el nivel de ansiedad moderada y en el post test obtuvo un puntaje de 7 que lo ubicó en un nivel de ansiedad normal.

Tabla 24

Puntajes de los niveles de ansiedad según el BAI pre test y post- test

Prueba psicológica	Pre -test	Post- test
Ansiedad (BAI)	23	7
	Depresión moderada	Altibajos normales

En el inventario de depresión de Beck en el pre- test obtuvo un puntaje de 27 que lo ubicó en el nivel de depresión moderada y en post test obtuvo puntaje de 9 que lo ubico en un nivel de depresión normal.

Tabla 25

Puntajes de los niveles de depresión según el BDI pre test y post test

Prueba psicológica	Pre -test	Post- test
Depresión (BDI)	27	9
	Depresión moderada	Altibajos normales

En el inventario multifásico de Millón en el pre test obtuvo un puntaje de 90 en el patrón de personalidad evitativo y un puntaje de 81 en el patrón de personalidad auto derrotista, en el post test obtuvo un puntaje de 88 en el patrón de personalidad evitativo y en el patrón de personalidad auto derrotista un puntaje de 77.

Tabla 26

Puntajes obtenidos del Inventario multiaxial de personalidad - Millon II

Escalas de Validez			PUNTAJE	
V	Validez	0 = Válido	FINAL	
X	Sinceridad	455 = Válido	72	X
Dimensión	Rasgo	Puntaje		
Patrones Clínicos de	Evitativa	Pre 90	post 88	
Personalidad	Auto derrotista	Pre 79	post 77	

En el registro de frecuencia de pensamientos de observo las siguientes puntuaciones en el post y pre test respectivamente: “soy un fracaso” 56 a 12, “nada me sale bien”, “soy una inútil” 54 a 9, “nunca podré hacer nada bien” 58 a 10, “no soy buena para estudiar” 59 a 10, “no sirvo para nada, ni para sacar buenas notas” 61 a 12, “me siento culpable por lo sucedido” 61 a 13, “Que van a decir mis amigos me da vergüenza hablar con ellos” 49 a 6, “soy una tonta” 54 a 12, “nunca podré cambiar las cosas, este será mi destino” 61 a 10.

Tabla 27

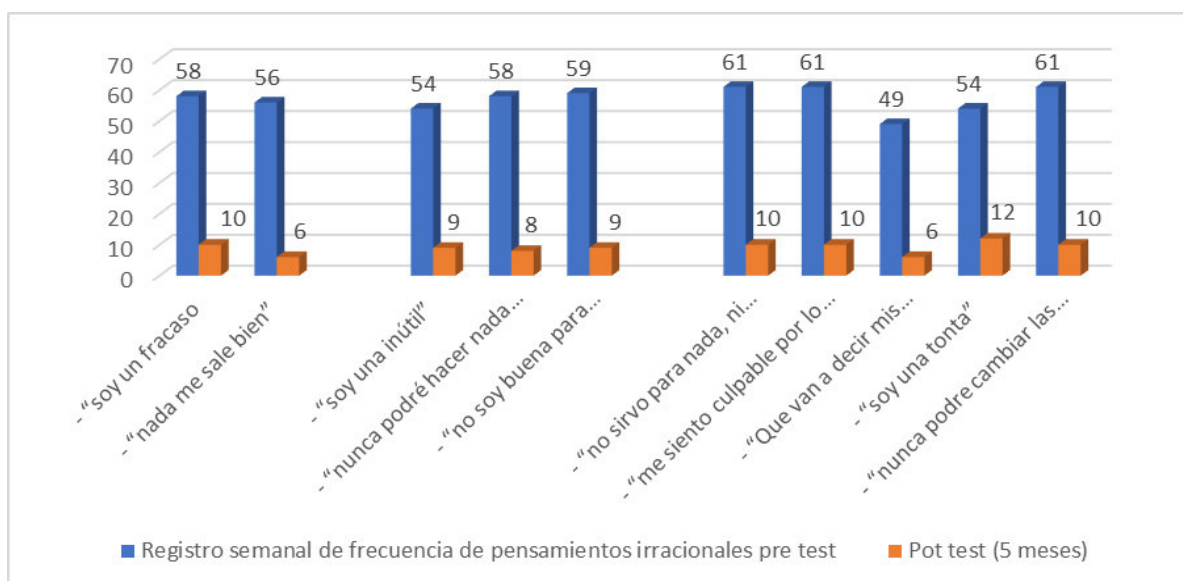
Registro de la frecuencia de pensamientos pre test y post test.

