



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN DESDE LA
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE
DEPRESIÓN**

**PRESENTADA POR
GIANNA ANTONELLA PISSANI CONTRERAS**

**ASESOR
JULIO CESAR SUAREZ LUNA**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

CHICLAYO – PERÚ

2022



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y
PSICOLOGÍA**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO:

**INTERVENCIÓN DESDE LA TERAPIA COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN**

**TESIS PARA LA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

PRESENTADO POR:

GIANNA ANTONELLA PISSANI CONTRERAS

ASESOR:

Mg. JULIO CESAR SUAREZ LUNA

<https://orcid.org/0000-0001-8074-8614>

Chiclayo, Perú

2022

DEDICATORIA:

Dedico este trabajo de intervención principalmente a mis padres quienes me motivaron para seguir teniendo logros en mi carrera, a mi abuela y abuelo que estarían orgullosos de mí por haber culminado una meta importante que prometí llevarla con éxito, a mi asesor de tesis por brindarme su apoyo incondicional y a Dios Todopoderoso que me guio a cumplir mis sueños, gracias, gracias, gracias.

Índice

Portada	i
Dedicatoria	ii
Índice	iii ,iv
Introducción.....	v ,vi
Capítulo I. Marco teórico	Pág 7
1.1 Definición de la depresión	Pág 7
1.2 Aspectos generales de la Depresión.....	Pág 7
1.3 Clasificación de la Depresión.....	Pág 9
1.4 Características Diagnósticas	Pág 11
1.5 Teorías sobre la Depresión	Pág 12
1.5.1 Triada Cognitiva de la Depresión de Beck	Pág 12
1.5.2 Teoría de la depresión de Albert Ellis	Pág14
1.5.3 Teoría Psicoanalítica de la depresión	Pág 14
1.6 Terapia Cognitiva.....	Pág 16
1.7 Técnica de intervención de la Terapia Cognitiva de la depresión	Pág 23
Capitulo II. Presentación del caso.....	Pág 27
a. Datos de filiación.....	Pág 27
b. Motivo de Consulta (Problema Actual)	Pag 27
c. Procedimiento de Evaluación	Pág 28
d. Informe Psicológico.....	Pág 32
e. Identificación del problema.....	Pág 36

Capítulo III Programa de Intervención Terapéutica

3.1 Especificación de los objetivos de tratamiento.....	Pág 38
3.2 Diseño de estrategias de tratamiento de intervención.....	Pág 39
3.3 Aplicación del tratamiento del procedimiento.....	Pag 41

Capítulo IV: Resultados

4.1. Resultados de la evaluación psicométrica PreTest.....	Pág 69
4.2. Resultados en el criterio clínico – Pre-tratamiento.....	Pág 69
4.3. Resultados post tratamiento-criterios psicométricos.....	Pág 71
4.4. Criterios familiares.....	Pág 72
4.5. Criterio Clínico	Pág 72
4.6. Seguimiento	Pág 73

Capítulo IV: Resumen Conclusiones, Recomendaciones

5.1. Resumen.....	Pág 74
5.2. Conclusiones	Pág 75
5.3. Recomendaciones	Pág 76
REFERENCIAS.....	Pág 77
ANEXOS.....	Pág 79

INTRODUCCIÓN

Se presenta el siguiente estudio de caso de una paciente adulta con trastorno depresivo moderado , que manifestaba entre los síntomas : tristeza, desesperanza , insomnio, poca tolerancia a la frustración , falta de motivación, irritabilidad y abulia que eran originados por creencias irracionales : “ Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son da la manera en que nos gustaría que fueran”, “Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”, y “El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente ”, que mantenían la depresión en la paciente.”

Para esto se propuso el objetivo general de disminuir las creencias irracionales significativas: “Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son da la manera en que nos gustaría que fueran”, “Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades” y “El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente”, que mantenían la depresión en la paciente.

El programa fue elaborado dese un enfoque cognitivo conductual que se diseñó conforme a una duración de 21 sesiones y con un tiempo aproximado de 45 a 90 minutos. Se emplearon técnicas cognitivas, emotivo experienciales y conductuales de la terapia cognitivo conductual. Dentro de las técnicas cognitivas se hizo uso de estrategias de psicoeducación, diario de pensamientos, registros del ABC, debates y afirmaciones racionales; en las técnicas emotivo-experienciales se utilizaron estrategias de imágenes emotivas racionales, ejercicios de reparentalización y uso del humor; y finalmente en las

técnicas conductuales se utilizaron estrategias como la relajación progresiva de Jacobson, uso de refuerzos y asignación de tareas.

Luego de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual los resultados evidenciaron a través del Criterio Psicométrico que la paciente pudo disminuir su depresión a un nivel leve, mejorar su autoestima y modificar sus creencias irracionales que autoperpetuaban la depresión. A través del criterio clínico se observó que la paciente denota mayores creencias racionales como: "El pasado no tiene poder en el futuro", "Tengo control de mi mente", "Puedo lograr hacer lo que me propongo" y "tengo el apoyo de mi familia". Así mismo manifestaba emociones más saludables como: disminución de la irritabilidad, mayor tolerancia a la frustración y mejor motivación para realizar sus actividades diarias.

Finalmente, con respecto al Criterio familiar, el esposo de la paciente refirió que tiene una comunicación más asertiva para resolver conflictos y observarla con más tranquilidad, y con mejor ánimo para realizar sus actividades laborales y domésticas.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Definición de Depresión

Beck, 1967, (como se citó en Martínez, 2008) define la depresión como un autoconcepto de infravaloración, donde el individuo es incapaz creer que puede lograr cosas positivas en su vida y la visión con respecto al futuro es incierta.

Según la definición que presenta en DSM-V, es un estado en donde la persona experimenta sentimientos de profunda tristeza, pierde notable interés por las actividades que antes le apasionaban. Dentro de los síntomas pueden presentarse cansancio, llanto fácil, sentimiento de desesperación, ansiedad, abulia, falta de tolerancia a la frustración.

1.2 Aspectos Generales

Para Aaron T. Beck, (como se citó en Martínez, 2008) la depresión experimenta 3 formas de expresión:

El individuo tiende a tener un concepto distorsionado de sí mismo y por lo general existen ideas irracionales que perturban la confianza y seguridad.

Pueden presentarse de manera irregular o regular, de forma estacionaria o no, por último, el autor nos describe que estos errores en el procesamiento de la información tienden a ser rumiantes. Así mismo describe que existen diferentes formas de poder canalizar estos errores, uno de ellos es generalizando todo lo negativo y tener una visión apagada ante un posible

problema; así como también interiorizar lo negativo, la abstracción selectiva, el catastrofismo, la inferencia arbitraria y el pensamiento dicotómico y absolutista.

En muchas ocasiones la influencia socio ambiental está muy ligada a la recuperación y mejoramiento considerable de los pacientes, así mismo puede existir factores biológicos importantes que predeterminen la carga bioquímica que impliquen heredar esta enfermedad.

Alonso (1988) (como se citó en Martínez, 2008), conceptualiza que entre la depresión y la tristeza existe una serie de diferencias importantes como, por ejemplo, la tristeza es un sentimiento que produce descontento por alguna situación desagradable de nuestra vida y la depresión es una enfermedad de corte psicopatológico que refiere tratamiento psicológico y muchas veces el paciente depresivo no sabe de dónde se produce tal sensación y cuál es el grado de profundidad.

El trastorno depresivo se produce de diferentes maneras de acuerdo al constructo de personalidad de cada individuo por lo que su significado puede variar según el contexto, la depresión es un sentimiento de descompensación anímica que conlleva angustia y cambios de humor, poca tolerancia y todo es desencadenante de sucesos ambientes internos o externos del contexto del paciente. (Mackinnon, Michles, 1971; citado en Martínez, 2008).

Rojas (2006) (como se citó en Martínez, 2008) la depresión tiene un componente biológico, ya sea genético o adquirido, que se asocia con un tipo de cambio bio-psi social del individuo.

Según Katz (como se citó en Martínez, 2008) la depresión es un conjunto de sintomatologías de carácter clínico, en donde se generan cambios

cognoscitivos-conductuales, así mismo el individuo no tiene reforzadores ambientales o pierden su efectividad. Se experimenta varias alteraciones como la falta de control frente a las situaciones, cambios de estado de ánimo recurrente, falta de energía y motivación por algunos proyectos de vida y también el deterioro de algunas funciones cerebrales importantes que afectan un estilo de vida saludable y sostenible.

Emil Kraepelin utiliza el término “locura depresiva” en una de sus clasificaciones nosológicas y deja la palabra “depresión” para denominar un estado de ánimo, considerando que la melancolía era una forma de depresión mental, expresión que le pertenece (Conti, 2007), (como se citó en Martínez, 2008)

En la década del 40 la depresión formaba parte de otras enfermedades mentales; actualmente es considerada como el trastorno más extendido en el mundo (Ehrenberg, 2000), (como se citó en Martínez, 2008).

1.3 Clasificación de la Depresión

1.3.1 Tipos de depresión

Aguirre (2012), la depresión tiene varias formas de manifestación según su diagnóstico clínico:

I. Depresión Moderada

Afecto deprimido: Es una sensación de tristeza y en la que pierden el interés de las actividades que antes les proporcionaban placer.

Pensamientos Pesimistas: Son un conjunto de pensamientos negativos donde se ve reflejado el pasado y se tiene ideas irracionales sobre la realidad. Cambios en la actividad motora: Enlentecimiento psicomotor, además del habla y del pensamiento.

Ansiedad: Sintomatología psicológica y somática de la ansiedad.

Manifestaciones fisiológicas: Falta de sueño, alteraciones en el apetito y el peso corporal; en el aspecto físico hay un descuido por la imagen personal.

II Depresión severa:

Presenta la misma sintomatología, pero de una forma mucho más intensa perdiendo el sentido de la realidad, alterando más sus capacidades cerebrales al llegar al punto de experimentar delirios y alucinaciones.

III Depresión leve:

Presentan los mismos síntomas que la depresión moderada, pero de una manera menos intensa y por periodos cortos que permiten al paciente poder ver la solución con mayor claridad en contraste de las dos primeras.

También se clasificó la depresión en subdivisiones:

Primarias y secundarias: Las primarias son las que son afectadas por una determinada sintomatología y constituyen la enfermedad y no tiene correlación con otra enfermedad, mientras que las secundarias refieren que no es la enfermedad original, sino que a raíz de una enfermedad se produce otra es decir que se produce una comorbilidad con otra enfermedad. (Aguirre, 2012).

Neurótica y Psicótica: Presentan síntomas en donde la pérdida de conciencia en la reacción principal además de manifestaciones psicóticas como alucinaciones y delirios que el individuo pueda padecer. Se conoce como la depresión psicótica al cuadro clínico en donde el paciente pierde total realidad con su entorno en tiempo, espacio y persona. (Aguirre, 2012).

- Exógena y endógena: La depresión exógena proviene de los factores ambientales precipitantes y se manifiesta como una depresión leve. Por otro lado, la depresión endógena proviene de factores internos del individuo y se puede manifestar como una depresión moderada o severa. (Aguirre, 2012).
- Unipolar y bipolar: Si es unipolar sólo presentan síntomas depresivos, mientras que en las bipolares presentan síntomas de depresión además de estados maniacos. (Aguirre, 2012).

1.4. Características Diagnósticas

Según Aguirre (2012) el DSM5 trata a la depresión por medio de estos 5 o más síntomas.

1. Abulia, falta de motivación por actividades que el individuo realizaba cotidianamente como aficiones, pasatiempos, hobbies.
2. Cambios en la masa muscular, se podría representar en el aumento de peso y en la disminución del mismo por la falta de apetito o el impulso ansioso de ingesta de alimentos.
3. Insomnio o hipersomnolia la mayor parte de los días.
4. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días, enlentecimiento puesto que las facultades mentales pierden protagonismo, puesto que el

individuo por el estado emocional que presenta no posee la misma capacidad resolutive que antes de los episodios.

5. Cansancio extremo o agotamiento
6. Sentimiento de inutilidad, también sentido de culpabilidad, estancamiento emocional.
7. Constructo de pensamiento automatizado negativo, rumiación de pensamientos, ideas suicidas y generalización.

A. Los síntomas pueden presentarse en un cuadro clínico deteriorando significativamente la productividad en el trabajo, escuela, relaciones afectivas y en general la calidad de vida del paciente.

