



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN  
COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN CASO DE TRASTORNO  
DEPRESIVO RECURRENTE**

PRESENTADA POR  
**ALEXANDRA PAOLA FEIJOO GAMBOA**

ASESORA  
**MARÍA ELENA PIEDRA ROJAS**

TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN  
COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN CASO DE TRASTORNO  
DEPRESIVO RECURRENTE**

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

**PRESENTADO POR  
ALEXANDRA PAOLA FEIJOO GAMBOA**

**ASESORA  
Mg. MARÍA ELENA PIEDRA ROJAS  
ORCID: 0000-0002-5290-9203**

**LIMA, PERÚ  
2021**

## **Dedicatoria**

Dedicado para mi familia en especial para mis padres

Doris Gamboa y Carlos Feijoo

## **Agradecimiento**

A Dios, por darme las fuerzas durante este camino.

A mi mamá, Doris quien me demostró su fortaleza y lo luchadora que es, eso me motivo a ser la gran profesional que soy.

A mi papá, Carlos por todo el esfuerzo que hizo para cumplir esta meta. Estoy muy orgullosa por todo lo que me enseñó y lo gran guerrero que es.

A mis hermanos, Jonathan y Jeancarlo que fueron mi ejemplo a seguir y me ayudaron durante mi carrera con su apoyo y amor.

A los docentes que fueron partícipes de grandes enseñanzas durante toda mi etapa universitaria. Especialmente al Mg. Sixto Bonifacio y la Lic. Edith Romero Portal quienes fueron mis profesores de internado, nos impulsaban con su exigencia y gracias a ellos pude darme cuenta de que no hay límites cuando uno ama lo que hace.

A mis amigos, compañeros de universidad e internado, junto con ellos pudimos formar un gran equipo y ayudarnos en esta hermosa etapa.

## ÍNDICE

<b>Dedicatoria.....</b>	<b>ii</b>
<b>Agradecimiento .....</b>	<b>iii</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>viii</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>11</b>
1.1. Depresión .....	11
1.1.1 Antecedentes .....	11
1.1.2 Definición.....	13
1.1.3 Epidemiología .....	14
1.1.4 Etiología .....	15
1.1.5 Clasificación de la depresión.....	17
1.1.6 Sintomatología .....	19
1.1.7 Consecuencias .....	20
1.1.8 Modelos explicativos de la Depresión .....	22
1.2. Trastorno Depresivo Recurrente .....	24
1.2.1 Definición.....	24
1.2.2 Epidemiología .....	24
1.2.3 Clasificación del trastorno depresivo recurrente.....	25
1.2.4 Comorbilidad del trastorno depresivo recurrente.....	25

1.2.5 Tratamiento .....	26
1.3. Modelo: Terapia cognitivo conductual .....	27
1.3.1 Historia.....	27
1.3.2 Antecedentes Filosóficos .....	27
1.3.3 Antecedentes Psicológicos .....	28
1.3.4 Supuestos.....	30
1.3.5 Principios de la TCC .....	30
1.3.6 Representantes de la TCC .....	31
1.3.7 Terapia cognitiva de Beck.....	32
1.3.8 Técnicas utilizadas en el presente caso .....	35
<b>CAPITULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO .....</b>	<b>37</b>
2.1 Datos de filiación: .....	37
2.2 Motivo de consulta: .....	37
2.2.1 Antecedentes previos .....	38
2.3 Historia personal .....	38
2.3.1 Etapa pre-natal .....	38
2.3.2 Etapa peri-natal .....	39
2.3.3 Etapa post- natal .....	39
2.3.4 Escolaridad .....	39
2.3.5 Enfermedades .....	40

2.3.6 Historia Psicosexual .....	40
2.3.7 Vida Marital .....	41
2.3.8 Vida laboral .....	41
2.3.9 Vida Social .....	42
2.3.10 Hábitos e intereses.....	42
2.3.11 Rasgos de Personalidad.....	42
2.4 Historia familiar .....	43
2.5 Examen mental.....	44
2.6 Listado de signos y síntomas.....	46
2.7 Impresión diagnóstica: .....	48
2.8 Informe psicológico .....	48
2.9 Análisis funcional.....	53
<b>CAPITULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>55</b>
3.1 Justificación.....	55
3.2. Objetivos .....	56
3.3 Metodología .....	57
3.4 Procedimiento .....	57
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS.....</b>	<b>96</b>
4.1 Criterio del Paciente.....	96
4.2 Criterio de otros profesionales .....	96

4.3 Criterio Psicométrico .....	97
4.4 Criterio Clínico.....	99
4.5 Criterio Funcionabilidad .....	100
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>101</b>
5.1 Resumen.....	101
5.2 Conclusiones .....	103
5.3 Recomendaciones.....	103
<b>Referencias.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>113</b>

## **Introducción**

En la actualidad, la depresión es un problema de salud mental a nivel mundial considerable, donde hay una repercusión global en el funcionamiento del individuo, principalmente cuando tiene larga duración y su intensidad tiende agravarse. Donde a su vez el rasgo principal es de un estado de ánimo deprimido, irritable o vacío, asociado con cambios emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos que perturban el desarrollo de la persona. (OMS, 2017)

En el Perú, los datos que presentan los estudios epidemiológicos en Salud Mental con población adulta en las zonas de Lima Metropolitana y Callao (IESMHDHN, 2002) señalan a la Depresión Mayor y la Distimia como el segundo tipo de trastornos más comunes, presentando niveles de prevalencia de 19,0% en Lima y Callao.

Por esta razón, se observa que el 25% inicialmente son para diversas afecciones mentales y el 45% para cuadros y/o trastornos afectivos. Así pues, nos encontramos ante un problema de magnitud importante que no siempre es detectado correctamente. (INSM, 2012)

Beck (2006) señala que la depresión produce cambios en la persona, ya sea en sus pensamientos, sentimientos y conductas, todo ello se va a evidenciar de acuerdo con el grado que se encuentre cada individuo.

Sanz (1993) nos menciona que en las personas depresivas se produce una distorsión cognitiva sobre todo en su procesamiento de la información del medio, dándole mayor valor a los sucesos negativos los cuales generalizan y consideran determinantes; con base a eso se construye la triada cognitiva negativa, es decir, una visión negativa del yo, del mundo y el futuro.

Por tal motivo se consideró pertinente trabajar este caso desde el modelo Cognitivo Conductual ya que la paciente es una adulta con un cuadro de trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado. Con la finalidad de poder mejorar el estado emocional de la paciente, reducir su

sintomatología depresiva, modificar pensamientos erróneos y alternarlos por otros más adecuados. Según la OMS (2017) las depresiones leves y moderadas se pueden tratar eficazmente con la terapia cognitivo conductual.

En el 2007, Timms afirmó que la terapia cognitivo conductual le ofrece al consultante cambiar la parte "cognitiva" y "conductual" desadaptada. Teniendo como resultado una mejoría, ya que trata los problemas del momento presente.

Por otro lado, hay que considerar que la terapia cognitiva conductual es una herramienta que ayuda a los consultantes en trabajar específicamente “pensamientos, emociones y conductas” que en su mayoría son aprendidas de una forma desadaptada; en consecuencia, manteniendo los síntomas y desarrollo de los problemas psicológicos.

Además, compromete a las personas en experimentos conductuales, para cuestionar todo el tiempo sus creencias y lograr que se vivan experiencias que corrijan las anteriores vivencias que pudieron ocasionar el mal funcionamiento (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). Para ejemplificar esto es que los consultantes con cuadros de depresión recurrentemente tienen ideas o pensamientos negativos en torno a ellos mismos y la manera en cómo procesa a nivel “cognitivo” la información se apoya en métodos contraproducentes.