Conducta/ problema	Periodo	DÍA	DÍA	DÍA	DÍA	DÍA	DÍA	DÍA	TOTAL
		1	2	3	4	5	6	7	

- “Que van a decir mis amigos me da vergüenza hablar con ellos”	Pre	7	8	7	6	7	6	8	49
	Post	1	0	1	1	2	0	1	6
- “soy una tonta”	Pre	8	7	6	9	7	8	9	54
	Post	0	2	3	2	2	1	2	12
- “nunca podre cambiar las cosas, este será mi destino”	Pre	10	9	7	8	9	10	8	61
	Post	2	1	2	0	2	3	0	10

Figura 1

Registro semanal de frecuencia de pensamientos irracionales pre test y post test



En el registro de frecuencia e intensidad de emociones del paciente se observó las siguientes puntuaciones en el pre y post test respectivamente: tristeza tuvo una frecuencia de 58 a 10 y la intensidad fue de 9 a 3, irritabilidad tuvo una frecuencia de 56 a 8 y una intensidad de 8 a 2, frustración tuvo una frecuencia de 54 a 10 y una intensidad de 9 a 3, vergüenza tuvo una intensidad de 58 a 10 y una intensidad de 9 a 3, culpa de 62 a 13 y una intensidad de 9 a 3, miedo frecuencia de 47 a 10 e intensidad 47 a 4.

Tabla 28

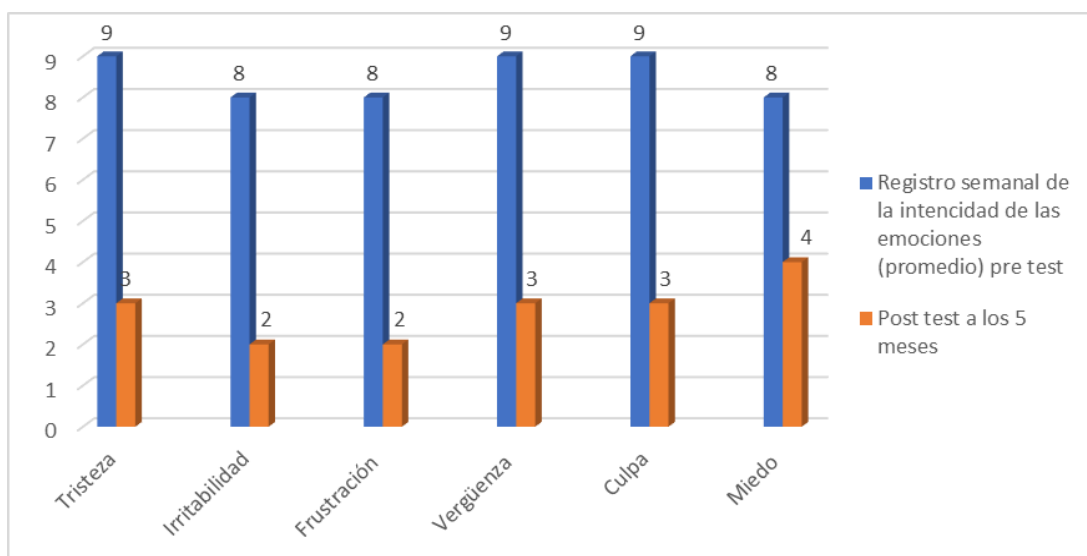
Registro de frecuencia e intensidad de emociones pre y post test

Conducta/	Frec/int	DÍA	DÍA	DÍA	DÍA	DÍA	DÍA	DÍA	TOTAL
Problema		1	2	3	4	5	6	7	
Tristeza	F	7	8	9	10	7	9	8	58
(0- 10)	F	2	1	2	1	2	1	1	10
	I	9	8	9	9	7	9	8	9
	I	3	2	2	3	3	2	3	3
Irritabilidad	F	10	8	9	8	6	7	8	56
(0- 10)	F	2	2	1	2	1	0	0	8
	I	8	7	8	6	8	8	8	8
	I	1	2	2	1	2	1	2	2
Frustración	F	8	8	9	7	9	8	9	54
(0-10)	F	1	2	1	2	2	2	0	9
	I	8	7	8	8	6	8	8	8
	I	2	1	2	1	1	2	2	2