B. El episodio no es por efecto fisiológico de una sustancia o afectación medica

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

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

1.5 Teorías de la Depresión

1.5.1. Triada Cognitiva de la Depresión de Beck

Según Figueroa (2002). El esquema de triada cognitiva de Beck:

La cognición , que representa a todos los pensamientos , constructos mentales , posturas , creencias que se generan mediante una influencia cultural importante ; emoción , en donde el individuo presenta una serie de sensaciones , percepciones y afecciones con respecto a los pensamientos y finalmente la conducta que se decanta por la acción del comportamiento frente a las dos posturas anteriores señaladas. Se puede inferir que todas se nutren entre sí, puesto que según Beck el pensamiento dirige la emoción que presenta y finalmente en coherencia concreta termina en el acto. (Figuroa,2002).

Nos comenta que todos los procesos cognitivos se generan como "estructuras" que se producen para crear la información a la par de los datos sensoriales y gestan "contenidos" (pensamientos, creencias, ideas). Y entonces frente a un cuadro clínico de depresión estos pensamientos persuaden mediante una retroalimentación negativa y totalmente distorsionada de la realidad que produce que el individuo se vea forzado a perpetuar síntomas, quejas psicológicas, así como manifestaciones somáticas.(Figuroa, 2002).

Toro-Tobar, Grajales-Giraldo y Sarmiento-López (2016),(citado en Figuroa ,2002) en su estudio pudieron evidenciar una correlación significativa entre la desesperanza, depresión con el riesgo suicida, y la acción de la tríada cognitiva.

Por lo tanto, podemos concluir que la teoría Cognitivo- Conductual, es efectiva a este tipo de cuadro clínico, así mismo, supera por completo las expectativas de curación si se realiza un trabajo estructurado y adecuado. (Figuroa,2002).

1.5.2. Teoría de la Depresión de Albert Ellis

Leonor (2008) Nos describe sobre el trabajo de Albert Ellis en el campo de la psicología, puesto que, es padre y fundador de la terapia Cognitivo-Conductual, con la teoría de la terapia Racional Emotiva (TREC); haciendo mención del feedback, la dinámica directiva y participativa.

El enfoque principal de esta teoría es cambiar conscientemente el sistema de creencias por ende comportamientos inapropiados del paciente, de autosabotaje, mediante un procedimiento de reestructuración cognitiva, en donde “las creencias irracionales”; son implantadas por una posición más lógica-racional, transformando cada pensamiento por uno más armonioso y gentil con las emociones del paciente, proporcionándole una mejor calidad de vida. Leonor (2008)

Se estila principalmente con este tipo de terapias tratar con pacientes que poseen un cuadro clínico de depresión, que es un estado de profunda tristeza, falta de motivación, culpa y abulia, que los imposibilita tener la capacidad de resolver problemas concretos, la relación con los otros y la disminución de su productividad. Leonor (2008).

1.5.3. Teoría Psicoanalítica de la Depresión

Según Korman, Guido Pablo; Sarudiansky, Mercedes (2011), como se citó en (Muñoz,2009). desde el punto de vista psicoanalítico, la depresión toma importancia en autores como Aberastury, Bleger, Bleichmar, Liberman, Maldavsky, Racker y Rascovsky.El término “depresión” no es originario del modelo psicoanalítico; este está influenciado en el campo psiquiátrico. A lo largo

de la historia se han desarrollado varios postulados e hipótesis con respecto a la depresión. Freud y Abram fueron pioneros en explicar la naturaleza de la depresión.

En una de estas teorías, expresan que la melancolía está ligada al ámbito sexual y el autoerotismo. (Korman, ; Sarudiansky 2011).

Abram construyó sistemáticamente los cuadros de los trastornos depresivos y afectivos dentro del modelo psicoanalítico, a través de los mecanismos de represión y proyección, también cree que existe una semejanza significativa entre los pacientes deprimidos y obsesivos, los cuales poseen ambivalencia entre los demás. .(Korman, ; Sarudiansky 2011).

Para Freud también existen diferentes posturas que describen a la depresión y le da relevancia a los estados anímicos o afectos depresivos; alega que pueden ser consecuencia de disfunciones del sistema nervioso, como también de otros órganos influyendo considerablemente la vida del paciente pero normalmente la denomina como “melancolía” y según sus investigaciones se debe a una “tensión sexual física” propia de la neurosis de angustia.

(Korman, ; Sarudiansky 2011).

Describe que la “desazón periódica” es una forma de las neurosis de angustia. Legado a esto también se pueden visualizar tres enfermedades: neurosis obsesiva (desplazamiento del afecto), histeria de conversión (mudanza del afecto), neurosis de angustia y melancolía (permutación del afecto). .(Korman, ; Sarudiansky 2011).

Se puede dar la ocasión que, durante el desplazamiento del afecto, no

pueda tener una permutación del afecto, pero cabe señalar que no se produce por la misma. En el manuscrito G sostiene que los sujetos débiles se inclinan de manera más influyente que los fuertes, cuya fragilidad inherente es la neurosis de angustia. (Korman, ; Sarudiansky 2011).

1.6. Terapia Cognitiva Conductual

Figuroa, (2002). Nos describe que es un tratamiento de una duración breve, centrándose en creencias disfuncionales idiosincráticas, vulnerabilidades específicas asentadas en esquemas latentes distorsionados y cómo eventos estresantes particulares chocan contra estas vulnerabilidades cognitivas activándolas y así produciendo los síntomas y signos depresivos. Su marco de referencia se puede caracterizar del siguiente modo:

1. Entrega de una racionalidad Cognitiva

El terapeuta da una explicación racional pormenorizada al enfermo de sus molestias acudiendo a un modelo sencillo de la enfermedad; con esto, el paciente tendrá entendido las aproximaciones del tratamiento, los objetivos concretos antes de emplear las técnicas o instrumentos y que el mismo esté de acuerdo con el modelo a convenir. (Figuroa, 2002).

2. Intervención breve.

De acuerdo a los objetivos puntuales en donde se presenta como mayor necesidad es la de reducir los síntomas en mayor medida se presentan ante el tratamiento una comprensión de 16 a 20 sesiones

en las que se formula una meta terapéutica focalizada y orientada en problemas que aquejan al paciente. (Figuerola, 2002).

3. Foco en el Aquí-Ahora.

Como uno de los principales objetivos es la interrupción de los círculos viciosos entre creencia, emoción y comportamiento que mantienen los estados afectivos negativos, no interesa particularmente el material histórico (salvo en ocasiones muy determinadas). El estrés cotidiano influye de manera considerable en el pensamiento y es el principal punto origen para erradicar esos cambios en la psicoterapia. (Figuerola, 2002).

4. Empirismo Colaborativo

El trabajo es funcional, puesto que se identifica precisamente los problemas causales y se generan estrategias de afrontamiento para el cambio; Posteriormente se observan si el debido tratamiento se acopla al estilo de vida del paciente. Este debe ser persuadido de tratar sus creencias como hipótesis que necesitan ser probadas, siendo su conducta el resultado de las mismas, permite además contrastar las expectativas, efectos, consecuencias. (Figuerola, 2002).

El paciente es estimulado a tratar sus creencias como hipótesis que necesitan ser probadas, siendo su propia conducta la prueba última de su corrección o falsedad. La colaboración estrecha permite comparar y contrastar las expectativas, supuestos, deseos con

los comportamientos que sean coherentes con la realidad presente. (Figueroa, 2002).

5. Uso del preguntar socrático

Mediante una serie de preguntas se puede razonar y entrar en la situación en la que el paciente se encuentra, pero planteándola en una perspectiva diferente que alivie su ansiedad y sus pensamientos automatizados negativos mediante hipótesis tentativas y, con ello, poner a confirmación alternativas autogeneradas que, a su vez, deben ser sometidas a experimentación ulterior. En lugar del adoctrinamiento, la orden autoritaria o la disputa agresiva como en la terapia racional-emotiva de Ellis, el preguntar dirigido sirve para promover una alianza colaborativa, respetuosa y activa (*"¿La habrá él rechazado o se habrá Ud. escapado antes por temor a que él no la invitara a salir juntos?"*).. (Figueroa, 2002).

6. Tareas para la casa

Se pueden producir muchas posibles respuestas de como el paciente pueda reaccionar según las sesiones del programa, pero es de vital importancia la realización de tareas asignadas para que tenga constancia, se lleve un registro de las actividades diarias en su hogar, así su conducta es predictiva y el proceso se enfoca en las alteraciones del pensamiento más recurrentes, según ello podemos identificar y tipificar mejor el esquema cognitivo obteniendo resultados más precisos y efectivos. . (Figueroa, 2002).

1.7. Descripción de la Terapia Racional Emotiva

Según Ellis, (1973), (como se citó en Ríos, 2018) la Terapia Racional Emotiva Conductual, se puede apreciar en un enfoque técnico, por medio de conceptualizaciones de la TREC. Se les ha tenido en cuenta una coherencia del orden de la estructuración de la personalidad. Como se puede apreciar Ellis no divide a el individuo, en la parte es cognitiva, emotiva y conductual. Sin embargo, se realizó dicho estudio por separado para analizar profundamente los procesos de cada uno de ellos. Emociones: uno de los pilares que sostienen el andamiaje conceptual de la propuesta teórica de la Terapia Racional Emotiva Conductual, el papel de las emociones tiene un alto grado de relevancia puesto que en ella se correlacionan con los pensamientos.

La emoción surge a través de tres procesos: a) a través de los procesos sensorio-motrices b) a través de la estimulación biofísica mediada por los tejidos del sistema nervioso autónomo, del hipotálamo y otros centros subcorticales; y c) a través de los procesos cognoscitivos o de pensamiento (Ellis, 1977 p. 41, como citó Ríos ,2018)

Nos prueba netamente que el pensamiento no es lo único que puede controlar nuestras emociones, pues existen diversas situaciones y contextos que se desenvuelven. (Ríos, 2018)

Una revisión teórica del enfoque de Albert Ellis la emoción se puede definir (Ellis, 1997 p. 40), como un comportamiento que está muy vinculado a los procesos emocionales y de respuesta. (Ríos, 2018)

(Ríos, 2018) nos describe que la emoción se percibe cuando en un acto puede ser positivo o negativo en donde se puede alejarse o acercarse a él. La emoción se da a nivel sensitivo, por lo que es espontánea, pero se compara con una experiencia anterior, esto hace que se torne más larga y reflexiva a esto le llamó “sensaciones puras” y “emociones mantenidas” respectivamente.

Sensaciones puras: Son para Ellis manifestaciones intuitivas, espontáneas e irreflexivas, son procesos sensitivo-motores, es decir, lo que es más importante es la reacción inmediata; se carece de un proceso previo de evaluación; no se analiza la situación (Ríos, 2018)

Emociones mantenidas:

Son aquellas que tiene como principal característica que son reflexivas (Ellis ,1977), y existe cierto control y dominio de ellas, puesto que todo se inicia desde un pensamiento posteriormente a una emoción y esto a una conclusión emocional. Esto va muy de la mano con la percepción y la contextualización en donde el individuo las experimente y la reacción que las mismas producen, podrán ser positivas o negativas; y esto sin lugar a dudas genera un aprendizaje. Sin embargo, esto está medido por el ambiente, las creencias, visión de vida: “El aprendizaje en la infancia influye de forma tan fuerte que puede hacer que un individuo piense de forma neurótica, o ilógica, pero no es una influencia funesta o irreversible” (Ríos, 2018).

Si realmente vemos analizamos de otra perspectiva podemos deducir que las ideas irracionales son el origen de las perturbaciones emocionales, pero si se examinan estas ideas a conciencia los individuos que las que las procesen de manera óptima no se dejaran afectar por su entorno y le dará real importancia a lo que él considera correcto. (Ríos, 2018)

Sistemas de creencias:

El sistema de creencias propuesto por Ellis (1977), comprende toda la parte cognitiva, el pensamiento, imágenes, normas, esquemas creencias, ideales, filosofía de vida, ideas racionales, ideas irracionales y supuestos que pueden ser aceptados de experiencias pasadas como nuevas. Desde pequeños se van adquiriendo los aprendizajes en el imaginario colectivo y se va fijando un sistema de valores por el constructo social en el que se desenvuelven. (Ríos, 2018).

Ideas irracionales:

Son un compendio de pensamientos que se convierten en actitudes absolutistas, catastróficas y generalizadas, que por lo general termina en un trastorno emocional. Cabe resaltar que para esto se conecte profundamente en la memoria emocional del individuo tiene que haber interiorizado frases que generen pensamientos fatalistas o negativos. (Ríos, 2018)

Y esto se va aguardando en el universo de vida de la persona absorbiendo de manera directa o indirecta pensamientos significativos

que construyen un sistema de creencias cuando aún son pequeños, la persona adquiere toda esta información y percibe mediante ella una realidad distorsionada por la necesidad de ser aceptada por las demás personas importantes para el individuo. (Ríos, 2018).