La TCC para depresión promueve la identificación de pensamientos y creencias irracionales y los reemplaza por pensamientos y creencias fundados en la razón, que construyen una realidad y una mente más sana (Holmes, 2002)

En su aplicación del tratamiento cognitivo conductual se inició con la psicoeducación para brindar la información acerca de su problemática tanto con la paciente y su familiar directo su madre que participo en este proceso, luego con la activación conductual mediante el control y

la programación de actividades, técnica de dominio y agrado, identificación de pensamientos distorsionados o errores cognitivos, reestructuración cognitiva, entrenamiento en respiración diafragmática, termómetro emocional y autorregistros, tarjetas de apoyo y las sesiones de seguimiento.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

### **1.1. Depresión**

La depresión es considerada como una alteración del estado del ánimo o del humor, donde la persona quien lo padece manifiesta tener un ánimo depresivo profundo y pérdida de la capacidad de disfrutar de las cosas que le impide desenvolverse en sus actividades con total normalidad, donde debilita la calidad de vida y trae dificultades en el aspecto personal, familiar, laboral y social. (OMS, 2020)

#### ***1.1.1 Antecedentes***

Desde el inicio de la historia del hombre se han identificado diferentes episodios que podrían catalogarse hoy en día como: Trastornos del Estado del Ánimo o Depresivos, en los primeros relatos del Génesis fue descrito cuando Dios expulsa del paraíso a Adán y Eva, donde el paraíso representa la felicidad y la alegría. (Hernández, 2007)

Asimismo, la descripción de la depresión está ya reflejada en el Antiguo Testamento, donde se narran los graves episodios de tristeza y melancolía de Saúl, quien inicialmente respondía a la terapia musical de su hijo David, pero llega a un estado de enajenación e intenta dar muerte a su propio hijo (Vásquez & Sanz, 1995). Además, hay que mencionar que en esta época a la depresión no la llamaban como tal sino la conocían como “melancolía”, en donde el origen y como se fundamentaba se centraba en la medicina. Es allí donde Hipócrates la definió como: “Un temor o distimia que se prolonga durante largo tiempo y supuestamente, se debe a la alteración del cerebro por la bilis negra, uno de los humores determinantes del temperamento de la salud”. (Pérgola, 2002, pág. 17)

Según Vallejo (1998), en los escritos hipocráticos la enfermedad gira en torno a la interacción de cuatro humores del ser humano (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), que

como consecuencia de la combinación de las cuatro características de la naturaleza (calor, frío, humedad y sequedad), donde sustenta que cualquier enfermedad se produce por el desajuste de estos humores básicos.

Pérgola (2002), menciona que 100 años después Aristóteles sigue las concepciones hipocráticas y considera cuatro tipos de temperamentos: melancólico, sanguíneo, colérico y flemático, los cuales inspiran a Claudio Galeno de Pérgamo, principal figura de la Roma Antigua, quien mantiene esos postulados señalando la importancia del miedo como síntoma concomitante con la tristeza.

Antiguamente durante la época de la edad media tenían otra forma de entender a lo que les sucedía a las personas, las enfermedades mentales eran atendidas por monjes en los monasterios, por medio de exorcismos que eran la base del conocimiento y la cura para sacar los demonios del hombre. (Vallejo J. , 1998).

Posteriormente en el siglo XVIII surge la definición del término “depresión” donde deriva del latín “de-premer” que significa en un sentido suprimir algo y “deprimere” que hace referencia a ir hacia lo profundo, lo que quiere decir que significa “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”. Por su parte, Robert Whytt, en 1764, relaciona “depresión mental” con “espíritu bajo”, hipocondría y melancolía. (Jackson, 1986; citado por Korman & Sarudiansky, 2011)

Debe señalarse que ya en esa época en Europa a las personas que padecían algún tipo de trastorno mental se recomendaba algún tipo de tratamiento para resolver el problema que padecían en ese entonces. Con la reforma, las nuevas tendencias religiosas, la nueva visión crítica y racional del mundo, los planteamientos filosóficos y los avances en el ámbito científico desencadenaron la nueva visión del concepto de enfermedad mental.

Cabe decir que ya en el siglo XX, la psicología fue cambiando y eso trajo nuevos enfoques y planteamientos diferentes.

Uno de los primeros que fueron mencionados fue el Psicoanálisis, donde podemos mencionar a Sigmund Freud, que nos hace referencia en su teoría que aquellos procesos “inconscientes” actúan en el comportamiento. La segunda fue el Conductismo, asociado con John B. Watson, Iván Pávlov y B.F. Skinner, quienes se concentraron en la forma en que influyen el aprendizaje y la adaptación en el desarrollo de la psicopatología. (Barlow & Durand, 2001, pág. 19)

Por último, es importante mencionar que Aarón Beck en 1970, identifica la tríada cognitiva de la depresión: visión negativa de sí mismo, percepción hostil del mundo y una visión de futuro sufrida o fracasada. (Hernandez G. , 2007)

### ***1.1.2 Definición***

La depresión se caracteriza por presentar un conjunto de síntomas de predominio afectivo tales como tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la rutina diaria. Además, se observa la presencia de síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global, psíquica y física. (Kessler & Bromet, 2013)

Según la OMS (2020) , expresa que “la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas produciendo variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana”. En otras palabras, esto puede ocasionar un problema de salud mental serio en las personas cuando no es tratado.

Por otra parte, en su informe la Organización Mundial de la Salud manifiesta que esta enfermedad en cuadros severos puede llevar, en algunos casos puede llevar al suicidio. Donde la tasa de muerte a nivel mundial es elevada con más de 650 000 personas que toman esa opción de suicidarse, cuyas edades oscilan, 15 a 30 años. Aunque existen tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo y más del 90% en muchos países no recibe esos tratamientos. (OMS, 2020)

### ***1.1.3 Epidemiología***

#### **Nacional**

Según el estudio epidemiológico en Lima Metropolitana y Callao, realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2012), existe una prevalencia de vida del episodio depresivo de 17.2% en la población adulta en cualquiera de sus tres gradaciones: leve, moderado o severo; los datos indican que la prevalencia en varones es de 12.5%, mientras que en mujeres es de 21.6%. Por otro lado, en el último estudio epidemiológico de hospitales generales y centros de salud en Lima Metropolitana (INSM, 2018), la prevalencia de vida del episodio depresivo encontrada en esta población es de 30.2% en varones y 35.4% en mujeres; además, la prevalencia en hospitales generales fue de 30.9%, mientras que en centros de salud fue de 25.9%.

#### **Internacional**

Según el artículo realizado por la Universidad de Yucatán en México sobre el trastorno depresivo, expresa que la población adulta padece mayormente algún cuadro depresivo, en tal sentido cerca del 60% no reciben la ayuda ni el tratamiento adecuado, a pesar de que el tratamiento ofrece disminución de síntomas en más de un 50% de los casos. Teniendo en cuenta que la prevalencia del trastorno depresivo varía a nivel mundial, donde en Japón presenta un 3% mientras que los Estados Unidos 17%. Para los demás países, el trastorno depresivo tiene una prevalencia

que va desde 8 a 12%. (Padilla et al. 2017)

En el informe realizado por la OPS de estimaciones sanitarias mundiales se obtuvo que cerca del 5,4% padece depresión y 3,6% ansiedad. Donde se observa que la depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%). (OPS, 2017)

Hernandez (2010) refiere que a partir de la prevalencia de depresión surge la importancia de brindar atención psicológica con un modelo terapéutico encaminado a disminuir las manifestaciones de éste, como el modelo cognitivo conductual, el cual inicia con una primera evaluación del inventario de Beck y el CES-D a una mujer adulta, para identificar el grado y los síntomas de este trastorno. Acto seguido se enfocó en la intervención de la TCC; finalizando con resultados óptimos.

De manera que concluyó que la terapia cognitivo conductual realizada fue exitosa, ya que en las evaluaciones iniciales la paciente obtuvo un puntaje de 23 presentando una depresión moderada en el inventario de Beck, mientras que en el “CES-D” obtiene depresión mayor con una puntuación elevada de 40 puntos. Mientras que en la segunda evaluación del inventario obtuvo 4 puntos donde evidencia ausencia de manifestaciones, en el otro solo 2 puntos, notando la disminución de síntomas en ambas pruebas. Bajo esta intervención, se consideró que la terapia TCC es un modelo adecuado para intervenir en la disminución de las manifestaciones de depresión. (Hernandez M. , 2010)

#### ***1.1.4 Etiología***

En cuanto a la etiología de la depresión tenemos diversos factores que son relevantes para el caso:

#### **Factor biológico**

La depresión se produce por una interacción de factores biológicos como alteraciones de los neurotransmisores como la serotonina, dopamina, noradrenalina, cambios hormonales, componentes genéticos; entre otros. (Vidal, 2020)

**Factor social:**

Como menciona Cantero et al. (2009), es un factor predominante en personas con depresión como los problemas interpersonales o conyugales, pérdidas, falta de apoyo social, problemas económicos y laborales. En este caso particular de la paciente “Angie” existió 2 factores determinantes para la aparición de la Depresión, como el problema conyugal que tenía y el diagnóstico posterior de su enfermedad como el cáncer al colón.

Según la OPS (2017) afirma que, algunas mujeres que han padecido algún tipo de violencia, precisamente de “pareja” tienen más posibilidades de desarrollar algún tipo de depresión en comparación a mujeres no violentadas o que no han sufrido alguna agresión alguna.

Asimismo, González (2014) menciona que, haber estado casada con anterioridad (separada o viuda), estar de baja por enfermedad o por maternidad, el desempleo o tener algún tipo de discapacidad se han asociado a un mayor riesgo de padecer depresión.