Vergüenza	F	10	9	8	6	7	9	8	58
(0-10)	F	2	1	2	2	2	1	0	10
	I	9	9	7	9	9	9	9	9
	I	3	2	1	3	3	3	3	3
Culpa	F	9	9	9	8	9	10	9	62
	F	3	2	2	1	2	3	1	13
	I	9	8	9	7	9	9	9	9
	I	3	4	3	3	3	3	3	3
Miedo	F	8	8	7	8	6	8	8	47
	F	3	2	3	0	1	0	1	10
	I	8	8	7	8	8	7	8	8
	I	1	1	0	1	0	1	0	4

Figura 2

Registro semanal de la intensidad de las emociones pre y post test



En el registro de frecuencia y duración de conductas se observó las siguientes puntuaciones en el pre y post tes respectivamente: el llanto tuvo una frecuencia de 34 a 10 y una intensidad de 13 horas a 1 hora y 30 minutos, evadir a los compañeros frecuencia 50 a 6 y la intensidad de una hora y 30 minutos a 20 minutos finalmente quedarse en su habitación frecuencia de 54 a 9 y la duración de 55 horas a 9 horas.

Tabla 29

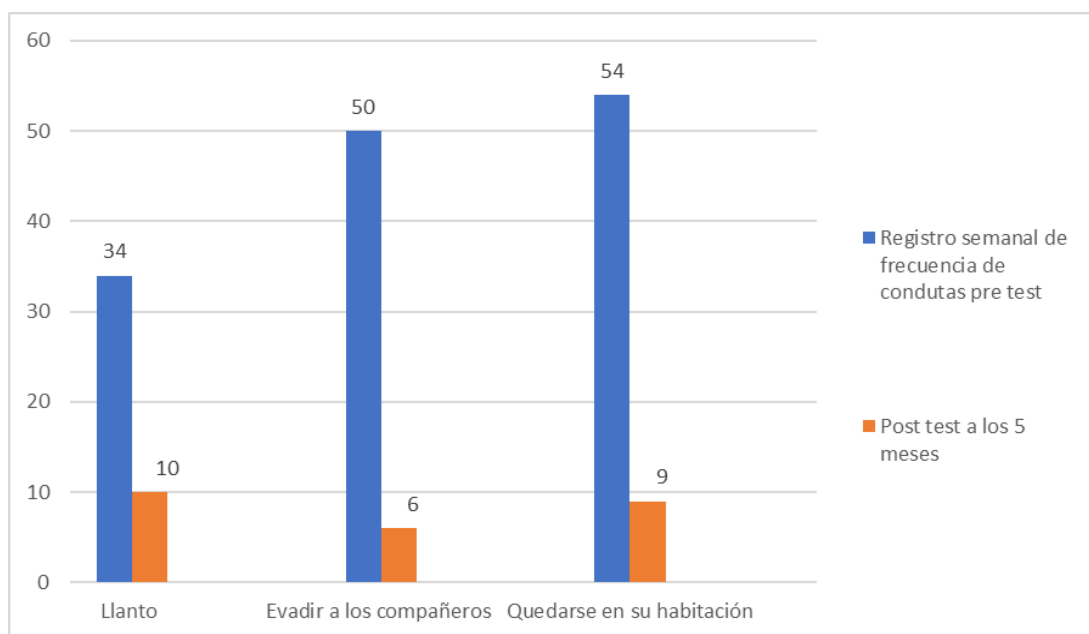
Registro de frecuencia y duración de conductas pre test y post test

Conducta/ Problema	Frec/Dur	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4	DÍA 5	DÍA 6	DÍA 7	TOTAL
Llanto	F	5	6	3	4	5	5	6	34
	F	2	1	2	1	2	1	1	10
	D	3h	1h	2h	1h	1h	2h	3h	13h

	D	0h	½ h	0h	½ h	0h	1/2h	0h	1 h 30 min
Evadir a	F	10	8	6	5	6	7	8	50
los	F	2	2	1	0	1	0	0	6
compañeros	D	10m	10m	20m	1h	30m	1h	10h	1h 30 min
	D	0	5 m	0 m	5m	0	10m	0m	20 m
Quedarse	F	8	8	9	7	9	8	9	54
en	F	1	2	1	2	2	2	0	9
su	D	7h	10 h	8h	8h	6h	8	8	55h
habitación	D	1h	1h	2h	1h	0h	2h	2h	9h