Ideas Racionales

Una revisión teórica del enfoque de Albert Ellis presenta creencias racionales: las ideas racionales que permite al individuo relacionarse de manera positiva con su entorno, porque puede contradecir ciertas afirmaciones por medio de la experiencia, dado que, procesa cognitivamente la información y le genera pensamientos en forma de gustos, preferencias, deseos y anhelos, en vez exigencias absolutistas y dogmáticas (Ellis, 2000, citado en Ríos ,2018). Si una persona empieza a ser racional de forma consecuente enseguida dejará de estar tan afectado por lo que los demás puedan pensar de él y empezará a preocuparse en primer lugar de lo que él quiere hacer en la vida y lo que piensa de sí mismo. (Ríos, 2018).

(Ríos, 2018) Según este autor revela que el contexto social en el que hemos sido criados radica de manera considerable nuestra forma de pensar, nuestras creencias y como tales patrones de conducta como la familia, la iglesia, la escuela, los medios masivos de comunicación, y otros condicionantes conforman un espectro constructor de patrones de conducta que se vislumbran como adoctrinadores dinámicos.

Auto verbalización:

Son pensamientos que el individuo repite automáticamente a es para la TREC las frases e ideas que el individuo se dice así mismo y si son inadecuadas conlleva a la perturbación emocional, de lo contrario a la autoaceptación. (Figueroa, 2002).

1.8. Técnica de Intervención de la Terapia Cognitiva Conductual de la depresión

Dentro de la terapia cognitiva de la depresión posee 3 principales elementos: aspectos didácticos, técnicas cognitivas y técnicas conductuales.

Aspectos Didácticos

Incluyen explicar de manera psicoeducativa todo el procedimiento que implica la terapia de la triada cognitiva, los esquemas que existen y cuales se identifican más con el paciente y cómo contrarrestar esos pensamientos concurrentes. (Figueroa, 2002)

Además de estructurar toda la agenda de trabajo, las dinámicas y tareas que se programan en cada sesión, las cuales luego se supervisan. También se planean situaciones supuestas para examinar la reacción del paciente, puesto que se debe predecir qué acciones tomará o deberá tomar en la cotidianidad. Figueroa, (2002)

Técnicas Cognitivas

Después de que el paciente esté familiarizado en todo lo que respecta a la consigna teórica del tratamiento, se pasa a deliberar, que esquema predomina más en el mismo, e identificar, cuando emergen las ideas

irracionales significativas del paciente, todo este trabajo se realiza en equipo y con un arduo monitoreo que ayude a contrarrestar los síntomas más importantes y por ende se le ofrezca una mejor calidad de vida. (Figueroa,2002)

Técnicas Conductuales

El conductismo y la teoría del aprendizaje puede ser muy útil porque es muy eficaz y confiable demostrando que puede tener un enfoque mucho más flexible, Aunque este proceder pragmático es una carencia desde el punto de vista epistemológico, es útil en el momento de enfrentar los complejos problemas clínicos de los depresivos, y ha hecho que la TC se inscriba al interior de la tendencia integradora en psicoterapia que pretende superar las ideologías de mediados del siglo pasado. Las principales técnicas a las que se recurre preferentemente se esquematizan. (Figueroa,2002).

Metas del tratamiento

1. Resolución de síntomas.

La parte más crucial del desenvolvimiento del programa es la importante disminución de síntomas del paciente puesto que de allí depende su posterior avance y resolución frente a otras situaciones similares. (Figueroa, 2002).

2. Restablecimiento psicosocial.

Las disfunciones psicosociales representan un tema principal ya sea conductual o funcional (por ejemplo, ausentismo) como afectivo (sentimientos de inadecuación o falta de interés), la TC se aboca sistemáticamente a trabajar en esta área que es más tardía en volver a la normalidad, lo que ha alargado la terapia en ocasiones de 4 a 6 meses. (Figuroa,2002)

3. Prevención de recaídas.

Se tiende a en lo posible evitar las recaídas aprovechando la utilización de una serie de monitoreos restructuración cognitiva adquiridas que se gestan en las etapas anteriores para predecir su mayor estabilidad en el proceso terapéutico. Figuroa, (2002).

4. Prevención de recurrencias.

La frecuencia de las visitas posterior a finalizada la TC una vez cada 1 a 3 meses buscan impedir la recurrencia. la irrupción de pequeñas molestias o un restablecimiento incompleto del funcionamiento psicosocial son señales que aconsejan reevaluar el caso desde el punto de vista terapéutico y, si lo ameritan las circunstancias, recurrir a nuevas sesiones de refuerzo. Figuroa, (2002).

5. Adherencia.

Existe una gran posibilidad que el tratamiento se pueda abandonar, y el uso de la TC ha estimulado para aumentar la adherencia, usando medidas psicoeducativas por ejemplo el cumplimiento de las tareas propuestas poco a poco se convierte un hábito muy frecuente que se desarrolla inconscientemente dentro de uno mismo. Figueroa, (2002)

La alta prevalencia de abandono que puede llegar al 50% para las distintas variedades de psicoterapia y farmacoterapia ha estimulado el uso de la TC para aumentar la adherencia. No sólo se recurre a medidas psicoeducativas para el paciente y los familiares, sino que se vale de técnicas desarrolladas con la finalidad específica de fomentar la adherencia (ej. asegurarse del cumplimiento de tareas, experimentos conductuales). Figueroa, (2002).

CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1. Datos de Filiación

Apellidos y Nombres	: G.C
Edad	: 50años
Sexo	: Femenino
Fecha de Nacimiento	: 23-06-1972
Lugar de Nacimiento	: Lambayeque
Grado de instrucción	: Superior
Fecha de evaluación	: Octubre - Mayo
Responsable del caso	: Gianna Antonella Pissani C

Observación de Conducta

La paciente tiene 50 años de edad, su cabello es de color negro, ojos marrones oscuro y tez blanca. En cuanto a su aspecto físico aparentaba la edad referida, de contextura media, talla adecuada, en su aspecto personal denotó una buena higiene, su lenguaje fue lento, con un tono de voz y ritmo adecuado.

Durante la entrevista, la paciente se mostró ansiosa e inquieta. Su actitud hacia las pruebas fue de colaboración. Sus periodos de atención fueron cortos, presentó mucha dificultad al entender las consignas de las pruebas psicológicas presentadas.

2.2. Motivo de consulta

La paciente explicó tener problemas para conciliar el sueño,

poca motivación para realizar tareas sencillas y mostró un claro estrés ante las tareas cotidianas del día. Así mismo refirió mucha sobrecarga de trabajo, somatizando con fuertes cefaleas y dolores musculares, además del malestar emocional importante que refiere por problemas de pareja con su esposo.

2.3. Procedimiento de evaluación

2.3.1. Entrevista y Observación

En la entrevista y observación se registraron conductas y esquemas de pensamientos irracionales muy arraigados y significativos que generaban la depresión en la paciente.

Historia Personal

- **Etapas pre-natal**

La madre de la paciente presentó durante el embarazo complicaciones en las infecciones urinarias. Por otro lado, su alimentación durante la gestación fue adecuada, con respecto a la atención afectiva fue óptima.

Etapas peri-natal

La madre tuvo un tiempo de gestación de 8 meses, fue atendida en el Hospital Naylamp por una ginecóloga- obstetra. El parto fue de tipo normal con una duración de 6 horas de trabajo de parto. La coloración de la neonata fue rosada.

- **Etapas post-natal**

La neonata lloró enseguida, con un peso de 2 kilos con 400 gramos, midió 51 centímetros. Presentó dificultad para succionar el pezón porque era muy pequeño. La paciente tuvo lactancia materna hasta los 5 meses. En su desarrollo psicomotor presentó el gateo a los 7 meses, caminó a los 12 meses y empezó a correr a los 2 años sin dificultad.

El desarrollo y comprensión de su lenguaje fue muy lento, empezó a hablar a la edad de 1 año y 6 meses. No presentó problemas en el lenguaje articulado.

- **Historia Familiar**

Gisela es la hermana número 3 de 5 hermanas , todas mujeres en las que para esa época era una presión social casarse cumpliendo la mayoría de edad , razón por la que la paciente se sentía como una carga familiar y luego de ello conoció a un hombre que le propuso matrimonio en 6 meses de relación , no conociendo muy bien y proponiéndole vivir junto a una ciudad diferente a la que se encontraba , sin estudios terminados , la paciente decidió casarse y tener una hija pero al poco tiempo de casada se dio con la sorpresa de que su esposo la agredía física y verbalmente ya que presentaba signos de celotipia por sus comportamientos obsesivos y posesivo con ella.

La golpeaba brutalmente incluso estando embarazada, hasta que al fin decidió irse de ese ambiente y refugiarse en la casa de sus padres , pero luego de unos años conoció a otro hombre con el que

pasaron muchos años para casarse. Su último embarazo producto de esa relación, provocó en ella una depresión post parto en donde quiso matar a su bebé, sometiéndose a tratamiento psiquiátrico por depresión moderada. En 2 oportunidades trató de ingerir varias pastillas para dormir y automedicarse sin consentimiento de su médico – psiquiatra.

2.3.2. Examen Mental

- **Atención:**

La evaluada respondió a la estimulación auditiva por parte del entrevistador, presenta una orientación voluntaria, pudo enfocarse en uno o varios objetos, además presento concentración hacia la evaluación, pero su atención en algunos lapsos se dispersaba en múltiples estímulos por cortos periodos, dando una apariencia de estar distraída.

- **Apariencia:**

La evaluada presentaba una vestimenta aseada y acorde a la estación, su postura fue un poco encorvada, mirada y expresión que revelaba cierta tristeza.

- **Comportamiento y vida motora:**

La evaluada presentó ciertos movimientos repetitivos en las manos que denotan nerviosismo.

- **Orientación:**

La evaluada refirió tener conocimientos sobre sus datos personales, su profesión y aspectos generales de su vida, Se

evidencia una orientación en tiempo, lugar, espacio y persona.

- **Humor y Afecto:**

De acuerdo a lo observado se mostró con ciertos rasgos de aplanamiento emocional, de acuerdo con lo informado es debido a la ingesta de fármacos, pero dentro de ese aspecto si puede mostrarse en la voz cierta expresión.

- **Lenguaje:**

La evaluada entendió las instrucciones planeadas por lo cuestionarios, los resolvió exitosamente, su lenguaje fue coherente, con un vocabulario florido que le permitió expresarse con propiedad.

- **Alteraciones Sensoperceptivas:**

No presentó ningún síntoma de delirios y alucinaciones

- **Pensamiento:**

La evaluada presentó lentitud al responder algunas preguntas, expresando que ya no puede con el estrés y la carga emocional que estaba pasando.

- **Hábitos e intereses**

Manifestó tener mucha afinidad para las artes manuales y plásticas, las labores de la casa, cuidar de sus hijos, escuchar música, cantar y crear nuevos objetos.

- **Enfermedades:**

Debido a los síntomas con respecto a la depresión y ansiedad la paciente tomó según la prescripción de su medio-psiquiatra el compuesto farmacéutico (Citalopram) que lo toma todos los días a

primera hora de la mañana.

2.3.3. Pruebas Psicológicas

Instrumentos Administrados

- ✓ Inventario de Depresión de Beck (D.M) con 25 Pts
- ✓ Inventario de Autoestima Cooper Smith (M B) con 25 Pts
- ✓ Test de ideas irracionales de Ellis
- ✓ Historia Clínica

2.4. Informe Psicológico

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre	G.C
Edad	: 50 años
Lugar de Nacimiento	: Chiclayo
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: Administrativa
Fechas de Evaluación	: Octubre – Mayo

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

La paciente explicó tener problemas para conciliar el sueño, poca motivación para realizar tareas sencillas y mostró un claro estrés ante las tareas cotidianas del día y cuando hay mucha sobrecarga de trabajo somatiza con fuertes cefaleas y dolores musculares, además de la carga emocional importante que refiere de su esposo.

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTA

La paciente tiene 50 años de edad, su cabello era de color negro, ojos marrones oscuro y tez blanca. En cuanto a su aspecto físico aparentaba la edad referida, de contextura media, talla adecuada para su edad, en su aspecto personal denotó una buena higiene, su lenguaje fue lento, con un tono de voz y ritmo adecuado.