Los primeros estudios acerca de depresión mayor en cuidado primario encontraron que existía una alta prevalencia estimada entre 4.8% y 13%. Coyne et al. (2002)

En poblaciones con diagnósticos médicos; estudios recientes muestran una prevalencia entre 6% y 14%, un tiempo de incidencia de 15% y dos a tres veces más común en las personas hospitalizadas o con enfermedades crónicas que en otros grupos de personas. (Fisch, 2004)

Se considera que los pacientes en cuidado primario pueden experimentar ansiedad y depresión debido a las secuelas fisiológicas de las enfermedades o sus tratamientos, respuesta psicológica ante la enfermedad, presencia de otras condiciones médicas, número total de síntomas

físicos, trastornos relacionados con el abuso de sustancias, uso de múltiple fármacos, privación sensorial, pérdida de funcionamiento físico, aislamiento, dependencia de otros, cambios en los estilos de vida, estigma, autoadministración de tareas, amenazas a la dignidad y a la autoestima, estrés, autovaloración pobre del estado de salud, perturbaciones de las transiciones vitales y disminución de recursos (Bisshop, Kriesgman, Beekman, & Deeg, 2004).

### **Factor psicológico:**

Un factor predominante en las personas depresivas es el psicológico en el cual se puede encontrar que se debe a situaciones estresantes, vulnerabilidad, rasgos de personalidad, el procesamiento de información, pensamientos distorsionados, sesgos cognitivos como contenido relacionado con pérdidas dentro del dominio personal y con una visión negativa del yo, del mundo y del futuro debido probablemente al resultado de procesos u operaciones cognitivas "erróneas". (Sanz, 1993)

#### ***1.1.5 Clasificación de la depresión***

En el informe que realizó la Organización Mundial de la Salud (2020) acerca de la clasificación de la depresión menciona que dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Así mismo continuando con los lineamientos de clasificación en las guías clínicas para atención primaria, tenemos a los manuales DSM-V y la CIE-10, en donde se menciona los siguientes tipos de depresión.

En primer lugar, tenemos a la CIE-10 que clasifica a trastornos del humor o afectivos hacia la depresión desde el F30 hasta el F39. Mencionaremos lo más relevante para el estudio de caso.

- **F32 Episodios depresivos:** En cualquiera de los episodios depresivos debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo 2 de los 3 síntomas incluidos en la depresión: humor depresivo, pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar, aumento de fatigabilidad. Además, debe estar presente también 1 o más síntomas del criterio “C”. (OMS, 2020)

En donde se encuentran estos subtipos :

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación

- **F33 Trastorno depresivo recurrente:** Concretizando, hace referencia a varios episodios con anterioridad depresivos, que van desde leve hasta moderado, donde no hay antecedentes de “manía” y es importante señalar que en estos casos los consultantes tienen una condición depresiva, desinterés, baja autoestima entre otros síntomas que van a mantener el trastorno. “En episodios iniciales como el caso leve, la persona seguirá desarrollando sus actividades. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones”. (OMS, 2020)

Por otro lado, tenemos Al DSM-V, en donde en esta nueva guía hace una clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastorno bipolar y trastornos relacionados”. No hay cambios con respecto a los criterios diagnósticos, para el

episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación.

La particularidad principal sigue siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos uno tiene que ser estado de ánimo depresivo o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El trastorno depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada.

### ***1.1.6 Sintomatología***

Según OMS (1992) en la clasificación de trastornos mentales CIE 10 los episodios depresivos típicos generan un humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y cansancio exagerado. Entre otros que podemos señalar a continuación:

- Bajo nivel de atención y concentración
- Pérdida progresiva de confianza en sí mismo/a
- Presencia de sentimientos de inferioridad
- Ideas de culpa e inutilidad
- Concepción de ver el futuro sombrío.
- Problemas para conciliar sueño
- Hiporexia
- Presencia de pensamientos distorsionados
- Actos suicidas o posibles autoagresiones

Así mismo el diagnóstico se da cuando hay una duración aproximada de dos semanas. Mientras que el trastorno depresivo recurrente se caracteriza por la aparición de episodios

repetidos de depresión, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía. (OMS, 1992)

Según Beck (1983), la diversidad de síntomas están ligados a ciertos estados del ánimo.

- **Síntomas afectivos:** Se presenta decaimiento, llanto frecuente, así como tristeza patológica, sentimientos de culpabilidad e inutilidad, irritabilidad.

- **Síntomas motivacionales:** Se evidencia déficit de la capacidad del disfrute, falta de toma de decisiones, disminución de las actividades diarias.

- **Síntomas conductuales:** Se ve afectado sus relaciones interpersonales ya que suelen aislarse y su interacción con los demás va disminuyendo.

- **Síntomas cognitivos:** Se presentan dificultades en atender y comprender, así como pensamientos distorsionados y errores cognitivos.

- **Síntomas físicos:** Se ve afectado el ciclo del sueño, hiporexia, disminución del deseo sexual.

### ***1.1.7 Consecuencias***

Como resultado de diversas investigaciones a lo largo de los años acerca de la depresión hay ciertas consecuencias que se dan en diferentes áreas que puede presentar las personas quienes lo padecen, las cuales son:

- **Sociales**

Generalmente los individuos con cuadros depresivos, van teniendo el comportamiento de aislarse y pérdida de sus principales fuentes de apoyo. Así mismo se sienten desmotivados por lo que les cuesta iniciar nuevos vínculos o mantener su círculo más cercano, también suelen pensar que en su estado de ánimo van a ser una “carga” para los demás por lo que poco a poco van perdiendo sus lazos sociales. (OPS, 2017)

- **Laborales**

En efecto en las personas se presenta disminución del rendimiento en el trabajo. La depresión puede presentar en algunos individuos ciertas fallas en la memoria, dificultad para concentrarse y otros déficits cognitivos. Estas consecuencias hacen que la persona se sienta incapaz de realizar su trabajo con normalidad. (Mingote et al., 2009)

- **Personales**

Uno de los principales síntomas que se dan en los consultantes es la pérdida de interés, por ejemplo, actividades diarias que le gustaba realizar dejan de hacerlas. Esto hace que no tengan refuerzos positivos en su día a día lo que hace que su estado de ánimo negativo se acentúe. (Sanidad, 2014)

- **Familiares**

Como mencionan (Pezo, Costa, & Komura, 2004), en su investigación las relaciones familiares de las personas con depresión, en muchas ocasiones se ven deterioradas debido a que en su etapa inicial la propia familia no sabe acerca de las manifestaciones del miembro quien la padece y desconocen todo lo que puede vivenciar la persona. Por lo que generalmente se aíslan y prefieren no pasar tiempo de calidad con la familia.

- **Suicidio**

La tasa de prevalencia es 21 veces superior a la población general. Este autor reafirma que existe fuerte relación entre depresión y conducta suicida, sobre todo, entre los grupos más vulnerables donde se visualiza a adolescentes y adultos teniendo en cuenta que la diferencia entre mujeres y hombres es notable, ya que el segundo se ve incrementado. De hecho, los expertos señalan que el 90% de las personas que cometen suicidio tienen un problema de salud mental, principalmente depresión. (Martin del Campo, 2019)

### ***1.1.8 Modelos explicativos de la Depresión***

En cuanto a su explicación acerca de la depresión es importante mencionar diferentes teorías que sustentan este trastorno afectivo.

En primer lugar, tenemos a las teorías conductuales de la depresión, donde se caracterizan fundamentalmente por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas (Antonuccio, Ward, & Tearnan, 1989). Los tratamientos conductuales de la depresión tienden a confiar en los hallazgos empíricos de la psicología experimental.

Asimismo, el modelo conductual afirma que la depresión llega hacer aprendida de manera negativa entre la persona y su contexto, para ejemplificar mencionaremos lo siguiente; relaciones sociales totalmente contraproducentes o negativas, baja tasa de refuerzo. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción (Antonuccio et al. 1989).

Hoy en día existe diversos modelos conductuales de la depresión, mencionaré los más importantes:

- La disminución del refuerzo positivo

Según Lewinsohn (1975), como hace referencia “la depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente. El total de refuerzo positivo que consigue un sujeto es función de: 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2) el número de hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar; y 3) el conjunto de habilidades que posee una persona (p.ej., habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno”.

- Entrenamiento en Autocontrol

Rehm (1977), propuso un modelo de autocontrol para la depresión en el que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. A fin de que se ponga atención en técnicas y/o recursos como el propio auto refuerzo, manejo de contingencias.

En el entrenamiento de autocontrol, tal como lo desarrolló Rehm (1977), se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. Donde dicha teoría nos habla de esta relación totalmente negativa que existe entre la respuesta “cognitiva” y “conductual” que se dan en las personas con cuadros depresivos, donde valoran poco su progreso y los auto refuerzos están en déficit.

Cabe señalar que esta teoría no rechaza el factor ambiental sino la toma en cuenta, solo que se concentra en explicar que a causa del sesgo “cognitivo” de la persona propicia un desajuste en todo lo demás. Por otro lado, se debe agregar a la teoría cognitiva donde explica que la forma en como uno se aprecia a si mismo; a los demás y a los eventos puede desarrollar un trastorno depresivo. De manera que la forma en cómo va interpretando todo puede ser dañino para el consultante.