Figura 3

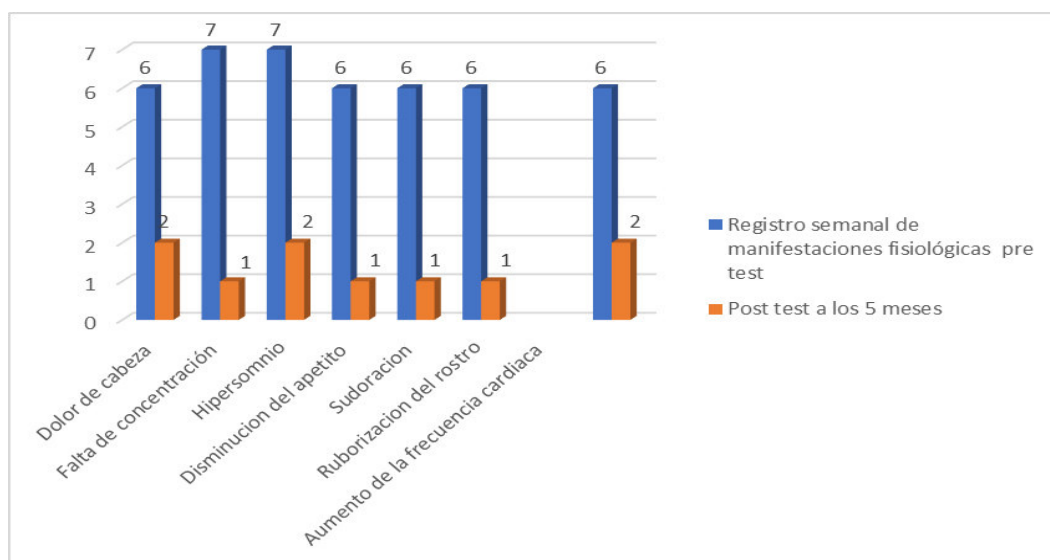
Registro semanal de la frecuencia de conductas



En el registro de frecuencia de manifestaciones fisiológicas se observó las siguientes puntuaciones en el pre y post test respectivamente: dolor de cabeza 7 a 1, hipersomnio de 7 a 1, dificultad para concentrarse de 6 a 1, sudoración de 6 a 1, arborización del rostro de 6 a 1, aumento de la frecuencia cardiaca de 6 a 2.

Figura 4

Registro de frecuencia de manifestaciones fisiológicas pre- test y post -tes



3.2. Discusión de resultados

Los resultados obtenidos a partir de la del programa de intervención cognitivo conductual se observó diferencias significativas entre la fase del pre y post test que reflejan la modificación del comportamiento depresivo.

En el inventario de depresión de Beck la paciente presentaba las siguientes características: sentimientos de tristeza la mayor parte del tiempo, no disfrutaba de las cosas como lo hacía antes, tiene sentimientos de culpa frecuentes, llanto constante, irritabilidad ante cualquier circunstancia, pérdida del interés por las cosas, le costaba tomar decisiones con facilidad, se cansa con facilidad, quedándose dormida la mayor parte del día, apetito disminuido. Al finalizar la intervención las características disminuyo significativamente los sentimientos de tristeza, llanto, culpa, miedo, irritabilidad, se incrementó las actividades

recreativas agradables, mayor facilidad para tomar decisiones, donde se refleja una diferencia significativa lo que significa que las técnicas cognitivo conductuales seleccionadas para su caso fueron las indicadas, generando en la paciente mayor capacidad de controlar pensamientos anticipatorios, catastróficos, mejor capacidad de solución de problemas, las cuales fortalecieron el desarrollo de pensamientos racionales y conductas adaptativas saludables.

En el inventario de ansiedad de Beck al inicio del tratamiento presentaba las siguientes características: latidos fuertes del corazón, temblor en miedo, sudoración, robotización del rostro disminuyeron significativa luego de la aplicación de las técnicas de relajación y constancia de la paciente se logró cumplir con el objetivo, lo que ha permitido que la paciente evalué cada semana la variación de sus niveles de activación de forma progresivamente a través del uso de auto registros. Los estudios realizados sobre casos este tipo de caos confirman que la aplicación de técnicas de relajación ayuda a los pacientes tiene trastorno depresivo a manejar mejor sus niveles de ansiedad ente los diferentes ámbitos de su vida.

En el área de personalidad en el inventario multifásico de Millón al inicio del tratamiento presentaba las siguientes características: miedo a perder el control de sus impulsos, anhelo de afecto, suele victimizarse. Al finalizar el tratamiento se evidencio mayor seguridad y aceptación de sí misma.