Durante la entrevista, la paciente se mostró ansiosa e inquieta. Su actitud hacia las pruebas fue de colaboración. Sus periodos de atención fueron cortos, presentó mucha dificultad al entender las consignas de las pruebas psicológicas presentadas.

IV. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Se brindó:

- Evaluación Psicológica
- Orientación y Consejería Psicológica

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Entrevista Psicológica
- Observación Psicológica
- Anamnesis
- Exámen Mental
- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario de Autoestima de Cooper Smith

- Prueba de Creencias Irracionales de Ellis

VI. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Área Cognitiva

La evaluada presenta creencias irracionales de un estilo de personalidad depresiva como: “Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fueran”, “Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”, “El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente”, que mantenían la depresión en la paciente.

Estas creencias irracionales autoperpetúan un perfil cognitivo sociotrópico de la depresión.

Área de Personalidad

Evidencia patrones de personalidad de una baja autoestima, baja tolerancia a la frustración y falta de motivación para continuar con sus tareas laborales y familiares.

En el área emocional las características fueron tristeza, angustia inferioridad y desesperanza por el futuro.

Área familiar

Distanciamiento socio afectivo entre los miembros y conflictos con la pareja, Excesiva preocupación por las responsabilidades

académicas de sus hijos.

VII. DIAGNÓSTICO

Según el CIE-10:

F32.1 Episodio depresivo moderado

Según el DSM-V:

Trastorno Depresivo Moderado

Diagnóstico diferencial: Trastorno distímico, Trastornos Histriónico de la personalidad, Trastorno bipolar.

VIII. CONCLUSIONES

Como resultados dentro del criterio psicométrico se pudo evidenciar una Depresión Moderada y baja autoestima, con creencias irracionales que autoperpetúan la depresión como: “Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fueran”, “Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”, “El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente”, que mantenían la depresión en la paciente.”

En cuanto al criterio clínico se pudo constatar síntomas de tristeza, desesperanza, insomnio, poca tolerancia a la frustración, falta de motivación en sus actividades diarias, irritabilidad y abulia.

IX. PRONOSTICO

- Favorable.

X. RECOMENDACIONES

Se recomienda una intervención desde el enfoque cognitivo conductual que ayude a modificar las creencias irracionales que mantienen la depresión en la paciente.

Se recomienda ejercicios físicos diarios y realizar planes de salidas con sus miembros familiares y amistades para fomentar la interacción social.

Incentivar el diálogo familiar con la paciente, creando planes de contingencia en caso de una crisis emocional.

2.5. Identificación del Problema

La paciente posee síntomas del esquema Privación emocional, Falta de autosuficiencia, entre otros esquemas irracionales del pensamiento que originan su depresión.

Así mismo, dentro del análisis descriptivo explicativo de la terapia cognitiva conductual se puede evidenciar creencias irracionales relacionadas a la depresión como: “Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fueran”, “Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”, “El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente”, que mantenían la depresión en la paciente.

CAPITULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPEUTICA

Datos Generales

Paciente	: G.C
Edad	: 50 años
Fecha de Nacimiento	: 23-06-1968
Horario	: martes
Duración	: Octubre- Mayo
Sesiones	: 21 Sesiones
Responsable	: Gianna Antonella Pissani Contreras

Hipótesis de trabajo

De acorde a las características de la paciente se formularon las siguientes hipótesis:

- ✓ **H1:** Si se trabaja los pensamientos irracionales significativos podría disminuir su índice de depresión
- ✓ **H2:** Si se trabaja los pensamientos automatizados negativos podría reducir el grado de incidencias de crisis emocionales.
- ✓ **H3:** Si se trabaja el área socioemocional, mejorará el manejo de sus emociones y sus relaciones interpersonales.

Competencias

- ✓ Comprende fácilmente las instrucciones.

- ✓ Retiene información y atiende de manera sostenida a estímulos visuales.
- ✓ Comprende las fichas que se le proporciona, sabiendo identificar lo que se indica en cada ejercicio.
- ✓ Reconoce emociones en sí mismo y en los demás, sabe emitir sus opiniones inclusive en situaciones conflictivas.

3.1. Especificación de los objetivos de tratamiento

Objetivo General:

Este programa tuvo como objetivo general disminuir las creencias irracionales significativas: “Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son da la manera en que nos gustaría que fueran”, “Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”, “El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente”, que mantenían la depresión en la paciente.

Objetivos específicos:

- Modificar la creencia irracional significativa: “Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son da la manera en que nos gustaría que fueran” que lleva a la poca tolerancia a la frustración en la paciente.
- Disminuir la creencia irracional significativa: “Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”, que conlleva a la baja autoestima de la paciente.

- Modificar la creencia irracional significativa: “El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente”, que autoperpetua la tristeza en la paciente.
- Disminuir los estados de ánimo depresivos en la paciente como tristeza, desesperanza, insomnio, poca tolerancia a la frustración, falta de motivación, irritabilidad y abulia originados por las creencias irracionales
- Intervenir a través de técnicas cognitivas, conductuales y emotivo-experienciales de los fundamentos de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

3.2. Diseño de estrategias de tratamiento o de intervención.

Este programa estuvo conformado 21 sesiones en un tiempo aproximado de 60 a 120 minutos. Se emplearon las técnicas conductuales, cognitivas y emotivo experienciales para lograr disminuir pensamientos irracionales y emociones mal sanas que autoperpetuaban la depresión en la paciente.

Cuadro de sesiones y técnicas aplicadas

Sesión Terapéutica	Técnicas e Instrumentos
1	Observación de conducta, Anamnesis, Historia Clínica.
2	Entrevista y observación, Anamnesis. Inventario de Creencias Irracionales de Ellis.
3	Entrevista y observación. Examen mental. Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Autoestima de Cooper Smith
4	Entrevista y Observación, Anamnesis, Inventario de Autoestima de Cooper Smith
5	Psicoeducación para identificar creencias irracionales y emociones disfuncionales.
6	Psicoeducación. Registros del ABC.
7	Psicoeducación Diario de pensamientos e Identificación de creencias irracionales.
8	Análisis de respuesta del diario de pensamientos.
9	Registro de creencias irracionales.
10	Psicoeducación de debates
11	Reestructuración Cognitiva
12	Técnicas de relajación progresiva de Jakobson
13	Afirmaciones Racionales Positivas
14	Imágenes para reparentalización
15	Debates Filosóficos
16	Técnicas de reparentalización
17	Conversación Positiva de la TREC
18	Reestructuración Cognitiva Humorística
19	Imágenes para reparentalizar
20	Inventario de Depresión de Beck
21	Inventario de autoestima de Cooper Smith

3.3.

Aplicación del tratamiento o procedimiento.

Sesión 1:

Objetivo: Recolectar información relevante del estudio de caso.

Técnicas e Instrumentos: Observación de conducta, Anamnesis, Historia Clínica.

Duración: 60 minutos.

Descripción de la sesión: En esta sesión se abordó el motivo de consulta y los problemas generales que la paciente evidenciaba, entre que los que destacaba emociones como: la desmotivación, poca tolerancia a la frustración, tristeza y desvalorización por creencias irracionales respecto a su autoimagen, trabajo y familia.

Sesión 2:

Objetivo: Recolectar información relevante del estudio de caso

Técnicas e Instrumentos: Entrevista y observación, Anamnesis. Inventario de Creencias Irracionales de Ellis.

Duración: 60 minutos.

Descripción de la sesión:

En esta sesión se realizó la evaluación del inventario de creencias irracionales de Ellis , identificando que todas las creencia irracionales eran significativas; destacando las creencias irracionales como : “Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son da la manera en que nos gustaría que fueran”, “Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”, “El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente ”, que mantenían la depresión en la paciente.

Sesión 3

Objetivo: Evaluar el nivel de depresión.

Técnicas e Instrumentos: Entrevista y observación. Examen mental.
Inventario de Depresión de Beck.

Duración: 60 minutos

Descripción: En esta sesión se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, identificando un nivel de Depresión moderada. Así mismo en el examen mental se observó ciertos rasgos de aplanamiento emocional debido al uso de fármacos y movimientos estereotipados que denotaban ansiedad ante preguntas sobre su historia personal.

Sesión 4:

Objetivo: Evaluar en nivel de Autoestima

Instrumentos y Técnicas: Entrevista y Observación, Anamnesis, Inventario de Autoestima de Cooper Smith

Duración: 60 minutos

Descripción: En esta sesión al evaluar el Inventario de Cooper Smith se pudo hallar un Nivel Medio Bajo de autoestima en la paciente. Así mismo se pudo evidenciar aspectos relevantes de la biografía de la paciente, identificando afección emocional producto de violencia física por parte de su ex pareja.

Sesión 05:

Objetivo: Psicoeducación para identificar creencias irracionales y

emociones disfuncionales.

Técnicas e Instrumentos: Psicoeducación. Registros del ABC.

Duración: 45 minutos.

Descripción: En esta sesión se le explicó a la paciente las bases teóricas de los fundamentos de la Terapia cognitivo-conductual como: La triada cognitiva y los esquemas de pensamiento que mantienen el malestar emocional. Así mismo se le instruyó sobre el ABC de la Trec y las diferencias entre creencias racionales y creencias irracionales. Finalmente se le capacitó a la paciente para que pueda identificar sus propias creencias irracionales a través de las fichas del ABC de la Trec.

Anexo y registro de pensamiento ABC

Ejemplo realizado en la Psicoeducación:

Acontecimiento	Creencia	Consecuencias
Se define como las adversidades o situaciones que se presentan	Valores y expectativas que tenemos, nuestras creencias irracionales	Como actuamos frente a esa situación como reaccionamos frente a ella.
Mi hijo no quiere comer	Soy una mala madre al no haberle inculcado normas y espero que el coma adecuadamente.	Me frustro, me lleno de ira empiezo a gritarle, regañarlo porque no come adecuadamente.

Análisis de Historia:

LA HISTORIA DE FLORINDA

Florinda es una muchacha de 30 años, tiene problemas para relacionarse con otros chicos de su edad. Un día en una reunión donde estuvieron todos sus compañeros **pensó “se están riendo, seguro lo están haciendo por mí, ¡son miserables, odiosos! ¡Desearía que desaparecieran, no puedo soportar sus vidas!”**. Ellos se estaban riendo por lo gracioso que les parecía “Panchito” un perro que estaba jugando con los calcetines que había encontrado de Pancraseo, muchacho del cuál era la vivienda donde se encontraban.

Florinda muy enojada, le dijo al grupo **“Malditos estúpidos”** y se fue a su casa. Los chicos habían invitado a Florinda porque querían que se una al grupo y escucharla tocar la guitarra, ya que era muy talentosa en la música.

Fuente: (Suarez 2018)

Cuadro ABC

A Acontecimiento	B Pensamiento: Creencia Irracional	C Consecuencia: Malestar experimentado de la situación
Los chicos que rodeaban a Florinda se estaban riendo	“Se están riendo, seguro lo están haciendo por mí, ¡son miserables, odiosos! ¡Desearía que desaparecieran, no puedo soportar sus vidas!”	Florinda se sentía muy enojada y ansiosa porque pensaba de quien se estaba riendo era de ella
Insigth de la paciente: Las cuñadas de la paciente se estaban riendo	“Mis cuñadas se están burlando de mí, que estoy subida de peso”	Me siento mal, quiero irme de esta reunión y irme a mi casa, me siento desanimada.

(Suaréz ,2018)

Sesión 6:

Objetivo: Psicoeducación para identificar creencias irracionales y emociones disfuncionales.

Técnicas e Instrumentos: Psicoeducación. Registros del ABC.

Duración: 45min

Descripción: Se le instruyó sobre la terapia Racional -Emotiva, referente a la autoaceptación incondicional de uno mismo (AIU) y de los demás (AID). Así mismo en esta sesión la paciente pudo identificar a través del ABC eventos que consideraba estresantes (ella refería que sus cuñadas hablaban mal de ella, sentía que no rendía bien en su trabajo y frustración de no ser autosuficiente) de sí misma y de los demás; categorizándolos como creencias irracionales y emociones perturbadoras.

Tarea: Identificar mediante el ABC los eventos estresantes en la semana.

Anexo:

Acontecimientos	Creencias	Consecuencias
Se me colgó la maquina	No puedo hacer las cosas bien	Mostrar enojo, frustración, ponerme a llorar
Mis hijos no hacen la tarea	Soy una mala madre	Empiezo a gritar y me altero fácilmente
Mis hijos no se conectan a las clases virtuales	Nunca me hacen caso	Empiezo a deprimirme

Discuto con mi esposo	No me siento satisfecha en mi matrimonio	Empiezo a llorar, me aí slo
Mis cuñadas empiezan reírse	Pienso que ellas se burlan de mí	Me siento marginada y poco comprendida

Sesión 7:

Objetivo: Identificar los pensamientos irracionales durante la semana.