Así mismo se debe señalar que la reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978) y la teoría cognitiva de Beck, destacando que son las dos teorías cognitivas que tienen el mayor apoyo empírico de la depresión. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)

En cuanto a la teoría de la indefensión aprendida propuesta por Seligman (1975). Donde menciona “la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas.”

Por consiguiente, esto fue entendido como indefensión aprendida debido que el individuo actúa de una forma totalmente pasiva ante ciertas dificultades.

Posteriormente, Abramson et al. (1978) reformularon la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión.

Ahora bien, estos autores mencionan que las atribuciones pueden alternarse según cada dimensión. Para ilustrarlo mejor supongamos que una consultante va a en busca de un empleo y no la admiten, atribuye que es por su baja capacidad. Entonces la atribución sería “interna-global-estable” , si por el contrario ve que dicho empleo no era el óptimo para ella, en este caso sería “externa-especifica-inestable”. Lo cual se observa que las 3 dimensiones influirían en el individuo.

Se ha demostrado que es más probable que los individuos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos haciendo referencia a uno mismo, estables como irreversibles y globales que lo abarcan todo. (Peterson, Maier, & Seligman, 1993).

A su vez, Abramson et al. (1978), señalan que algunas de las características de la depresión vienen determinadas por el estilo atribucional de cada sujeto, como por ejemplo la presencia de una baja autoestima como resultado de una atribución personal.

## **1.2. Trastorno Depresivo Recurrente**

### ***1.2.1 Definición***

Es un trastorno que se distingue por haber episodios repetitivos de depresión con anterioridad, donde no debe haberse suscitado algún tipo de episodio, ya sea incremento del ánimo o manía. “El comienzo puede ser tanto agudo como insidioso, y la duración del cuadro varía desde unas pocas semanas a varios meses” (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Los episodios propios de este trastorno se ven latentes y de forma repetitiva en la paciente como lo afirma la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). (OMS, 1992)

### ***1.2.2 Epidemiología***

La incidencia anual del trastorno depresivo recurrente es de 1.59%, donde se obtiene la probabilidad acumulada de 26% en hombres y en mujeres a un 45%. Así mismo con respecto a la atención primaria se ve un incremento parcial. Por otro lado, las tasas de prevalencia de depresión en población afectada por otras enfermedades físicas son aún más elevadas, estimándose la presencia de trastornos depresivos en 22 a 33% entre todos los pacientes hospitalizados, en 33 a 42% de los pacientes con cáncer, en el 47% de los pacientes que sufrieron apoplejía, y del 33 al 45% entre los pacientes que sufrieron infarto del miocardio. (Sagastegui, Mazzoti, & Guimas, 2020)

### ***1.2.3 Clasificación del trastorno depresivo recurrente***

El manual de clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10) refiere el episodio depresivo, que ocurre cuando hay decaimiento del paciente, en su energía, productividad, concentración y apetito, pero si hay repetición de los episodios, se convierte en Trastorno Depresivo Recurrente, que se clasifica en episodio leve, moderado, grave con o sin síntomas psicóticos, y actualmente en remisión. (OPS, 1995)

De igual forma en el manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), se incluyen:

“El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, depresión mayor, distimia, disfórico premenstrual, depresión inducida por una sustancia, depresión no especificada, y depresión debido a otra afección médica.”

Todos ellos se caracterizan por un estado de ánimo triste, vacío o irritable, y se acompañan de cambios somáticos y cognitivos que afectan la funcionalidad del individuo. (APA, 2013)

### ***1.2.4 Comorbilidad del trastorno depresivo recurrente***

Como mencionan (Aragones & Piñol, 2009) los tipos de comorbilidad más frecuentes con la depresión debido a que tiene un impacto muy adverso a la salud mental de las personas y lo hace más susceptible a otras enfermedades estos son con frecuencia:

Los trastornos de somatización, los trastornos de la alimentación, los trastornos de ansiedad y el alcoholismo.

También padecer alguna enfermedad médica y finalmente haber sufrido un trauma muy significativo en el pasado o un hecho estresante.

### ***1.2.5 Tratamiento***

En relación con el trastorno depresivo recurrente la psicoterapia se realiza de manera personal o en grupo. En cuanto al tipo de terapias, las más avaladas por la investigación para tratar la depresión son dos: la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal. (Vallejo, 2016)

Por su lado, la terapia cognitivo conductual (Beck A. , 1983) se basa en que el estado de ánimo de la persona afectada está directamente relacionado con el contenido de sus pensamientos, los cuales a su vez afectan también al comportamiento. Posteriormente cuando comienza a llevar esta terapia el consultante será capaz de modificar a nivel “cognitivo y “conductual”, teniendo como resultado la mejoría de su estado de ánimo y un mejor ajuste en cuanto a sus pensamientos.

A fin de darle todas las herramientas al consultante y ayudar a que sea capaz de distinguir sus pensamientos errados, identifique en qué situación se presentan y lo reemplace por otros más flexibles o adecuados, modificando las conductas derivadas de estos pensamientos negativos. Para ello, la persona afectada debe adquirir un rol activo en la terapia, practicando las nuevas habilidades y conductas entrenadas en las sesiones mediante lo que en terapia se denomina “tareas para casa” (Pérez, Fernández, & Amigo, 2013)

También sería necesario mencionar a la terapia de activación conductual ya que aborda la depresión desde una visión contextualista explicándola como un conjunto de conductas que se dan en función de un contexto, cuyo efecto no depende de una entidad biológica o intrapsíquica, contemplando el medio ambiente y la historia personal, como los elementos principales en su explicación (Pérez M. , 2007).

### **1.3. Modelo: Terapia cognitivo conductual**

#### ***1.3.1 Historia***

En cuanto a los antecedentes más relevantes de la TCC nace por el descontento con el psicoanálisis, la marcada limitación del modelo conductual “E-R” , la insatisfacción con los aspectos metodológicos del conductismo primitivo, la ampliación de la psicología con la aparición de problemas psicológicos con mayor complejidad, y una base filosófica en la que se hace consideración global del ser humano en la que la conducta, pensamientos y sentimientos tienen el mismo nivel de importancia.

#### ***1.3.2 Antecedentes Filosóficos***

Con referencia a los antecedentes filosóficos tenemos que, en el siglo IV por parte de los Estoicos, para ser más específicos Epícteto nos dice que “los hombres no se perturban por causas de las cosas, sino por la interpretación que tienen de ellas” , ahí podemos observar desde un principio, se manejaba una idea clara acerca del pensamiento del hombre. (Salgado, 2001)

También dentro de esta corriente el taoísmo, es una idea fundamental en la mayoría de las escuelas que forman parte de la Filosofía China; sin embargo, para el taoísmo es referido como el principio de unidad absoluta, y al mismo tiempo mutable, que conforma la realidad suprema y el principio cosmogónico y ontológico de todas las cosas. Así, para los taoístas el Tao constituye la fuente, el patrón y la sustancia de todo lo existente, y el budismo, es básicamente una religión no-

teísta, pero también representa una filosofía, un método de entrenamiento espiritual y un sistema psicológico, el propósito del budismo es la eliminación de los sentimientos de insatisfacción vital, ambas llegaron a la conclusión de que las emociones humanas están basadas en las ideas. (Salgado, 2001)

Asu vez tenemos que Kant, introduce el concepto de “esquema cognitivo”, donde da una construcción mental de la experiencia que refleja al mismo tiempo el mundo real de los objetos y hechos siempre cambiantes, y la lógica subyacente de las categorías que la mente impone a la experiencia. (Kant, 1978)

La Terapia Cognitiva se enmarca más en el “idealismo y el racionalismo”, mientras que el Conductismo lo hace en el “materialismo y el empirismo”.

- Idealismo: La idea es principio del ser y del conocimiento.
- Racionalismo: El criterio de verdades intelectual y deductivo, no sensorial.
- Materialismo: Niega la existencia de sustancias espirituales y considera la materia como único constitutivo básico de la realidad.

- Empirismo: Mantiene la imposibilidad del conocimiento a priori, y que ninguna idea, por evidente y clara que sea, garantiza la realidad de su objeto. La experiencia es fuente única de conocimiento; los universales han de poder reducirse a contenidos empíricos o datos perceptivos. (Ruiz, Diaz, & Villalobos, 2012)

### ***1.3.3 Antecedentes Psicológicos***

Uno de los hechos iniciales más importantes en el surgimiento de la Terapia Cognitivo Conductual fue la publicación tanto del libro de Ellis llamado “Razón y emoción en psicoterapia” , como del artículo de Beck “*Thinking and depression*”, que es otro hito precursor del surgimiento de la terapia cognitiva. (Beck A. , 1983)

Años después, a mediados de los 70, se publican los primeros manuales sobre las terapias cognitivo-conductuales. El manual de tratamiento de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) aplicando la terapia cognitiva a la depresión, produciéndose a partir de ahí su paulatina consolidación.