Al inicio del tratamiento la frecuencia de los pensamientos distorsionados fue alta entre los pensamientos están: “nunca podré hacer nada bien”, “no soy buena para estudiar” y al finalizar el tratamiento se evidencio un cambio significativo sobre la frecuencia de los pensamientos distorsionados, esto debido a que la paciente pudo identificar, debatir y reestructurar las creencias irracionales, lo que le ha permitido analizar sus pensamientos de manera racional y objetiva, logrando identificar los cambios que este genera en sí misma

desde su propia experiencia. La reestructuración cognitiva fue fundamental durante la intervención psicológica y el uso de los registros le permitió al paciente comprender de modo práctico la influencia de los pensamientos en las emociones y conductas.

También se pudo constatar la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales ya que el uso de las auto instrucciones ayudó a mejorar el afrontamiento de las los problemas que se le presente, así como también, la utilidad del refuerzo positivo ante los logros alcanzados, fortalecen el aumento de la frecuencia de las conductas como se muestra en el caso realizado. En cuanto al entrenamiento en asertividad se logró que la paciente pueda identificar los diferentes estilos de comunicación y pueda aplicarlo de manera eficaz en sus día a día, para lograr este objetivo la paciente siempre se mostró colaboradora y constante logrando aumentar la confianza para lograr los objetivos trasados los cuales fueron observados en la paciente.

En cuanto a las emociones experimentadas por la paciente al inicio del tratamiento tuvo una frecuencia e intensidad alta de tristeza, irritabilidad, vergüenza y culpa, pero al finalizar el tratamiento se evidencio cambios significativos debido a que la paciente pudo identificar como los pensamientos influyen en las emociones que experimentaba ante un evento.

Al inicio del tratamiento las conductas presentas por la paciente tuvieron una alta frecuencia e intensidad como el llanto, evadir a los compañeros, es decir no establecer ningún tipo de comunicación con ellos, quedarse en su habitación. Al finalizar el tratamiento se pudo evidenciar un cambio significativo producto del incremento del nivel de actividad a través de programa de actividades, asignación de tareas graduales. Para lograr este objetivo se estableció junto con la paciente una lista de actividades haciendo uso de las técnicas de dominio y agrado, donde se pudo identificar que la paciente tenía demasiado tiempo libre no tenía una organización adecuada de su tiempo.

Se logró que retomara sus actividades en el entorno familiar, social lo que generó en la consultante bienestar, estabilidad emocional, confianza en sí misma a la hora de realizar las actividades programadas. La asignación de tareas en pacientes depresivos es fundamental ya que la actividad está relacionada con la autovaloración de la persona, generando sentimientos de utilidad, capacidad para realizar las actividades, el auto refuerzo, modificando la apatía, la pasividad, la falta de gratificación que experimenta la paciente.

Se disminuyeron significativamente las manifestaciones fisiológicas que presentaba en un inicio la consultante como dolor de cabeza, hipersomnio, sudoración, arborización del rostro, aumento de la frecuencia cardíaca, dificultad para concentrarse al finalizar el tratamiento y con el uso adecuado de las técnicas de relajación y demás se logró disminuir su frecuencia.

3.3. Seguimiento

Una vez concluida la intervención cognitiva conductual se procedió a realizar las sesiones de seguimiento que consistieron en 8 sesiones que fueron distribuidas los primeros dos meses la paciente asistió a dos sesiones, cada 15 días y luego los siguientes 4 meses asistió una vez al mes.

Durante el proceso de seguimiento se trabajó los sentimientos de tristeza, distorsiones cognitivas que se fueron presentando, algunos problemas familiares donde se tuvo que dar orientación y consejería psicológica.

IV. CONCLUSIONES

- Se ha comprobado que, a los cinco meses de la administración del programa de intervención cognitiva conductual, la paciente mejoró significativamente la sintomatología de la depresión persistente, como: el hipersomnio, disminución del apetito, dificultad para concentrarse, sudoración, aumento de la frecuencia de cardiaca. Disminuyeron los sentimientos de tristeza, anhedonia, frustración. Ha dejado de llorar por los cursos desaprobados, y de comer en su habitación, sus cogniciones ya no están relacionados a inutilidad, sentimientos de culpa las cuales interferían en la calidad de vida de la persona que lo padece.
- En el cierre de la sesión N°20 se apreció que el indicador de vergüenza, culpa siguen presentes en menor intensidad ante situaciones sociales, familiares lo cual interfiere que las habilidades para ser independiente en el ambiente social o familiar que rodea, aún no se encuentran instauradas en su totalidad; así como, tomar decisiones de forma adecuada para no dejarse influenciar por los otros, situación que lo lleva a sentir en ocasiones inseguridad a la hora de decir algo importante en su vida.
- Se ha comprobado al concluir la intervención cognitiva conductual en el caso clínico de depresión persistente las emociones, ira, tristeza, miedo han disminuido significativamente.
- Se logró disminuir las distorsiones cognitivas, ideas irracionales, mediante la reestructuración cognitiva, y búsqueda de creencias racionales. Las creencias que se logró reestructurar fueron “nada me sale bien, soy una inútil, me da vergüenza hablar con mis amigos, me siento culpable por lo sucedido, no sirvo ni para sacar buenas notas”. La paciente identificó, cuestionó sus creencias para luego surtirlos por otros más apropiados y de esta manera logró deducir y eliminar la perturbación emocional que presentaba.