Técnicas e Instrumentos: Psicoeducación Diario de pensamientos e Identificación de creencias irracionales.

Duración: 45 min

Descripción: A través de la psicoeducación en la Trec se le instruyó a la paciente a identificar sus creencias irracionales de su vida diaria, la cual le llevaban al malestar emocional. Se propuso ejemplos relacionándolos con eventos estresores, para que ella posteriormente pueda identificar las situaciones perturbadoras de su vida diaria.

Se hizo uso de un diario de pensamientos para que pudiera identificar sus creencias irracionales y el porcentaje de malestar percibido de la situación.

Tarea: Se le asigna una tarea correspondiente al diario de pensamientos para evaluar su esquema cognitivo.

Anexo:

Modelo de Diario de Pensamiento:

Hora	Emoción	Situación	Pensamiento	% ahora	% al acostarme
Hora del suceso	La emoción que provoca una determinada situación	Acontecimiento o suceso	La creencia que se tiene de esa situación determinada	Porcentaje de la emoción con respecto a la emoción inicial	Porcentaje a la emoción con respecto a la transcurencia del día

Diario de pensamientos

22 nov del 2021

Hora	Emoción	Situación	Pensamientos	% ahora	% al acostarme
8: 00 am	Desesperanza Decepción tristeza	Ver el futuro con mi esposo, situación de falta de unión	Pienso que nada va a cambiar, que debo estar sola, que no quiero esto para mi familia	100%	100%
10:00 am	Ansiedad Intranquilidad	Cumplir con enviar mis correos con conformidad	Pienso que no voy a terminar rápido, que va a demorar	100%	100%
4:00 pm	Frustración Pena	La torta que preparé se malogró	Nunca me sale bien, debí hacerlo mejor; tendré que rehacerlo	100%	100%
5:00 pm	Abatimiento	Tengo que avanzar en dejar la casa lista	No puedo con todo el estrés del trabajo y de la casa	100%	80%

--	--	--	--	--	--

24 de nov del 2021

Hora	Emoción	Situación	Pensamientos	% ahora	% al acostarme
9 : 00	Fastidio Irritación Colera	Mis hijos no se conectan a sus clases solos	Nunca van a cambiar, quisiera que sean más responsables	100%	80%
11:00	Ansiedad Tensión muscular, dolor de cabeza	Solicitaron información casi al terminar mi jornada laboral y es para hoy día	No voy a culminar todos mis correos	100%	80%
5:00	Irritabilidad Molestia	La conexión a internet es inestable	No puedo trabajar rápido, el tiempo me gana, quiero avanzar, no quiero que se acumule el trabajo	100%	77%

1 de diciembre del 2021

Hora	Emoción	Situación	Pensamientos	100% ahora	100% acostarme
6:00	Ansiedad y miedo extremo.	Temblor muy fuerte	Qué pasará con nosotros, que nos pasará, se caerá todo, que haremos	100%	50%
3:00	Susto miedo cólera	Voy por la calle hablando por	Soy culpable No debí hablar por teléfono en la calle, no	100%	65%

		teléfono con mi hija y casi me atropellan	cuidé a mi hija		
--	--	---	-----------------	--	--

5 de diciembre del 2021

Hora	Emoción	Situación	pensamientos	% ahora	% al acostarse
9:00	Frustración	Mis hijos no se bañan	Me frustra que no sean responsables	100%	45%
3:00	Desesperación	Tengo muchos correos por entregar	No podré enviar todo, soy una mala trabajadora	100%	68%

Sesión 8:

Técnicas e Instrumentos: Análisis de respuesta del diario de pensamientos.

Objetivo: Permitir a la paciente que mediante una guía pueda identificar sus pensamientos irracionales y especificar qué tipo de esquema de pensamiento es más frecuente en ella misma.

Descripción de la sesión : La paciente según los resultados de sus creencias irracionales en el diario de pensamiento pudo identificar 3 esquemas nucleares según el inventario de Ellis , que coincidían con su emociones y manera de pensar tales como : “ Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son da la manera en que nos gustaría que fueran”, “Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”, “El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente ”, que mantenían la depresión en la paciente.”

Anexo: Realizar el cuadro respectivo de categorización de ideas irracionales en su vida cotidiana.

Tarea: Practicar el ejercicio en casa.

Pensamiento Irracional	Situación Pensamiento irracional categorizado en la vida cotidiana	Respuesta de análisis del pensamiento irracional
“Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fueran”	“Ver el futuro con mi esposo, situación de falta de unión”	Debería no ser tan negativa con respecto al afecto que mi familia tiene por mí
“Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”	“Pienso que mi familia no me quiere, que no me acepta como soy”	A veces en la familia hay desacuerdos, pero no por eso se extingue el amor
“El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente”, que mantenían la	“He sufrido mucho en mi pasado con mi anterior matrimonio”	Si hemos tenido experiencias pasadas negativas no quiere decir que siempre va resultar igual

depresión en la paciente.		
------------------------------	--	--

Sesión 9:

Objetivo: Registrar y analizar las 3 creencias irracionales identificadas en la sesión anterior.

Técnica e Instrumentos: Registro de creencias irracionales.

Duración: 45 min

Descripción: A partir de la identificación de las 3 creencias irracionales nucleares que conllevaban a la depresión de la paciente, ella pudo identificar pensamientos disfuncionales durante la semana y categorizarlos en las creencias irracionales correspondientes.

Pensamiento Irracional	Situación Pensamiento irracional categorizado en la vida cotidiana	Respuesta de análisis del pensamiento irracional
“Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son da la manera en que nos gustaría que fueran”	“Ver el futuro con mi esposo, situación de falta de unión”	Debería no ser tan negativa con respecto al afecto que mi familia tiene por mí
“Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”	Siempre tengo que hacer las cosas las para sentirme que me toman en cuenta	A veces en la familia hay desacuerdos, pero no por eso se extingue el amor
“El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente”, que mantenían la depresión en la paciente.	El pasado a veces me autosaboteo en mi presente.	A veces el pasado me ha dejado aprendizajes muy buenos y positivos.

Sesión 10:

Objetivo: Psicoeducación en debates racionales y empíricos

Instrumentos y Técnicas: Psicoeducación de debates

Descripción: En esta sesión se enseñó a la paciente 2 tipos de debates para que ella pueda utilizarlo en la modificación de sus creencias irracionales. Los debates en que se le instruyeron fueron los lógicos racionales que sirven para cuestionar el pensamiento dogmático y las creencias inflexibles. Así mismo se le instruyó en el debate empírico que sirve para buscar pruebas que contradigan a las creencias disfuncionales. Por último, la paciente pudo debatir sus pensamientos irracionales con los debates que se le enseñó en esta sesión, con guía de la terapeuta.

Debates Lógicos o Racionales	Preguntas Frecuentes: ¿Cómo es posible que fracasar en una tarea importante te convierta en un fracasado, cuando eres una persona que puede fracasar en unas tareas y tener éxito en otras? ¿Por qué el fracaso te hace despreciable? ¿Dónde está la lógica de que las cosas siempre deben ser como a ti te gradan, sino sería terrible? ¿Dónde está la lógica de que Y debe seguir a X?
Debates Empíricos	Preguntas Frecuentes: Comprueba si las creencias son compatibles con la realidad social. No está basada a las preferencias, sino en lo que se evidencia social y razonablemente. ¿Dónde está la evidencia?, ¿Dónde está la prueba de que esto es exacto?, ¿Dónde está escrito?

Fuente : Suarez (2018)

Debate de creencias irracionales

Pensamientos	A Acontecimiento	B Creencia	C Consecuencia	D Debate	E Respuesta
“No puedo terminar el trabajo y tareas del hogar”	Me desespero, me da ansiedad, mal humor, depresión	No tengo la capacidad de cumplir con todo lo que se ha planeado	Pierdo el control de la situación	¿Porque no lo voy a poder terminar, si puedo hacerlo finalmente ?	Creo que organizando mi tiempo puedo obtener mejores resultados
“Pierdo las ganas de continuar con mi matrimonio”	Me produce desanimo, depresión, no hay remedio	Esta destruido mi matrimonio	Me siento triste, deprimida, sin ganas de luchar	Porque crees que no hay solución para recuperar tu matrimonio hay solución	Los aspectos positivos de mi matrimonio es que a pesar de todo hemos pasado momentos difíciles y los hemos superado y siempre él a estado a mi lado
Su futuro no lo visualiza	Triste, me siento inconforme, no tiene sentido	No puedo lograr mis proyectos personales	Que tengo otras cosas que no me	Que es lo que impide realmente a ciencia	Mi falta de motivación , debido a que me

			gustan tanto, lo rutinario	cierta apostar por tus proyectos	desaniman otras cosas que tengo que hacer
No puedo hacer cosas que me gustan, siempre estoy haciendo cosas para los demás	Nostalgia de joven	No logro tener independencia, ser libre.	Me hace sentir frustrada	Que es lo que te hace te impide	Me siento como atada, lo siento irreversible
Se siente gorda	Sentimientos de frustración	No puedo bajar de peso	Me hace sentir impotente	¿Porque piensas que no puedes bajar de peso?	No puedo usar la misma ropa que antes.

Sesión 11:

Instrumentos y Técnicas: Reestructuración Cognitiva

Objetivo: Fomentar las creencias racionales, luego de debatir el pensamiento.

Descripción: La terapeuta instruyó en la promoción de creencias racionales y conducta saludables producto del debate constante sobre el pensamiento irracional. Así mismo, a través de una consejería le incitó a poner en práctica las creencias racionales y emociones saludables, luego de establecer un debate Lógico.

Creencias racionales	Emociones saludables	Conductas Saludables
<p>Identificar: no generalizar todo, no tener pensamientos fatalistas.</p> <p>Puedo tener un liderazgo sobre mi vida, el pasado no influye sobre mis objetivos presentes, puedo tener fortaleza interior para enfrentar los problemas</p>	<p>Tener paciencia, constancia, seguridad, confianza y motivación.</p>	<p>-Llevar el diario de pensamientos de manera interna.</p> <p>- Identificar y categorizar los pensamientos irracionales y emocionales malsanas.</p> <p>-Practicar debates lógicos para el afrontamiento de problemas en el área laboral.</p>

Sesión 12:

Objetivo: Lograr que la paciente disminuya los pensamientos rumiantes que dificultan su concentración.

Técnica e Instrumento: Técnicas de relajación progresiva de Jakobson

Descripción: Se le incitó a la paciente que se sentara en una silla, con la espalda recta y las manos sobre las piernas, manteniendo los pies en el suelo. Luego se le pidió que inhalara profundamente llenando de aire su abdomen, haciendo que al exhalar relajara todo su cuerpo. Posteriormente se le invitó a que cerrara los puños y al mismo tiempo apretara los antebrazos, los bíceps y los pectorales (esta tensión debe mantener durante 7 segundos) y que note como los brazos y pecho

se relajen. Luego de eso se le indicó a la paciente que arrugue la frente y mantenga así durante 7 segundos a la vez que rotara la cabeza hacia un lado y luego hacia el otro, mediante eso se hizo sentir una relajación en esa zona.

De esta manera continuó con los ojos, los labios y apretando la mandíbula, encorvando los hombros (durante 7 segundos), centrándose en la relajación que se produce al disminuir la atención.

Por último se le pidió a la paciente que respirara profundamente e hinchara el abdomen todo lo posible y luego soltara , para terminar de complementar la sesión de relajación también se le pidió que flexionara los pies, tensando los músculos, las pantorrillas y los glúteos (por 7 segundos) y luego soltar, siendo así sintiendo así la relajación, dando por concluida la técnica.

Duración: 45min

Tarea: Practicar la técnica de Jakobson

Sesión 13:

Técnica e Instrumentos: Afirmaciones Racionales Positivas

Objetivo: La paciente tiene que repetir una serie de pensamientos racionales positivos que desplacen a las creencias irracionales que perpetuaban su depresión.

Afirmaciones Racionales positivas
“Yo puedo ser feliz”
“Me encuentro sana y saludable”
“Puedo lograr todo lo que me proponga”
“Todo me va estupendo, tengo control de mis pensamientos y emociones”

“Yo tengo el control de mi mente”
“Yo tengo el control de mis emociones”
“Yo tengo el poder de cambiar positivamente mi realidad”
“Mi pasado no define mi futuro”
“Mi pasado se quedará en mi mente como un aprendizaje, no determinará mi futuro”

Duración: 45 minutos

Tarea: La paciente realizará repeticiones del ejercicio “afirmaciones racionales” en casa 2 a 3 veces por semana.