Aporto también esta consolidación los estudios relacionados con psicología experimental y social sobre atención, memoria, percepción, etc. Donde mostraron cómo estos procesos psicológicos median la conducta humana. También el desarrollo de la psicología clínica, con la ampliación de su campo de intervención, el surgimiento de nuevos problemas.

La necesidad sentida por muchos autores, como son representativos los ejemplos de Ellis y Beck, de desechar modelos inadecuados de la conducta anormal, en lugar de renunciar a los procesos mediacionales, como hacía el conductismo tradicional, ni renunciar a la verificación empírica de las técnicas de tratamiento.

También se debe destacar estos modelos que fueron parte para el desarrollo del modelo cognitivo conductual:

1. **Condicionamiento clásico:** “El condicionamiento clásico propuesto por Iván Petrovich Pávlov es un método mediante el cual se asocia un estímulo condicionado con otro incondicionado. En este procedimiento se presentan dos estímulos con estrecha proximidad temporal. El primero, o EI, produce un reflejo. Después de un cierto número de ensayos, también el segundo, o EC, adquiere la cualidad de producir un reflejo semejante.” (Sarason, 1981)

2. **Condicionamiento operante:** Fue desarrollado por el reconocido B.F. Skinner, donde según este autor lo define, “Como un cambio en la probabilidad de la respuesta. Considera que se puede incidir en el comportamiento del individuo y hacer que llegue a una respuesta que se pretende o desea como la más probable.” (Hernández, 1998)

3. Aprendizaje social: Propuesto por Albert Bandura. Define al aprendizaje observacional como: “un tipo de aprendizaje que se consigue observando e imitando el comportamiento de los demás” (p. 36) (Bustamante, 2018)

#### ***1.3.4 Supuestos***

Fernández, García y Crespo (2012) mencionan los siguientes supuestos:

- El objeto del tratamiento es la conducta, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional).
- La conducta se conceptualiza como básicamente aprendida, es decir, fruto de los diversos factores que han operado en la historia del sujeto, sin ignorar la influencia de factores biológicos o sociales.
- El tratamiento conductual ha sido y es eminentemente activo. Implicando la realización de actividades por parte de la persona en su medio ambiente natural.
- El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están a la base del comportamiento.

#### ***1.3.5 Principios de la TCC***

En cuanto concierne a los principales principios del procedimiento de intervención el modelo cognitivo conductual se basa en estos que mencionaremos a continuación:

- “1. El Organismo humano responde a representaciones cognoscitivas del medio, no al medio propiamente dicho.
2. Estas representaciones cognoscitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje.
3. La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente.

4. Los pensamientos, sentimientos y las conductas son causalmente interactivos”  
(Mahoney, 1977 , citado por Salgado, 2001).

Por otro lado, según (Beck J. , 2000) considera que el modelo cognitivo conductual se basa en 10 principios básicos que orientan al terapeuta a una mejor estructura dentro de las sesiones:

- Principio 1: Formulación dinámica del paciente y sus problemas planteados en términos cognitivos.

- Principio 2: Busca acrecentar la alianza terapéutica.

- Principio 3: La cooperación activa se da a lo largo de las sesiones.

- Principio 4: Enfocado a objetivos y problemas concretos.

- Principio 5: Se enfoca en momento presente.

- Principio 6: Las sesiones son educativas.

- Principio 7: Hay un tiempo limitado.

- Principio 8: Las sesiones son estructuradas.

- Principio 9: El consultante aprende a delimitar a nivel cognitivo, conductual y emocional.

- Principio 10: Emplea diversidad de técnicas.

### ***1.3.6 Representantes de la TCC***

- Aaron T. Beck.

Creador de la terapia cognitiva para la depresión, Beck se enfocó en realizar un tratamiento de las depresiones teniendo en cuenta los pensamientos negativos de los pacientes que parte de sus esquemas cognitivos, triada cognitiva y errores de procesamiento de la información . (Beck A. , 1983)

- Albert Ellis

Creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y precursor del enfoque psicoterapéutico cognitivo, él intenta descubrir las irracionalidades de nuestros pensamientos y con ello, sanar las emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas que provocan, enfatiza el papel de las creencias en el desarrollo de los trastornos emocionales, defendiendo activamente que el cambio de creencias irracionales puede conducir a un cambio emocional y conductual.

Consideró al ser humano como un organismo complejo y biopsicosocial con una fuerte tendencia a establecer metas, cuando se intenta conseguir estas, en los distintos ambientes que conforman su entorno, se van encontrando acontecimientos activadores (A) por sí mismos no provocan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C); éstas dependerán de cómo se interprete (B) dicho acontecimiento activador (Ellis, 1984).

- Donald Meichenbaum.

Es uno de los fundadores de la terapia cognitivo conductual, creador del entrenamiento Auto instruccional y del entrenamiento en inoculación de estrés. Tiene como objetivo el instaurar o modificar el diálogo interno cuando lo que el individuo se dice a sí mismo supone una interferencia en la ejecución de una tarea específica, o bien presenta dificultades para abordar adecuadamente una situación, desde la psicología básica son consideradas estrategias metacognitivas cuyo objetivo es favorecer la auto regulación de la conducta. (Meichenbaum, 1987)

### ***1.3.7 Terapia cognitiva de Beck***

Fue desarrollada por Aaron Beck, la cual es considerada una de la más importantes para el abordaje depresivo, considera la triada cognitiva, esquemas, errores de procesamiento en información. Donde pone especial énfasis en el pensamiento, emoción y conducta.

Al mismo tiempo al trabajar cambiando las conductas, en la terapia nos concentramos en los pensamientos que rodean cada una de estas actividades y situaciones, para así lograr que haya un cambio permanente y que los síntomas vayan disminuyendo y causando menos incomodidad al paciente (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

Ayudando al paciente a ver sus avances en la terapia, entender que es lo que el terapeuta está haciendo y hasta que el mismo paciente pueda incorporar estos nuevos conocimientos a su vida diaria para mantener estas nuevas modificaciones y evitar que vuelva a los antiguos patrones (Rubio, 2015).

Por otro lado, dentro de su conceptualización para explicar la depresión Beck nos menciona lo siguiente:

- **Tríada cognitiva**

Consiste en la visión desfavorable de tres patrones que tiene el consultante: de sí mismo, del mundo y futuro.

- Visión negativa referente a sí mismo. La persona se critica constantemente, se considera poco eficiente, inútil y esto hace que atribuya a que sus experiencias serán desagradables debido a un defecto, moral o físico. (Beck A. , 1983)

- Visión negativa referente al mundo. Aquí el consultante piensa que las dificultades que se le presentan son insuperables, y por ende se siente frustrado. (Beck A. , 1983)

- Visión negativa referente al futuro. Se anticipa a las situaciones pensando que estas serán difíciles y de continuo sufrimiento. (Beck A. , 1983)

- **Esquemas**

“Los individuos utilizan sus esquemas para poder diferenciar y atribuir significado a lo que sucede en el mundo” (Beck J. , 2000).

La mayoría de las personas disponemos de una serie de esquemas que permiten que le demos sentido a los estímulos de tal forma que sean accesibles para nosotros, permitiendo identificar de qué forma vamos a afrontar las situaciones.

Mientras que las creencias son implícitamente el derivado de los esquemas, que nos permitirá a través de la experiencia entender o dar sentido a lo que pasamos en nuestro contexto.

Estos son:

- Creencias centrales o nucleares: Simboliza un nivel recóndito, duradero, difícil de cambiar con respecto a ideas o forma de pensar. (Beck A. , 1983)

- Creencias Intermedias: También no son conscientes en la persona, suelen expresarse como proposiciones condicionales como reglas. (Beck A. , 1983)

- **Errores en el Procesamiento de la Información**

Los errores sistémicos que se dan en la mente de una persona depresiva van a mantener la creencia de lo negativo de sus conceptos, a pesar de que esto se muestra lo contrario (Beck J. , 2000). Por su parte Beck nos menciona a las distorsiones cognitivas las cuales son:

**a) Inferencia arbitraria:** Se considera que los consultantes mayormente anticipan una conclusión, y no hay prueba o evidencia alguna.

**b) Abstracción selectiva:** En relación con esta distorsión el consultante solo toma en cuenta una sola peculiaridad de una situación, sin tener en cuenta lo demás e incorpora solo lo negativo.

**c) Generalización excesiva:** Se relaciona que aquí el consultante, partiendo de un hecho negativo suscitado, no va a cambiar y que seguirá pasando.

**d) Maximización y minimización:** Aquí el consultante sobre estima un hecho, subestima algo positivo o no le da mayor importancia.