➤ Se logró disminuir las respuestas fisiológicas como: aceleración, de la frecuencia cardiaca, sudoración, hipersomnio, robotización del rostro, a través de la psicoeducación, técnicas de relajación, auto instrucciones, detención del pensamiento y uso de actividades de agrado. A través de estas técnicas se logró que la paciente comprenda y entienda sus síntomas de forma funcional, la tranquilidad que le generaron cambios significativos en su vida.

➤ Se incrementó el nivel de actividades recreativas como salir al parque con algunos amigos, salir de paseo en familia, jugar vóley, juegos de mesa con su hermano, a través de asignación de tareas graduales, ensayo conductual, auto instrucciones y programa de actividades satisfactorias, logrando este incremento con apoyo de la familia que estuvo apoyándola en todo momento durante el proceso de intervención cognitiva.

➤ Se comprobó que la variable independiente: intervención cognitiva conductual tuvo una influencia sobre la variable dependiente: cuadro clínico de depresión persistente mostrando mejoras significativas al finalizar la intervención cognitivo conductual.

➤ El uso de modelo Univariable ABA, al aplicar el pre test, ICC y post test, nos evidencio datos para el análisis del caso clínico.

➤ Ante lo descrito en los numerales de 1 al 8 se concluye lo siguiente:

El programa de intervención cognitiva conductual en el caso clínico de depresión persistente se considera exitoso, ya que nos permitió mediante el uso de registros conductuales y las técnicas cognitivas conductuales mejorar significativamente en cuadro de depresión persistente, dejaron de presentarse las crisis depresivas a mitad de la intervención cognitivo conductual y se evidencio cambio en el estilo de vida de la paciente.

V. RECOMENDACIONES

En relación al presente trabajo académico, se recomienda lo siguiente:

- Elaborar estrategias en la intervención preventiva a nivel de familia y la comunidad para prevenir cuadros de depresión persistente.
- Contrastar los resultados obtenidos del trabajo académico con otras instituciones que brinden atención en casos de depresión persistente y realizar un análisis comparativo de los resultados.
- Extender el presente trabajo académico a más casos y efectuar el mismo estudio en el género masculino y en otros tipos de casos con diversos orígenes
- Compartir experiencias con otros profesionales que trabajan con personas que padecen el cuadro clínico de depresión persistente bajo el enfoque cognitivo conductual con el objeto de integrar conocimientos y optimizar la calidad de tratamiento en relación a la intervención cognitivo conductual, documentarlas e informarlas.
- Establecer estrategias adecuadas para el trabajo de adhesión al tratamiento con la familia de la persona que padece el cuadro clínico de depresión persistente y así lograr una mayor eficacia en el tratamiento.
- Elaborar estrategias en la intervención preventiva a nivel de la comunidad o social para prevenir cuadros de depresión persistente.

VI. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2017). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM-5*. Médica Panamericana.
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Azevedo- Rodríguez, M. y Gélvez- Gaforo, L. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*, 55, 146-158.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7795882>
- Ballesteros, G. (2018). *Estudio de caso clínico: programa de intervención Cognitivo conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio institucional UPB.
<https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/5583>
- Bandura, A. (1986). *Fundaciones sociales de pensamiento y acción: Una teoría cognitiva social*. Englewood
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (19° ed.). Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2006). *BDI-II, Inventario de Depresión de Beck-II*. Pearson Educación, S.A.
- Beck, A., y Steer, R. A. (2011). *BDI-II, Inventario de Ansiedad de Beck-II*. Pearson, Educación, S.A.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1893). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (1° ed.). Desclée de Brouwer.