Sesión 14:

Objetivo: Modificar las creencias irracionales en el pasado y presente.

Técnicas e Instrumentos: **Imágenes** para reparentalización

Descripción: Se utiliza la técnica para reparentalizar, que es tratar ciertos sucesos del pasado como el que sufrió en su primer matrimonio, en donde hubo mucha violencia. Se trató de llevar a la paciente a sucesos negativos de su pasado para luego cambiarlos por sucesos más favorables, acompañados con frases motivadoras y positivas.

Material: Frecuencias para sanación de heridas emocionales.

Terapeuta: Primero se colocó a la paciente música relajante con la que ella pudiese conectarse con su respiración, luego se le pidió que realice 5 respiraciones profundas para inducirle a que se relaje poco a poco y que entre en un clima de sugestión. Una vez logrado el mismo, se indujo a la paciente a que se proyecte

en un cuarto blanco que conduce a un túnel negro, que a su vez era una habitación en la cual se podía ver todas las vivencias más dolorosas y frustrantes de su vida.

Paciente: El relato de la paciente fue que vivió una situación de desesperación durante los escenarios de violencia doméstica que sufrió, sintiéndose atrapada en dolor y sufrimiento recordando ciertos sucesos.

Luego se visualizó cambiando esas vivencias negativas “Tengo pensamientos más positivos y luminosos”, “yo y sólo yo tengo el control de mis pensamientos y emociones”, “las cosas que han sucedido quedan en el pasado, no tiene valor en mi presente” que le ayudaron inconscientemente a cambiar ideas irracionales que estaban ligadas al recuerdo de un pasado doloroso.

Sesión 15:

Objetivo: Reforzar los Debates filosóficos y asimilarlos de manera interna

Técnica e Instrumentos: Debates Filosóficos

Descripción: En esta sesión se pudo reforzar el debate filosófico para cambiar las creencias irracionales sobre la tolerancia a la frustración y el pesimismo respecto a su pasado.

Identificación del pensamiento irracional	Pensamiento racional
Siempre pienso que no voy a lograr terminar mi trabajo	Todo requiere tiempo, paciencia y se logra con voluntad.
Creo que siempre mi pasado influye en las cosas que me proyecto hacer	El pasado me dejó aprendizaje y me hizo fuerte y ahora soy una

	persona totalmente diferente.
Debo realizar tareas para que los demás sean felices a las personas de mi entorno.	No siempre de no ser complaciente, a veces tengo derecho a descansar y pensar en mis necesidades.

Tarea: Replicar el debate filosófico

Sesión 16:

Objetivo: Realizar una regresión cognitiva para modificar creencias irracionales de auto valía y soledad en su niñez y adolescencia.

Técnicas e Instrumentos: Técnicas de reparentalización

Descripción: En esta sesión se trató de vivencias del pasado con respecto a recuerdos de su infancia y adolescencia en rangos de edades de los 3 a 17 años. En estos sucesos la paciente había creado creencias nucleares irracionales producto del malestar emocional experimentado a temprana edad, con la técnica de reparentalización se trató de reinterpretar las creencias disfuncionales y modificarlos por creencias y emociones más saludables.

Los sucesos que se pudieron reestructurar en el pasado fueron:

- La falta de atención de su madre cuando era niña.
- Intento de violación a los 17 años.
- Intento de suicidio por soledad y vacío 17 años.

Terapeuta:

Se indujo a la paciente con música relajante mediante la frecuencia para sanar las heridas emocionales (una frecuencia más alta que la anterior),

induciendo a la paciente a estados sugestivos y alterados de conciencia, permitiendo tener acceso a sus recuerdos y sensaciones de los mismos en los que se ha visto implicada.

Luego realizó 5 respiraciones profundas, y se le pidió a la paciente que sienta la música dentro de su cuerpo para que imaginara una luz de color azul que pudiese invadir todo su cuerpo, y que relajara los músculos, hasta sentirse más y más ligera. Posteriormente se le pidió que visualizara un cuarto blanco con una pantalla de cine en cual los recuerdos más dolorosos se experimentarían de una manera más saludable; seguido de esto , la paciente proyectó en su imaginación un cable que conectaba con todas sus experiencias de dolor emocional y a través de una tijeras corto esos lazos que los unían a ella, además de eso se incito a tener recuerdos más positivos y también frases que servían como reforzadoras de acompañamiento como : “ Soy una mujer fuerte, tengo pensamiento más luminosos más claros ” , “Desecho de mi vida los dolores del pasado , ahora soy más libre , más plena ” y así se fue induciendo a la conciencia hasta que poco a poco y de manera gradual fue despertando .

Sesión 17: Nuestros proyectos personales

Objetivo: Fomentar el pensamiento racional a través de la técnica de la conversación positiva.

Técnica e Instrumento: Conversación positiva de la TREC

Descripción: En esta sesión se trabajó con la técnica de conversación positiva, instruyendo a la paciente para que durante el tiempo de 2 minutos pueda manifestar verbalmente creencias racionales y saludables sobre su

auto valía como persona, proyectos personales y tolerancia a la frustración. La paciente pudo practicar constantemente esta técnica por un periodo de 2 veces en esta sesión, hasta que pudo manifestar más coherentemente esta conversación positiva. Luego se le puso un reto, que, durante el tiempo de los dos minutos, ella tenía que referir creencias racionales, sin interferencia de pensamientos irracionales.

El reto que se le presentó a la paciente con esa técnica, motivó que su autopercepción pueda ser más saludable y con más optimismo referente a ella misma, los demás y la vida.

Duración: 45 min

Tarea: Practicar constantemente el ejercicio de Conversación Positiva en casa.

Sesión 18:

Objetivo: Modificar las creencias irracionales del pasado y presente.

Técnica e Instrumento: Imágenes para reparentalizar.

Descripción: En esta sesión se utilizó la técnica de imágenes de reparentarización, que trató de ciertos sucesos del pasado como el que sufrió en su adolescencia, donde hubo mucha inestabilidad. Se llevó a la paciente a una regresión de su pasado en la adolescencia para luego cambiarlos por sucesos más favorables, acompañados con frases racionales y motivadoras

Material: Frecuencias para sanación de heridas emocionales.

Terapeuta : Primero se colocó a la paciente música relajante con la que ella pudiese conectarse con su respiración, luego se le pidió que realice 5 respiraciones profundas para inducirle a que se relaje poco a poco y que entre en un clima de sugestión una vez logrado el mismo, se indujo a la paciente a que se proyecte a sí misma yendo a un cuarto blanco que conduce a un túnel negro que a su vez era una habitación en la cual se podía ver todas las vivencias más dolorosas y frustrantes de su vida cuando era adolescente .

Paciente: Relató que en su adolescencia su madre nunca le prestaba atención porque todo el tiempo estaba enferma y estaba al cuidado de su hermana mayor, entonces ella empezó a tener más libertades desde muy chica para salir a discotecas y conocer nuevas personas, casi nunca andaba en su casa y normalmente se enfrentaba a varios peligros, como que un hombre quiso abusar de ella, eso se ha quedado en su mente.

Luego se visualizó cambiando esas vivencias negativas “me sentí atrapada, acribillada, seguido de afirmaciones positivas por algo más positivas de calma que le ayudaron inconscientemente a cambiar ideas irracionales que estaban ligadas al recuerdo de un pasado doloroso como “mi pasado está en mi pasado, hoy vivo mi presente”, “los pensamientos de dolor de mi pasado están en un pasado”.

Duración: 90 min

Tarea: Identificación de pensamientos irracionales

Examen reflexivo - Pensamientos

<p>“Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son da la manera en que nos gustaría que fueran”</p>	<p>“He identificado algunos pensamientos irracionales de este tipo cuando me frustro más que todo en mi trabajo o cuando se realizan cosas en mi rutina diaria a destiempo y me causa síntomas de depresión.”</p>
<p>“Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”</p>	<p>“He identificado este tipo de pensamiento irracional y normalmente aparece cuando a veces siento que mi esposo me dice una opinión contraria a la mía y pienso que mi penar no es valorado o cuando mis hijos no obedecen mis órdenes frente a lo que dice mi esposo.”</p>
<p>“El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente”, que mantenían la depresión en la paciente.</p>	<p>He identificado este tipo de pensamiento irracional y se presenta en momentos de soledad en donde hay muchos problemas de tipo emocional y me siento tentada a pensar en el abuso físico</p>

	que sufrí en mi anterior relación pienso que ya no quiero tener un matrimonio fallido de nuevo.
--	---

Sesión 19: “El humor como vía de autoaceptación”

Objetivo: Incentivar a la paciente a una actitud optimista mediante la reestructuración cognitiva del humor.

Técnica e Instrumento: Reestructuración cognitiva humorística

Descripción: En esta sesión se instruyó a la paciente para que pueda identificar las creencias irracionales sobre su autoaceptación y pesimismo de pasado. Esto se pudo lograr a través de un reconocimiento de sus propias creencias irracionales disparatadas, y exageradas por ella misma, observando con gracia y optimismo la modificación de estas.

Se incitó a la paciente a exagerar sus creencias irracionales y observe con humor el contenido de estas.

Pensamientos irracionales identificado	Pensamiento irracional de la paciente	Reestructuración humorística
“Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fueran”	“Siempre tiene que salirme todo perfecto”	“Ahora he aprendido a reírme cuando me equivoco en la redacción de correos”
“Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”	“Siento que a veces mi familia no valora lo que hago por ellos”	“Ahora miro las cosas con gracia porque me hacía problemas donde en realidad tratan de cuidarme”
“El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente”, que mantenían la depresión en la paciente.	“Siento que mi pasado tiene a veces mucho peso en mi vida actual”	“Me río ahora porque me siento orgullosa de haber enfrentado muchas cosas.”

Sesión 20:

Objetivo: Evaluar el Inventario de Beck -Depresión

Técnica o instrumento: Inventario de Beck –Depresión. (Post test).

Se evaluó a la paciente referente al Inventario de Beck -Depresión, teniendo como instrucciones que lea con atención las preguntas de los 21 reactivos y que respondiera según como se había sentido en las 2 últimas semanas contando el día actual y que pudiera identificar el enunciado que mejor sea apropiado según sus pensamientos y emociones.

En esta sesión obtuvo un puntaje de un nivel de depresión leve de 16 puntos, teniendo un mayor control de sus emociones y de sus pensamientos.

Sesión 21:

Técnicas e Instrumentos: Cuestionario de Cooper Smith e Ideas irracionales de Ellis. (Post test)

Objetivo: Evaluar el Inventario de Cooper Smith –Autoestima y Creencias Irracionales de Ellis

Descripción: Se le pidió a la paciente que resolviera los inventarios de Cooper Smith y Creencias Irracionales, según las instrucciones de las pruebas.

Después de obtener resultados obtenidos de estos inventarios, se pudo evidenciar un cambio en la paciente respecto a su autoestima e ideas irracionales.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1 Resultados de la evaluación psicométrica Pre-Test

TEST DE IDEAS IRRACIONALES DE ELLIS	La evaluada posee indicadores significativos y altamente significativos en los 10 tipos de creencias irracionales: “El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente, “Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fueran”, “Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”
Inventario de depresión Beck	La evaluada posee un nivel de depresión moderado siendo la puntuación de 25 puntos, la cual se correlaciona con los episodios de crisis experimentados con anterioridad como episodios de ideación suicida, neuroticismo elevado, ideas irracionales que poseen gran influencia en su comportamiento con respecto a su salud mental.
INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPER SMITH	La evaluada tiene una calificación de 25 puntos que corresponde a la categorización de Autoestima de Nivel medio bajo.