**e) Personalización:** En definitiva, el consultante pensará que todo lo que pase es porque es el único responsable.

**f) Pensamiento dicotómico:** Cuando el consultante, solo toma en cuenta 2 categorías que son extremas.

### ***1.3.8 Técnicas utilizadas en el presente caso***

**Técnicas cognitivas.** Las técnicas cognitivas facilitan al consultante la oportunidad de reorganizar su estructura cognitiva, esto se logra mediante la identificación que realiza sobre sus pensamientos ilógicos, así como la comprensión de las reglas que se formulan para organizar la realidad que soportan a estas cogniciones. (Beck A. , 1983)

Tenemos como primera técnica, la psicoeducación que se va a realizar durante toda la intervención ya que nos permite brindar toda la información necesaria al paciente y a su contexto. Luego la reestructuración cognitiva que es la base fundamental en este modelo de intervención porque nos permitirá la modificación de pensamientos disfuncionales del paciente y finalmente los autorregistros, entre otros.

### **Técnicas conductuales**

En cambio, las técnicas conductuales facilitan la ejecución de las diversas tareas debido al análisis previo del comportamiento del consultante, así se alcanza el objetivo trazado en la intervención.

Con el propósito, el lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente para que se promueva una mejoría en su ejecución, lo que permite llegar a comprobar la validez de los pensamientos negativos; y cuando éstas se ven refutadas, la persona se siente motivada para

realizar tareas y actividades que pueden considerarse con mayor dificultad, al grado de enfrentarse con sus propias barreras (Beck A. , 1983)

Así pues, las técnicas conductuales que Beck (1983) propone en la intervención hacia la atención de trastornos como la depresión, hacen referencia al empleo de la “programación de actividades”, “técnicas de dominio y agrado”, “asignación de tareas graduales”, “práctica cognitiva”, “role playing” y “tareas para casa”.

Pero también se emplea dentro de este caso el entrenamiento en la respiración diafragmática y modelado.

### **Técnicas complementarias**

Adicionalmente a las técnicas mencionadas se integró otras técnicas que tuvieron como objetivo reforzar la Autoestima, Resiliencia, Estilos de Afrontamiento y Aceptación.

## CAPITULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO

### 2.1 Datos de filiación:

Nombres	: A.
Apellidos	: M.T.
Sexo	: Femenino
Edad	: 39 años
Fecha de nacimiento	: 10/12/1980
Lugar de nacimiento	: Lima
Lugar de procedencia	: Jesús María
Vive con	: Madre e hijos
Grado de instrucción	: Secundaria completa
Ocupación	: Ninguno
Estado civil	: Casada
Número de hijos	: 2
Número de hermanos	: 3
Posición entre hermanos	: Tercera
Religión	: Católica
Informante	: La paciente
Responsable de atención	: Interna Feijoo Gamboa, Alexandra
Fecha de evaluación	: 3,6,11 de septiembre 2019

### 2.2 Motivo de consulta:

Paciente que fue hospitalizada en sala de cirugía general siendo derivada por interconsulta a psicología, refirió lo siguiente: “Hace aproximadamente 2 meses me detectaron cáncer al colón

desde entonces me siento muy triste, decaída, sin ganas de realizar mis actividades como lo hacía antes, he bajado de peso y no puedo dormir por las noches ya que procesar esta noticia ha sido muy difícil para mí; me pongo a llorar cuando recuerdo a mi papá que falleció debido a esta enfermedad. Considero que todo esto que siento se ha intensificado ya que hace 2 años me diagnosticaron depresión leve porque sufrí violencia física y psicológica por parte de mi esposo y es allí donde recibí tratamiento farmacológico por parte del psiquiatra. Todo lo mencionado anteriormente ha generado que deje de trabajar en ventas de cosméticos y también de estudiar cosmetología, siento que ya no tengo fuerzas para hacerlo; me he aislado de algunas amistades incluso de mi propia familia. Constantemente me vienen pensamientos malos como me voy a morir, me va a salir todo mal, mis hijos van a sufrir por mi culpa, incluso a veces pienso que soy una mala madre. El único apoyo que tengo es de mi madre, mis hermanos y amigas cercanas, no tengo el apoyo del padre de mis hijos y tengo temor a que no los cuide y se desentienda, ya que quizás esta enfermedad que tengo pueda avanzar. Debido a todo esto a nivel personal, social y laboral me siento afectada y necesito ayuda.”

### ***2.2.1 Antecedentes previos***

En el 2017, cuando tenía 37 años, fue víctima de violencia familiar por parte de su conyugue sumado a la infidelidad. Esto ocasionándole gran malestar emocional a la evaluada.

En el 2017, cuando tenía 37 años fue diagnosticada depresión leve. A causa de lo mencionado anteriormente. Asistiendo a sus controles y recibiendo tratamiento farmacológico. Después de un tiempo siguió tratamiento psicológico, el cuál menciona que le fue de gran ayuda.

## **2.3 Historia personal**

### ***2.3.1 Etapa pre-natal***

Hija planificada y deseada por sus papas, su mamá Teresa tuvo un embarazo con reacciones

normales propio de su gestación; especificando como “vómitos y mareos los primeros meses” y que estuvo antojada de muchos dulces. Pero fuera de ello no se presentó alguna complicación.

### ***2.3.2 Etapa peri-natal***

Nació a los nueve meses por parto natural sin ningún contratiempo.

Lloro al nacer, luego fue llevada a la incubadora para poder asistirle y limpiarla.

Luego manifestó que fue alimentada por el pecho de su madre Teresa. Tuvo ese contacto cálido y natural con ella.

### ***2.3.3 Etapa post- natal***

La paciente mencionó que no hubo dificultades en la lactancia. Comía todo lo que le daba su madre. A los 9 meses comenzó a gatear, luego al año y medio ya había asociación de palabras. Al año y medio ya se sentaba por si sola. Dejó de utilizar pañales a los dos años y luego al poco tiempo ya empezaba a caminar y a correr. Su mamá siempre la observaba para evitar que se pueda lastimar.

Luego hasta los 3 años y medio aprendió a utilizar el bacín y así progresivamente ella pedía su madre para que le acompañe al baño.

Se fue acostumbrando hasta que aprendió por si sola. Tampoco se presentó alguna complicación que sea de consideración.

### ***2.3.4 Escolaridad***

Durante su etapa en el nivel inicial que inició a los 3 años, presentó ciertas dificultades para aprender cosas nuevas, por ello la madre de la paciente la ayudaba en casa. Le gustaba jugar mucho con sus compañeros de su salón y refiere que la profesora era muy atenta y amorosa con ella.

En su etapa de primaria cuando tenía 6 años, comentó que su rendimiento académico era promedio. El curso que más le gustaba y destacaba era arte y educación física. En cambio,

matemática era el curso que menos le agradaba y tenía ciertas dificultades. Manifestó que no tuvo problemas de conducta durante esta etapa y tenía adecuadas relaciones sociales con pares. Tenía dos mejores amigas “Adriana y Marcela” con ellas pasaba la mayor parte del tiempo en el salón, les gustaba bailar e ir al parque cada vez que se veían. Así mismo era obediente con los profesores y cumplía con las tareas asignadas.

En el nivel secundario refirió que tuvo un buen rendimiento, trataba de dar lo mejor de sí, destacaba en letras y manualidades. Cumplía con sus actividades escolares y respetaba a sus profesores. Mantenía el vínculo con sus mejores amigas y su grupo social creció más. Participaba en eventos académicos ya que era algo que le causaba mucho interés. Sus padres “Teresa y Cesar” le trataban de dar todo lo posible pese a algunas necesidades económicas que presentaban.

### ***2.3.5 Enfermedades***

Dentro de su historial médico, en su infancia y adolescencia no tuvo alguna enfermedad de consideración.

En el 2017 cuando tenía 37 años fue diagnosticada con depresión. Asistiendo a sus controles y tomando sus medicamentos.

Tiempo después en el 2019 fue diagnosticada con neoplasia maligna de colón. Llevando un control periódico con tratamiento.

### ***2.3.6 Historia Psicosexual***

La paciente refirió que sus padres desde pequeña le explicaban ciertos temas; lo primero fue de su cuerpo que era como un “templo” y nadie podía tocar sin su consentimiento y si alguien lo hacía que no se quedará callada; ellos estaban para protegerla. También comentó que le explicaron cómo es que una mujer y hombre deciden traer un hijo al mundo y como es el proceso.

Ellos fueron muy cuidadosos al explicarle, al principio ella no comprendía, pero al pasar

los años se daba cuenta. Así mismo su mamá le explico de que se trataba la menstruación y que era lo que tenía que hacer cuando comenzará a menstruar, desde utilizar toallas higiénicas hasta lavarse diariamente su área genital.

A los 15 años comenzó a tener atracción por el sexo opuesto. Le gustaba un compañero de su colegio, pero solo fue un gusto y no llego a iniciar ninguna relación solo de amistad.

A los 17 años manifestó que tuvo su primer enamorado llamado “Renato” donde duro aproximadamente un año, el cual refiere que inicio su primera relación sexual y le brindo cierta confianza, pero tiempo después refiere que él fue cambiando de actitud con ella era más controlador y celoso; lo cual la relación se iba volviéndose un poco tensa y decidió terminar y alejarse completamente. Tiempo después cuando cumplió 20 años conoció a su actual esposo “Marcos” con quién inicialmente su convivencia fue amena los primeros años. Pero tiempo después la relación se quebró debido a la infidelidad por parte de él, sumado a la violencia psicológica y física.