- Beck, A. T., y Freeman, A. (1985). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de personalidad*. Paidós ibérica. <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/beck-terapia-cognitiva-de-los-trastornos-de-personalidad.pdf>
- Berrios- García, N. (2019). Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso. *Revista Clínica Contemporánea*, 3 (10), 1-14. [terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso | Revista clínica contemporánea \(revistaclinicacontemporanea.org\)](#)
- Corea- Del Cid, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondura*, 89 (1), 1-68. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vo189-S1-2021-14.pdf>
- Caballo, V. E. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (vol.1). Siglo Veintiuno de España.
- Ellis, A., y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional emotiva*. (vol. 2). Desclée Brouwer. https://www.academia.edu/34149923/Volumen_2_manual_de_terapia_racional_emotiva.
- Flores, A. (2019). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana*. [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio institucional USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe>
- Gutiérrez, J. (2020). *Estudio de caso único trastorno depresivo persistente (distimia) desde la intervención cognitivo-conductual*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio institucional UPB. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/9316>

- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2015). *Metodología de la investigación* (6^a ed.). McGraw-Hill Education.
- Huaynates, B. (2019). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa* [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio institucional. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3489>
- Instituto Nacional de Salud Mental (09 de setiembre 2016). *El suicidio se puede prevenir*. <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2016/062.html>
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. (3^a ed.). Pearson Educación.
- Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. (4^a ed.). McGraw-Hill/Interamericana.
- Ministerio de Salud (Julio de 2020). *Plan de salud mental 2020-02021*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (13 de setiembre de 2021). *Depresión nota descriptiva*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Papalia, D., Welndkos, S., y Duskin, R. (2011). *Desarrollo humano*. (10^o ed.) McGraw-Hill.
- Ramírez, M. (2020). *Técnicas del enfoque cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión en adultos: Una revisión sistemática*. [Tesis de post grado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/60850>
- Rosique - Zans, M. y Zans – Aparicio, T. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. Análisis y Modificación

de Conducta. *Revista de la universidad de Huelva*, 39(159-160), 17-23.

<http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2540>

Salomón, I. (2017). *Caso Clínico Episodio Depresivo Leve*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio institucional UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5748>

Wahle, F., Bollhalder, L., Kowatsch, T., & Fleisch, E. (2017). Toward the Design of Evidence-Based Mental Health Information Systems for People with Depression: *Journal of Medical Internet Research*, 19(5), 1-32.
<https://doi.org/10.2196/jmir.7381>

VII. Anexos

Anexo A

protocolos de los instrumentos aplicados

Inventario de Depresión de Beck

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

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

1. Tristeza.

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

2. Pesimismo

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

3. Sensación de fracaso

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

3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

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

5. Culpa

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

6. Expectativas de castigo

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

7. Autodesprecio

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

8. Autoacusación

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

9. Ideas suicidas

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

10. Episodios de llanto

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

11. Irritabilidad

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

12. Retirada social

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

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.

1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal

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

15. Enlentecimiento

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

16. Insomnio

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

17. Fatigabilidad

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

18. Pérdida de apetito

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

19. Pérdida de peso

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

20. Preocupaciones somáticas

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

21. Bajo nivel de energía

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

Resultados

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

5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.

10 - 18 Depresión entre leve y moderada.

19 - 29 Depresión entre moderada y severa.

30 - 63 Depresión severa.

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

Inventario de Ansiedad de Beck

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____ Fecha aplicación: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____ H.C.: _____

Responda este cuestionario considerando sus dificultades actuales. Considere como referencia las dificultades que ha tenido este último mes, esta es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 00–21 - Ansiedad muy baja
- 22–35 - Ansiedad moderada
- más de 36 - Ansiedad severa

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MCFI –II

Inventario Multiaxial Clínico de Millom

Theodore Millom

Nombres y Apellidos: _____ Edad: ___ Lugar y fecha de nacimiento: _____

Estado Civil _____ Grado de instrucción: _____ Ocupación: _____

Fecha aplicación: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

H.C.: _____

INSTRUCCIONES

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

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

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

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

2. “Mido más de tres metros”
Esta frase es falsa para usted, por

lo que se ha rellenado
completamente el espacio de la
letra F (falso).

Trata de marcar cada frase, incluso si no estás seguro(a) de tu elección.

No hay tiempo límite para completar el inventario, pero es mejor trabajar con
rapidez. No hagas marcas ni escribas en el cuadernillo.

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

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

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

autodeterminación.