4.2 Resultados en el criterio clínico – Pre tratamiento

Diario de pensamientos

22 nov del 2021

Hora	Emoción	Situación	Pensamientos	% ahora	% al acostarme
8:00 am	Desesperanza Decepción tristeza	Ver el futuro con mi esposo, situación de falta de unión	Pienso que nada va a cambiar que debo estar sola, que no quiero esto para mi familia	100%	100%
10:00 am	Ansiedad Intranquilidad	Cumplir con enviar mis correos con	Pienso que no voy a terminar rápido, que va	100%	100%

		conformidad	a demorar		
4:00 pm	Frustración Pena	La torta que preparé se malogró	Nunca me sale bien, debí hacerlo mejor; tendré que rehacerlo	100%	100%
5:00 pm	Abatimiento	Tengo que avanzar en dejar la casa lista	No puedo con todo el estrés del trabajo y de la casa	100%	80%

24 de nov del 2021

Hora	Emoción	Situación	Pensamientos	% ahora	% al acostarme
9 : 00	Fastidio Irritación Colera	Mis hijos no se conectan a sus clases solos	Nunca van a cambiar, quisiera que sean más responsables	100%	80%
11:00	Ansiedad Tensión muscular, dolor de cabeza	Solicitaron información casi al terminar mi jornada laboral y es para hoy día	No voy a culminar todos mis correos	100%	80%
5:00	Irritabilidad Molestia	La conexión a internet es inestable	No puedo trabajar rápido, el tiempo me gana, quiero avanzar, no quiero que se acumule el trabajo	100%	77%

1 de diciembre del 2021

Hora	Emoción	Situación	Pensamientos	100% ahora	100% acostarme
6:00	Ansiedad y miedo	Temblor muy fuerte	Qué pasará con nosotros,	100%	50%

	extremo.		que nos pasará, se caerá todo, que haremos		
3:00	Susto miedo cólera	Voy por la calle hablando por teléfono con mi hija y casi me atropellan	Soy culpable No debí hablar por teléfono en la calle, no cuidé a mi hija	100%	65%

5 de diciembre del 2021

Hora	Emoción	Situación	pensamientos	% ahora	% al acostarse
9:00	Frustración	Mis hijos no se bañan	Me frustra que no sean responsables	100%	45%
3:00	Desesperación	Tengo muchos correos por entregar	No podré enviar todo, soy una mala trabajadora	100%	68%

4.3 Resultados post tratamiento- criterios psicométricos

Inventario de autoestima de Cooper Smith	La evaluada tiene una calificación de 32 puntos, correspondiente a la categorización de Autoestima de Nivel medio alto.
---	---

INVENTARIO DE DEPRESIÓN BECK	La evaluada posee un nivel de depresión leve siendo la puntuación de 16 puntos.
-------------------------------------	---

CREENCIAS IRRACIONALES

Podemos hallar dentro de los resultados psicométricos del Inventario de creencias irracionales que ya no se evidencian como significativos las 10

creencias irracionales y sobre todo las que perpetuaban la depresión: “El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente, “Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fueran”, “Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”.

4.4 Criterios familiares:

Su esposo refiere que la paciente ha tenido notables cambios puesto que se encuentra más motivada al realizar sus labores diarias, en el trabajo remoto. Evidencia a su esposa mucho más productiva y menos irritable e intolerante con sus 2 hijos, además relata que antes se desesperaba por no concretar alguna actividad, tomaba pastillas para dormir cuando no sentía ánimos de hacer nada y ahora ya no ha presentado ninguna crisis. En conclusión, se manifiesta que ahora ella se encuentra activa y más dinámica en su vida familiar y socio laboral.

4.5. Criterio Clínico:

La paciente denota un cambio cualitativo importante el cual se ha evidenciado a través de su comportamiento y actitud en el desarrollo de sus actividades cotidianas puesto que dentro de las mismas ha mejorado su hora de descanso , se levanta con un mejor ánimo y humor , demuestra que puede solucionar los problemas de una manera más resolutiva, es mucho más proactiva en su trabajo, Así mismo ha dejado de tener episodios de crisis emocionales, las técnicas más importantes implementadas en la evolución considerable del tratamiento fueron estrategias centradas en lo cognitivo, emotivo experiencial y conductual. De estas se pudieron derivar las técnicas para re-parentalizar,

conversación positiva de la Trec, imágenes emotivas racionales, afirmaciones racionales, debates filosóficos, debates empíricos y racionales, dejar tareas asignadas, etc.

El soporte familiar es una parte crucial del paciente ya que denota bastante participación puesto que los familiares ayudaron en el proceso de su tratamiento, ellos mostraron bastante interés en desarrollar estrategias para que la paciente canalizara el estrés del trabajo de hogar, organizándose cada miembro en realizar las tareas de la casa, y también planear actividades esporádicas para la unión familiar y armonizar el ambiente

4.6. SEGUIMIENTO

Seguimiento sesión 1:

En esta sesión se pudo observar:

La paciente se encuentra mucho más estable en su día a día puede lidiar de manera considerable con las tareas cotidianas del hogar y la productividad en el trabajo.

No ha sufrido una crisis emocional y no está siendo uso de la medicación.

Seguimiento sesión 2:

La paciente denota estados emocionales de tranquilidad y ha implementado en su rutina diaria los ejercicios físicos como el baile y el cross fit. Se siente fortalecida y más motivada en su trabajo a pesar que en el mismo se ha visto con la tarea de aprender un nuevo sistema en el área administrativa que le ha causado ciertas dudas, pero que poco a poco va manejándolo.

Seguimiento sesión 3:

La paciente denota tener más energía y confronta mejor las situaciones estresantes de su vida diaria, además revela que las creencias irracionales que tenía ahora ya no están presentes en su vida, ya que poco a poco ha ido identificándolas con mayor facilidad, haciendo que no se autoperpetúe conductas depresivas.

CAPÍTULO V:

RESUMEN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

5.1 Resumen

El presente estudio de caso es de una paciente adulta con diagnóstico de depresión moderada que ha experimentado eventos traumáticos durante su infancia e inicios de su adolescencia, por este motivo el objetivo del tratamiento fue disminuir las creencias irracionales que le llevaban a la depresión.

Para esta investigación se eligió la teoría cognitivo – conductual y sus respectivas estrategias centradas en lo cognitivo, emotivo experiencial y conductual. De estas se pudieron derivar las técnicas para reparentalizar, conversación positiva, imágenes emotivas racionales, afirmaciones racionales, debates filosóficos, debates empíricos y racionales, dejar tareas asignadas, etc.

Los resultados demuestran la efectividad de la intervención cognitiva conductual en la paciente, evidenciando a nivel psicométrico una disminución de la depresión de moderada a leve, modificación de las creencias irracionales y un aumento en su autoestima. Así mismo, en el criterio clínico la paciente manifiesta creencias racionales de autovalía y autoaceptación incondicional del otro y de la

vida. Finalmente dentro del criterio familiar, existente la percepción de una mayor motivación para realizar sus actividades laborales y domésticas, así como una apertura hacia la resolución de problemas.

5.2 Conclusiones

Como resultados dentro del criterio psicométrico se pudo evidenciar una disminución significativa de las creencias irracionales del inventario de Ellis, las cuales son: “Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fueran”, “Es una necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades”, “El pasado tiene mucha importancia para determinar el presente”, que mantenían la depresión en la paciente.

Así mismo dentro del inventario de Depresión de Beck se observó una reducción significativa de la depresión: depresión moderada (pre- test) y depresión leve (post -test) Por último en el Inventario de autoestima de Cooper Smith se pudo evidenciar un aumento de autoestima: Nivel medio bajo (pre test) y nivel medio alto (post -test).

En cuanto al criterio clínico se pudo constatar que a través de la intervención cognitivo conductual la paciente tiene creencias más racionales de autoaceptación y autocrecimiento como: “el tiempo de ocio no es una meta final hacia la felicidad, también radica en las responsabilidades que se deba tener”, “No siempre las cosas se pueden hacer perfectas”, “No se puede tener miedo al fracaso”. Así mismo respecto a sus emociones son más saludables y adaptativos frente a la frustración, al fracaso y al estrés cotidiano. Finalmente se observa un cambio conductual al realizar sus labores diarias más productivamente, en el

trabajo puede rendir mejor y con menos irritabilidad y puede comunicarse mejor con las personas.

5.3 Recomendaciones

Se recomienda seguir con las tareas designadas como el diario de pensamiento, los debates filosóficos para seguir modulando las creencias y asentar pensamientos más positivos con respecto su vida en general.

Se recomienda ejercicios físicos diarios y realizar planes de salidas con sus miembros familiares y amistades para fomentar la interacción social.

Incentivar el diálogo familiar con la paciente, creando planes de contingencia en caso de una crisis emocional, cómo se podría actuar en esos casos.

REFERENCIAS

Aguirre, J (2012). *Factores organizacionales asociados con la Depresión y Propuestas para su prevención a través de políticas de calidad de vida laboral*. (Tesis de maestría, universidad autónoma de Nuevo León). Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/2498/1/1080224826.pdf>.

Figuroa, G (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro psiquiatría*. vol.40: p.46-62

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>

Korman, G; Sarudiansky, M (2011). Modelos teóricos y Clínicos para la Conceptualización y Tratamiento de la depresión.

Subjetividad y Procesos Cognitivos, vol. 15, núm. 1, 2011, pp. 119-145.<https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630257005.pdf>

Leonor, (2008). Alberto Ellis. *Revista Latinoamericana de Psicología* . vol 40 , n1.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342008000100014.

Martinez, A(2008)*Manual de tratamientos Psicológicos y farmacológicos de la depresión*.(Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología.Universidad de las Américas Puebla). http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/.

Suaréz, J (2018) *Efecto del programa diálogos afectivos racionales sobre las creencias irracionales en estudiantes de secundaria* (Tesis para obtener el grado de Magister en Psicología. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo) Recuperado de <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/7760>

Ríos Potes, M. A. (2018). *Terapia racional emotiva conductual: una revisión teórica del enfoque de Albert Ellis. Experiencias significativas en la psicología de hoy. Clínica, educación y ciudad.* (pp. 17-36). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali. DOI: <https://doi.org/10.35985/9789585522343.1>

Orientación.Psicológica(2002).DSM5.Depresión.<https://orientacionpsicologica.es/dsm-5-depresion>.

Anexos

Anexo 1: Porcentaje de similitud de Turniting

Reporte de similitud	
NOMBRE DEL TRABAJO 03-05-CASO PSICOLÓGICO (6).docx	
RECuento DE PALABRAS 13129 Words	RECuento DE CARACTERES 71207 Characters
RECuento DE PÁGINAS 75 Pages	TAMAÑO DEL ARCHIVO 322.2KB
FECHA DE ENTREGA May 12, 2022 10:54 AM GMT-5	FECHA DEL INFORME May 12, 2022 10:57 AM GMT-5
● 13% de similitud general El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos	
<ul style="list-style-type: none">• 13% Base de datos de Internet• Base de datos de Crossref• 7% Base de datos de trabajos entregados• 0% Base de datos de publicaciones• Base de datos de contenido publicado de Crossref	

Anexo 2: Resultados Pre- Test y Poste Test del inventario de Ideas Irracionales de Ellis

IDENTIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES

Este cuestionario tiene por objeto identificar las ideas irracionales que usted tiene y que contribuyen, inconscientemente, a incrementar su nivel de estrés y, en consecuencia a vivenciar emociones negativas.

INSTRUCCIONES PARA RESPONDER AL CUESTIONARIO

- No hay límite de tiempo para contestar al Cuestionario.
- No hay respuestas correctas o erróneas. Será útil en la medida que sea sincero/a en sus respuestas.
- No es necesario que piense mucho rato en cada ítem.
- Si está más de acuerdo que en desacuerdo con el ítem señale la casilla SI, si, por el contrario, está más en desacuerdo que de acuerdo, señale la casilla NO.
- Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.
- Conteste a todos los ítems.