### ***2.3.7 Vida Marital***

La paciente manifestó que vivió más de 10 años con su esposo cuyo nombre es “Marcos”, refiriendo que al comienzo de la relación él era muy atento, cariñoso y detallista. Luego se tornó irrespetuoso, irritable y no le tenía la confianza de antes; lo desconocía totalmente por el comportamiento que presentaba; la celaba sin motivo alguno; golpeándola y maltratándola constantemente. Por lo cual causo mucho daño sobre todo emocional, donde decidió asistir al Psiquiatra para que la ayude.

Por otro lado, mencionó que se encuentran distanciados debido a la infidelidad por parte de él y por los constantes maltratos.

### ***2.3.8 Vida laboral***

La paciente manifestó que ha trabajado en ventas de cosméticos, lo cual le iba a bien y llevo ahorrar para sacar adelante a sus hijos. Pero en consecuencia de los problemas en torno a su familia específicamente con su esposo y luego al enterarse de la enfermedad que padece explica que actualmente ya dejo de trabajar, refiriendo que no tiene las fuerzas necesarias para hacerlo.

### ***2.3.9 Vida Social***

En cuanto a su niñez, la paciente mencionó que desde pequeña era muy inquieta y siempre le gustaba jugar con sus muñecas y otros niños.

En su adolescencia le gustaba jugar y pasar tiempo con sus hermanos, era muy cercana a ellos. En el colegio se relacionaba muy bien con sus compañeros y compañeras, aunque prefería pasar más tiempo con sus amigas más cercanas. También salía al parque o ver películas con sus amigas. Así mismo la paciente refirió que se ha alejado de amigos y familiares.

### ***2.3.10 Hábitos e intereses***

La paciente mencionó que le gusta ver televisión de preferencia las telenovelas. Así como escuchar música donde refiere que su género favorito son las baladas románticas. Le gusta ver revistas de belleza y conectarse a redes sociales como Facebook, WhatsApp e Instagram.

### ***2.3.11 Rasgos de Personalidad***

- Pesimista
- Sensible
- Negativista
- Dependiente
- Preocupada
- Insegura
- Susceptible

- Humilde
- Generosa

## **2.4 Historia familiar**

La paciente tuvo una familia nuclear, vivió con ambos padres y hermanos. Angie mencionó que sus padres siempre fueron muy pendientes de ella. Su padre se dedicó a trabajar para brindarles lo mejor y que no le faltará nada, su mamá se dedicó exclusivamente a su crianza y acompañarlos en todo momento.

Así mismo refirió que su dinámica familiar fue muy buena, tiene un gran amor hacia su padre ya que constantemente se preocupaba por ella y sus hermanos, era muy amoroso con su familia. Su madre de igual manera era atenta con ella y cariñosa, le daba mucha confianza para contarle sus cosas personales.

En tal sentido, se procede a mencionar lo referido por la paciente con respecto a sus familiares:

**Padre:** Su padre llamado Cesar, fallecido debido al cáncer de colon, teniendo como profesión Policía. Se caracterizaba por ser protector, amable y cariñoso. Mencionó que se dedicó a su familia y tenía muy buena relación con ella.

**Madre:** Su madre llamada Teresa, 75 años, ocupación ama de casa. Se caracteriza por ser cariñosa, amable, comunicativa, alegre, generosa y tolerante. Sufre de hipertensión y diabetes. Mencionó que es una mujer luchadora y muy dedicada a la familia, atenta con ella y mantiene muy buena relación.

**Hermanos:** De nombres Cesar y Renato, 47 y 49 respectivamente. Ambos se caracterizan por ser honestos, confiables y protectores. Mencionó que sus hermanos siempre han sido muy comunicativos con ella y le dan todo su apoyo, ellos mantienen muy buena relación.

Esposo: De nombre Marcos, 45 años, ocupación actual Policía. Se caracterizaba por ser un hombre, violento, manipulador y agresivo. Mencionó que tiene una mala relación con ella y sus hijos.

Hijos: Fabricio y Mateo, 10 y 7 años respectivamente. Considera que ambos son muy amorosos, risueños, alegres y juguetones. Mantiene muy buena relación con sus hijos y los engríe.

Por otra parte, mencionó que vive solo con sus hijos y madre ya que el motivo principal es porque debido a los constantes maltrato que sufría por parte de su esposo, decidió botarlo de su casa. La relación era muy conflictiva y la maltrataba constantemente. Ella refirió que la ruptura familiar se dio a causa de los problemas con su esposo, sus hijos vivenciaron toda la violencia y no había respeto ante ellos.

Así mismo que sus hermanos están muy preocupados por ella y le preguntan cómo se encuentra y que la comunicación es continua.

## **2.5 Examen mental**

Porte:

- Aparenta edad cronológica y sexo
- Tez trigueña, cabello largo y oscuro
- Biotipo leptosómico
- Adecuado aseo y aliño personal
- Vestimenta acorde a la estación

Comportamiento:

- Marcha lenta
- Postura encorvada
- Ojos llorosos

- Expresión facial temerosa
- Facies de tristeza y preocupación
- Mirada parcialmente sostenida y selectiva

Actitud:

- Intranquila
- Colaboradora en el proceso

Conciencia:

- Lúcida y vigilante

Orientación:

- Orientada en tiempo espacio y persona

Atención:

- Presenta una atención parcialmente selectiva y sostenida

Intelecto:

- Nivel promedio

Pensamiento:

- Alteración del contenido: ideas de culpa, minusvalía y pesimista.
- Distorsiones cognitivas: Visión Catastrófica, Pensamiento Polarizado, Etiquetado,

Personalización: “Soy una mala madre” “todo me sale mal” me voy a morir”, “mis hijos van a sufrir por mi culpa”, “debería estar bien, pero dios lo quiso así”

Memoria:

- Memoria a corto y largo plazo conservada

Lenguaje:

- Entre cortante, tono de voz bajo

- Bagaje acorde a edad y grado de instrucción

Percepción:

- Adecuada interpretación de estímulos externos

Afectividad:

- Tristeza patológica
- Apatía y anhedonia

Voluntad:

- Hay desinterés en desarrollar actividades.

Sueño:

- Problemas para conciliar el sueño

Apetito:

- Hiporexia

Conciencia de enfermedad:

- Hay conciencia de enfermedad

## **2.6 Listado de signos y síntomas**

### **Signos:**

Marcha lenta

Postura encorvada

Expresión facial temerosa

Tono de voz bajo

Lenguaje coherente

Biotipo leptosómico

Aparenta edad cronológica y sexo

Adecuado aseo personal  
Vestimenta acorde a la estación  
Lúcida  
Memoria adecuada  
Percepción adecuada  
Mirada parcialmente sostenida y selectiva  
Actitud colaboradora  
Intranquila  
Ojos llorosos  
Facies de preocupación y tristeza  
Ánimo deprimido

**Síntomas:**

Ideas de culpa  
Ideas de minusvalía  
Ideas pesimistas  
Tristeza patológica  
Presencia de pensamientos distorsionados  
Filtraje  
Etiquetado  
Visión catastrófica  
Baja autoestima  
Preocupación  
Dificultad para conciliar el sueño

Disminución en el apetito

Disminución de la energía

Falta de motivación

Melancolía

Anhedonia

Violencia familiar

**Listado de síndromes:**

Síndrome depresivo

Síndrome de la mujer maltratada

**2.7 Impresión diagnóstica:**

**F33.1**

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

**Y070**

Síndrome de maltrato por esposo y pareja.

**2.8 Informe psicológico**

**I. Datos de filiación**

Apellidos y Nombres	: A.M.T
Sexo	: Femenino
Edad	: 39 años
Fecha de Nacimiento	: 10/12/1980
Lugar de Nacimiento	: Lima
Grado de Instrucción	: Secundaria completa
Ocupación	: Ninguno

Estado civil : Casada  
Distrito de Procedencia : Jesús María  
Numero de hermanos : 3  
Posición entre hermanos : 3/3  
Religión : Católica  
Informante : Paciente  
Responsable de atención : Int. Feijoo Gamboa, Alexandra  
Fecha de evaluación : 3,6,11 de septiembre de 2019

## **II. Motivo de consulta**

Paciente que fue hospitalizada en sala de cirugía general siendo derivada por interconsulta a psicología, refirió lo siguiente: “Hace aproximadamente 2 meses me detectaron cáncer al colón desde entonces me siento muy triste, decaída, sin ganas de realizar mis actividades como lo hacía antes, he bajado de peso y no puedo dormir por las noches ya que procesar esta noticia ha sido muy difícil para mí; me pongo a llorar cuando recuerdo a mi papá que falleció debido a esta enfermedad. Considero que todo esto que siento se ha intensificado ya que hace 2 años me diagnosticaron depresión leve porque sufrí violencia física y psicológica por parte de mi esposo y es allí donde recibí tratamiento farmacológico por parte del psiquiatra. Todo lo mencionado anteriormente ha generado que deje de trabajar en ventas de cosméticos y también de estudiar cosmetología, siento que ya no tengo fuerzas para hacerlo; me he aislado de algunas amistades incluso de mi propia familia. Constantemente me vienen pensamientos malos como me voy a morir, me va a salir todo mal, mis hijos van a sufrir por mi culpa, incluso a veces pienso que soy una mala madre. El único apoyo que tengo es de mi madre, mis hermanos y amigas cercanas, no tengo el apoyo del padre de mis hijos y tengo temor a que no los cuide y se desentienda, ya que

quizás esta enfermedad que tengo pueda avanzar. Debido a todo esto a nivel personal, social y laboral me siento afectada y necesito ayuda.”