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

122. A través de los años he tenido éxito en mantener mi consumo de alcohol al mínimo.
123. Siempre he puesto a prueba a las personas para averiguar cuanto se puede confiaren ellas.
124. Incluso despierto(a) parece que no percibo a la gente que está junto a mí.
125. Me resulta muy fácil hacer muchos amigos.
126. Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado.
127. Con frecuencia oigo cosas tan bien que me molesta.
128. Mi estado de ánimo parece variar mucho de un día a otro.
129. No me parece mal que una persona se aproveche de otra que se lo permite.
130. Me he cambiado de trabajo más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas que se adelantan a su tiempo.
132. De un tiempo a esta parte me siento triste y melancólico(a) y no puedo salirme deeso.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda en lo que haga.
134. Con frecuencia me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Me enfado muchísimo con personas que pretenden que yo haga lo que no quierohacer.
136. En los últimos años me he sentido tan culpable que podría hacer algo terrible a mí mismo(a).
137. Nunca pasó desapercibido(a) cuando estoy en una fiesta.
138. La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral.
139. A veces me siento confundido(a) y perturbado(a) cuando la gente es amable conmigo.
140. Mi uso de las así llamadas drogas ilegales me ha llevado a discusiones con mi familia.
141. Me siento incómodo(a) con los miembros del sexo opuesto.
142. Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que solo pienso en mí mismo(a).
143. No me importa que la gente no esté interesada en mí.
144. Francamente miento bastante seguido para librarme de problemas.
145. La gente puede fácilmente cambiar mis ideas, incluso si pensaba que mi decisiónya estaba tomada.
146. Los otros han tratado de engañarme, pero tengo la fuerza de voluntad para superarlos.
147. Mis padres generalmente me decían que yo no era bueno(a) para nada.
148. Con frecuencia la gente se enfada conmigo porque los mandoneo.
149. Yo siento gran respeto por aquellas autoridades que están por encima mío.
150. Casi no tengo vínculos cercanos con otras personas.
151. En el pasado me han dicho que me interesaba o me emocionaba demasiado por demasiadas cosas.
152. Yo he volado sobre el Atlántico treinta veces en el último año.
153. Yo creo en el dicho: "A quien madruga Dios lo ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he tenido en la vida.
155. Mis sentimientos hacia la gente importante en mi vida generalmente oscilan del amor al odio hacia ellos.
156. Mis padres nunca estaban de acuerdo.
157. En ocasiones he tomado hasta diez tragos o más sin emborracharme.
158. En grupos sociales casi siempre me siento muy inseguro(a) y tenso(a).
159. Valoro mucho las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.

160. Desde que era niño(a) he ido perdiendo contacto con el mundo real.
161. Rara vez tengo sentimientos fuertes acerca de algo.
162. Era muy inquieto(a), viajaba de un lado a otro sin ninguna idea de donde iría a parar.
163. No puedo tolerar a la gente que llega tarde a las citas.
164. Gente oportunista con frecuencia trata de obtener crédito por cosas que yo he hecho o pensado.

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

Anexo C

Modelo de Consentimiento informado

Yo -----que he sido informada con claridad y veracidad respecto a la utilización de mi caso para fines educativos por la psicóloga(o)-----

Actuó voluntariamente como colaboradora contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la terapia en el momento que yo a si lo decida.

Se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Psicólogo (a)

Paciente

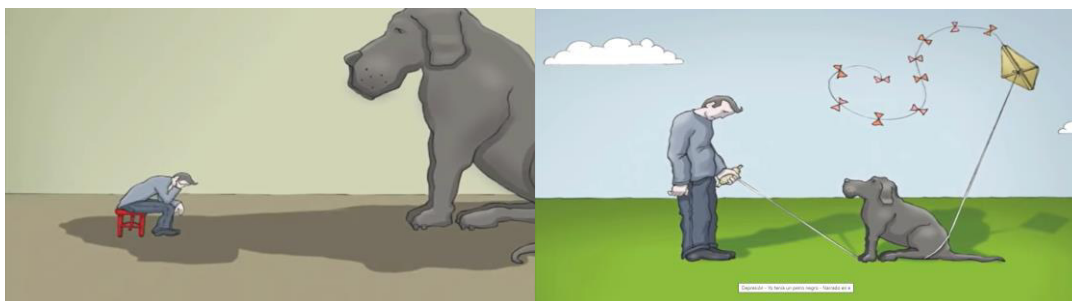
Anexo D

Material educativo

- Conceptualización de la depresión según la Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://www.youtube.com/watch?v=HZW6m2jAHuw>



- Conceptualización de la depresión y la terapia cognitivo conductual a través de un video Llamado “yo tenía un perro negro y su nombre era depresión”. <https://www.insightpsicologia.net/terapia-cognitivo-conductual-para-la-depresion/>



- Conceptualización sobre las manifestaciones estresantes de la vida de un individuo a través de un video “el estrés explicado por Walt Disney”.

<https://www.youtube.com/watch?v=v736ggexnVg&t=4>