	SI	NO	P
1 Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.			A
2 Odio equivocarme en algo.			A
3 La gente que se equivoca, logra lo que se merece.			A
4 Generalmente acepto los acontecimientos con filosofía.			B
5 Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.			B
6 Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación.			A
7 Normalmente aplazo las decisiones importantes.			A
8 Todo el mundo necesita de alguien a quién recurrir en busca de ayuda y consejo.			A
9 "Una cebra no puede cambiar sus rayas".			A
10 Prefiero sobre todas las cosas pasar el tiempo libre de una forma tranquila.			A
11 Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo porque respetar a nadie.			B
12 Evito las cosas que no puedo hacer bien.			A
13 Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo del infierno.			A
14 Las frustraciones no me distorsionan.			B
15 A la gente no le trastornan los acontecimientos sino la imagen que tiene de ellos.			B
16 Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros			B

16 Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros.			B	
17 Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes.			B	
18 En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto.			A	
19 Es casi imposible superar la influencia del pasado.			A	
20 Me gusta disponer de muchos recursos.			B	
21 Quiero gustar a todo el mundo.			A	
22 No me gusta competir en actividades en las que los demás son mejores que yo.			B	
23 Aquellos que se equivocan merecen cargar con la culpa.			A	
24 Las cosas deberían ser distintas a como son.			A	
25 Yo provoco mi propio mal humor.			B	
26 A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza.			A	
27 Evito enfrentarme a los problemas.			A	
28 Todo el mundo necesita tener fuera de si mismo una fuente de energía.			A	
29 Solo porque una vez algo afecto tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.			B	
30 Me siento mas satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer.			B	
31 Puedo gustarme a mi mismo aun cuando no guste a los demás.			B	
32 Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.			B	

33 La inmoralidad debería castigarse severamente.			A	
34 A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.			A	
35 Las personas desgraciadas, normalmente, se deben este estado a si mismas.			B	
36 No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.			B	

37 Normalmente tomo las decisiones tan pronto como puedo.			B
38 Hay determinadas personas de las que dependo mucho.			A
39 La gente sobrevalora la influencia del pasado.			B
40 Lo que mas me divierte es realizar algún proyecto creativo.			B
41 Si no gusto a los demás es su problema, no el mío.			B
42 Para mi es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.			A
43 Yo pocas veces culpo a la gente de sus errores.			B
44 Normalmente acepto las cosas como son aunque no me gusten.			B
45 Nadie esta mucho tiempo enfadado, a menos que quiera estarlo.			B
46 No puedo soportar correr riesgos.			A
47 La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan.			A
48 Me gusta valerme por mi mismo.			B
49 Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser mas como me gustaría ser.			A
50 Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.			A
51 Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.			A
52 Disfruto de las actividades independientemente de lo bueno/malo que sea en ellas.			B
53 El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.			A
54 Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.			B
55 Cuanto mas problemas tiene una persona, menos feliz es.			A
56 Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.			B
57 Raramente aplazo las cosas.			B
58 Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.			B
59 Normalmente no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.			B
60 Tener demasiado tiempo libre resulta aburrido.			B
61 Me gusta recibir la aprobación de los demás, pero no tengo necesidad real de ello.			B
62 Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.			A
63 Todo el mundo es, esencialmente, bueno.			A
64 Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme.			B
65 Nada es intrínsecamente perturbador, si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.			B
66 Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro.			A
67 Me resulta difícil hacer las tareas desagradable.			A

68 Me desagrada que los demás tomen decisiones por mi.			B	
69 Somos esclavos de nuestro pasado.			A	
70 A veces desearía poder irme a una isla tropical, y tenderme en la playa sin hacer nada más.			A	
71 A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.			A	
72 Me trastorna cometer errores.			A	
73 No es equitativo que "llueva igual sobre el justo que sobre el injusto".			A	
74 Yo disfruto honradamente de la vida.			B	
75 Debería haber mas personas que afrontaran lo desagradable de la vida.			A	
76 Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo.			A	
77 Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora.			B	

78 Pienso que es fácil buscar ayuda.			A	
79 Una vez que algo afecta a tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.			A	
80 Me encanta estar tumbado.			A	
81 Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mi.			A	
82 Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.			A	

81 Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mi.			A	
82 Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.			A	
83 Generalmente doy una segunda oportunidad a quién se equivoca.			B	
84 La gente es mas feliz cuando tiene metas y problemas que resolver.			A	
85 Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.			B	
86 Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear.			B	
87 No me gustan las responsabilidades.			B	
88 No me gusta depender de los demás.			B	
89 La gente nunca cambia básicamente.			A	
90 La mayoría de las personas trabajan demasiado y no descansan lo suficiente.			A	
91 Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador.			B	
92 No me gusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.			B	
93 Nadie es malo a pesar de que sus actos los sean.			B	
94 Raramente me importunan los errores de los demás.			B	
95 El hombre construye su propio infierno interior.			B	
96 Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro.			A	
97 Si tengo que hacer algo lo hago a pesar de que no sea agradable.			B	
98 He aprendido a no estar pendiente de nada que no este relacionado con mi bienestar.			B	
99 No miro atrás con resentimiento.			B	
100 No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada.			A	

Respuestas de Creencias Irracionales

Pre – test

HOJA DE RESPUESTA			A	B	C
	SI	NO			
1			41		
2			42		
3			43		
4			44		
5			45		
6			46		
7			47		
8			48		
9			49		
10			50		
11			51		
12			52		
13			53		
14			54		
15			55		
16			56		
17			57		
18			58		
19			59		
20			60		
21			61		
22			62		
23			63		
24			64		
25			65		
26			66		
27			67		
28			68		
29			69		
30			70		
31			71		
32			72		
33			73		
34			74		
35			75		
36			76		
37			77		
38			78		
39			79		
40			80		
41			81		
42			82		
43			83		
44			84		
45			85		
46			86		
47			87		
48			88		
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
00					
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					

Respuestas Post – test de Creencias Irracionales de Ellis

	A	B	C		A	B	C	D
1					46		1	
2					47		1	
3	HOJA DE RESPUESTA				48	1		
4					49		1	
5		SI	NO		50		1	
6	1		1		51		1	
7	2		1		52	1		
8	3		1		53		1	
9	4	1	1		54		1	
10	5	1	1		55		1	
11	6		1		56	1		
12	7		1		57	1		
13	8		1		58	1	1	
14	9		1		59	1		
15	10		1		60		1	
16	11		1		61		1	
17	12		1		62		1	
18	13		1		63		1	
19	14	1	1		64		1	
20	15		1		65	1		
21	16	1	1		66		1	
22	17	1	1		67		1	
23	18	1	1		68	1		
24	19	1	1		69		1	
25	20	1	1		70		1	
26	21	1	1		71		1	
27	22		1		72		1	
28	23		1		73	1		
29	24		1		74	1		
30	25	1	1		75		1	
31	26		1		76		1	
32	27		1		77		1	
33	28		1		78	1		
34	29	1	1					
35	30	1	1					
36	31	1	1					
37	32		1					
38	33	1	1					
39	34		1					
40	35	1	1					
41	36	1	1					
42	37	1	1					
43	38		1					
44	39	1	1					
45	40	1	1					
46	41	1	1					
47	42		1					
48	43		1					
	A	B	C					
	73	1						
	74	1						
	75		1					
	76		1					
	77		1					
	78	1						
	79	1						
	80		1					
	81		1					
	82	1						
	83	1						
	84		1					
	85	1						
	86		1					
	87		1					
	88	1						
	89	1						
	90		1					
	91	1						
	92	1						
	93		1					
	94	1						
	95	1						
	96	1						
	97	1						
	98		1					
	99		1					
	100	1						

Resultados Pre- Test y Poste Test de Creencias Irracionales

B	C	D	E
	HOJA DE RESULTADOS		
Apellidos y Nombres del Interno			
Edad	0	0	
	PRINCIPALES CREENCIAS IRRACIONALES		
Categoría I	ES UNA NECESIDAD ABSOLUTA PARA UNO TENER EL AMOR Y LA APROBACIÓN DE SUS PADRES, FAMILIARES Y AMISTADES	SIGNIFICATIVO	
Categoría II	DEBEMOS SER INFALIBLES O CONSTANTEMENTE COMPETENTES Y CASI PERFECTOS EN TODO LO QUE HACEMOS	SIGNIFICATIVO	
Categoría III	CIERTAS PERSONAS SON PERVERSAS, MALCADAS Y VILLANAS Y DEBERIAN SER CASTIGADAS.	SIGNIFICATIVO	
Categoría IV	ES HORRIBLE Y CATASTRÓFICO CUANDO LAS COSAS NO SON DE LA MANERA EN QUE NOS GUSTARÍA QUE FUERAN	SIGNIFICATIVO	
Categoría V	LAS CIRCUNSTANCIAS EXTERNAS CAUSAN LA MAYORÍA DE LAS MISERIAS HUMANAS- LAS PERSONAS SIMPLEMENTE REACCIONAN EN LA MEDIDA	SIGNIFICATIVO	
Categoría VI	DEBEMOS SENTIRNOS TEMEROSOS O ANSIOSOS ACERCA DE CUALQUIER COSA QUE SEA DESCONOCIDA, INCIERTA O POTENCIALMENTE PELIGROSA	MUY SIGNIFICATIVO	
Categoría VII	ES MÁS FÁCIL EVITAR QUE EL ENFRENTAR LAS DIFICULTADES Y RESPONSABILIDADES DE LA VIDA	SIGNIFICATIVO	
Categoría VIII	NECESITAMOS ALGO Y/O ALGUIEN MÁS GRANDE O MÁS FUERTE QUE NOSOTROS MISMOS EN QUIEN CONFIAR Y APOYARNOS	SIGNIFICATIVO	
Categoría IX	EL PASADO TIENE MUCHA IMPORTANCIA PARA DETERMINAR EL PRESENTE	SIGNIFICATIVO	
Categoría X	LA FELICIDAD PUEDE SER LOGRADA POR MEDIO DE LA INACCIÓN, LA PASIVIDAD Y EL OCIO SIN FINAL	MUY SIGNIFICATIVO	

B	C	D	E
	HOJA DE RESULTADOS		
Apellidos y Nombres del Interno			
Edad	0	0	
	PRINCIPALES CREENCIAS IRRACIONALES		
Categoría I	No Existe Creencia Irracional	IRRELEVANTE	
Categoría II	No Existe Creencia Irracional	IRRELEVANTE	
Categoría III	No Existe Creencia Irracional	IRRELEVANTE	
Categoría IV	No Existe Creencia Irracional	IRRELEVANTE	
Categoría V	No Existe Creencia Irracional	IRRELEVANTE	
Categoría VI	No Existe Creencia Irracional	IRRELEVANTE	
Categoría VII	No Existe Creencia Irracional	IRRELEVANTE	
Categoría VIII	No Existe Creencia Irracional	IRRELEVANTE	
Categoría IX	No Existe Creencia Irracional	IRRELEVANTE	
Categoría X	No Existe Creencia Irracional	IRRELEVANTE	

Respuestas del inventario de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: G. C. C. Estado Civil: casada Edad: 50 Sexo: F
Ocupación: Asesora de Gestión Educación: Superior Fecha: 26/01/2012

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

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

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

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

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

5. Sentimientos de Culpa
0 No me siento particularmente culpable.
 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acceca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11. Agitación

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

12. Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

Resultados del inventario de Cooper Smith

Descripción del resultado

Este test mide la imagen que una persona tiene de sí misma según cuatro criterios básicos:

- **Significación:** el grado en el que una persona se siente querida, amada por aquellos que son importantes para ella.
- **Competencia:** la capacidad que alguien considera que posee para desempeñar tareas que son importantes para el sujeto.
- **Virtud:** es la consecución de niveles morales y éticos según el ideal de la persona.
- **Poder:** es el grado en que se ven capaces de influir en su vida y en la de los demás.

Las áreas que mide concretamente son:

- **Uno mismo general:** se refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorada sobre sus características físicas y psicológicas.
- **Social:** Se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. Así como sus referentes a las vivencias en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional.
- **Familiar:** Expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.

Resultado

Tu puntuación en este apartado es de 11 puntos, el 44% del máximo posible (25)

Tienes un nivel de autoestima MEDIO

En tiempos normales mantienes una actitud positiva hacia ti mismo un aprecio con una aceptación tolerante y esperanza de tus propias limitaciones, alegrías, errores y fracasos. Tienes un correcto afecto hacia ti mismo, atención y cuidado de tus necesidades reales tanto físicas como psíquicas e intelectuales.

Sin embargo, en tiempos de crisis, mantienes actitudes de la connotación de la baja autoestima y te cuesta esfuerzo recuperarte. Cuando se tiene un grado de autoestima medio, cómo es tu caso, estás llamado a pasar la vida en un nivel de felicidad más bien inferior al que te mereces. Un nivel medio-bajo de autoestima puede influir negativamente en la actuación de tus habilidades, la salud psíquica y física.

Resultado

Tu puntuación en este apartado es de 13 puntos, el 52% del máximo posible (25)

Tienes un nivel de autoestima MEDIO

En tiempos normales mantienes una actitud positiva hacia ti mismo un aprecio con una aceptación tolerante y esperanza de tus propias limitaciones, alegrías, errores y fracasos. Tienes un correcto afecto hacia ti mismo, atención y cuidado de tus necesidades reales tanto físicas como psíquicas e intelectuales.

Sin embargo, en tiempos de crisis, mantienes actitudes de la connotación de la baja autoestima y te cuesta esfuerzo recuperarte. Cuando se tiene un grado de autoestima medio, cómo es tu caso, estás llamado a pasar la vida en un nivel de felicidad más bien inferior al que te mereces. Un nivel medio-bajo de autoestima puede influir negativamente en la actuación de tus habilidades, la salud psíquica y física.

Anexo 3: tablas de comparación de Pre- Test y Poste Test