### **III. Técnicas psicológicas aplicadas**

Entrevista psicológica

Observación conductual

Pruebas aplicadas:

1. Test de matrices progresivas Raven
2. El Inventario clínico multiaxial Millón II
3. El inventario Depresión de Beck (IDB-II)
4. Inventario de Pensamientos Automáticos
5. Ficha de Tamizaje violencia de pareja o expareja (MINSa)

### **IV. Observaciones generales y de conducta**

Paciente de sexo femenino, con una estatura 1.60m aproximadamente, aparenta edad cronológica, tez trigueña, contextura delgada; se observó un adecuado arreglo y aseo personal, vestimenta acorde a la estación. Asimismo, al inicio de la consulta tiene una marcha lenta y postura encorvada, mostro una actitud colaboradora durante el proceso, en todo momento estuvo lúcida, orientada tanto en tiempo, espacio y persona ya que menciona el día, mes, fecha y año donde se encuentra. Evidencia tristeza patológica, baja autoestima, facies de preocupación y disminución de la energía. Muestra una actitud pesimista e intranquila frente a su condición actual. No se evidencia alteración en la percepción ya que es capaz de poder percibir aspectos de la realidad. Presentando un nivel de pensamiento abstracto, de curso fluido, pero con alteración en el contenido como ideas de culpa, minusvalía y desesperanza. En cuanto a su lenguaje presenta una adecuada pronunciación, ya que es coherente y fluido, pero con un tono de voz bajo. Presenta una atención

y concentración parcial ya que por momentos se distraía. Con respecto a su memoria puede evocar hechos actuales como pasados. En cuanto a la afectividad, evidencia estado de ánimo deprimido manteniéndolo durante todo el proceso de evaluación.

## **V. Interpretación de resultados**

En el área de inteligencia, la evaluada obtiene un nivel que corresponde a 52 lo cual la ubicaría en el rango promedio. Evidenciando adecuada interpretación para el razonamiento abstracto.

En el área de personalidad, la evaluada impresiona una personalidad de tipo dependiente y sumisa, ya que en diversas situaciones acataba lo que le decían los demás en este caso su esposo, sin poder manifestar su propia decisión y todo ello reforzaba su baja autoestima ya que toleraba los constantes maltratos, pues no sabía cómo comunicar o rechazar todo acto que iba contra su integridad personal. En la actualidad denota una personalidad de tipo evitativo y esquizoide pues se siente insegura, prefiere aislarse de los demás incluso de algunos miembros de su familia por temor a ser criticada o rechazada, se muestra algo indiferente ante los halagos y no tiene interés como antes en realizar actividades que le generaban placer. Y finalmente suele mostrar una actitud auto derrotista frente a su contexto.

En el área de afectividad, la evaluada a nivel cuantitativo obtiene un puntaje de 22 el cual la ubica en un nivel moderado de depresión esto se respalda junto con el criterio clínico ya que menciona sentirse triste recurrentemente con llanto frecuente, presentando una disminución en su autoestima debido a los recuerdos y eventos negativos suscitados en su vida personal; manifiesta sentirse desanimada con respecto a su futuro debido a los pensamientos negativos en torno a la enfermedad que padece y adopta una postura de autocriticarse en repetidas ocasiones. No disfruta en realizar actividades como salir al parque con sus hijos, estudiar o trabajar y en su mayoría ha

dejado de hacerlas. Todo lo mencionado ha llegado a alterar su funcionabilidad en el área social, personal, familiar y laboral.

En cuanto a su dinámica familiar, se evidencia problemas conyugales y violencia familiar.

## **V. Conclusiones**

En el **área de inteligencia**, evidencia una categoría perteneciente al nivel promedio. Con adecuada capacidad para el razonamiento abstracto.

En el **área de personalidad**, evidencia una personalidad de tipo sumisa y dependiente ya que acepta situaciones que vayan contra su integridad, temiendo la falta de apoyo o desaprobación de su contexto. Por otro lado, se muestra como una persona solitaria y autoderrotista.

En el **área afectiva**, evidencia una depresión moderada ya que presenta tristeza patológica, sentimientos de inferioridad, pensamientos distorsionados perjudicando su desenvolvimiento personal, social y laboral.

En el **área familiar**, se observa una dinámica familiar disfuncional (violencia familiar).

## **VII. Recomendaciones**

Terapia Cognitivo Conductual

Tratamiento psiquiátrico

## 2.9 Análisis funcional

**Figura 1**

*Paciente: Impresión Diagnóstica: Trastorno Depresivo Recurrente, episodio actual moderado (F33.1)*

Antecedente	Respuesta	Consecuencia
<p><b><u>Externo</u></b> Cada vez que escucha a los médicos hablarle sobre su diagnóstico.</p> <p><b><u>Interno</u></b> Recordar el fallecimiento de su padre por el cáncer.</p>	<p><b>Cognitivo</b> <b><u>Pensamiento</u></b> <u>Automático:</u> “Me voy a morir” <b><u>Creencias</u></b> <u>Intermedias:</u> “Debería estar bien, pero dios lo quiso así” “todas las personales sanas, son felices” <b><u>Creencias</u></b> <u>Nucleares:</u> “Soy una mala madre” “todo me sale mal”</p> <p><b>Emocional</b> Tristeza patológica Culpa</p> <p><b>Fisiológico</b> Insomnio, llanto Pérdida de la energía, cansancio Disminución del apetito</p> <p><b>Motor</b> Aislamiento</p>	<p><b><u>Externo</u></b> Quedarse sola e irse del lugar donde estén sus familiares.</p> <p><b><u>Interno</u></b> Pensar “que se encontraría bien de salud si se hubiera cuidado.”</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p><b>Latencia:</b> Inmediata <b>Duración:</b> durante el día <b>Frecuencia:</b> Casi todos los días <b>Intensidad:</b> 9/10</p> </div>

**Figura 2**

*Paciente: Impresión Diagnóstica: Trastorno Depresivo Recurrente, episodio actual*

*moderado (F33.1)*

<b>Antecedente</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Consecuencia</b>
<p><b><u>Externo</u></b> No puedo dejarlos con mi esposo porque se desentiende con ellos.</p> <p><b><u>Interno</u></b> Pensar que dejará solos a sus hijos.</p>	<p><b>Cognitivo</b> <b><u>Pensamiento</u></b> <b><u>Automático:</u></b> “Mi esposo siempre se olvida de sus hijos” “Es mi culpa estar así”</p> <p><b><u>Creencias</u></b> <b><u>Intermedias:</u></b> “Tengo que estar con mis hijos, sino seré una mala madre”</p> <p><b><u>Creencias Nuclear</u></b> “Estoy sola” “Soy una mala madre”</p> <p><b>Emocional</b> Tristeza patológica Culpa</p> <p><b>Fisiológico</b> Insomnio, llanto Pérdida de la energía, cansancio Disminución del apetito</p> <p><b>Motor</b> Aislamiento Disminución de actividad psicomotriz</p>	<p><b><u>Externo</u></b> Evita el apoyo de su esposo debido a sus maltratos.</p> <p><b><u>Interno</u></b> “Si dejo a mis hijos, soy una mala madre”</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p><b>Latencia:</b> Inmediata</p> <p><b>Duración:</b> durante el día</p> <p><b>Frecuencia:</b> Casi todos los días</p> <p><b>Intensidad:</b> 9/10</p> </div>

## **CAPITULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

### **3.1 Justificación**

Con respecto a la recopilación de información de la paciente durante el proceso de evaluación, se evidencia que la paciente presenta un Trastorno Depresivo Recurrente; episodio actual moderado, pues a lo largo de su historial ha presentado ya más de un episodio sumado a las experiencias negativas y reforzantes que han configurado el trastorno. Presentando una visión negativa de sí misma y su futuro lo cual hace que tenga pensamientos pocos razonables y rígidos, lo que está ocasionando animo depresivo, irritabilidad, disminución de la energía y del placer.

Así mismo, en la Revista de Terapia Cognitivo Conductual de CETECIC nos menciona lo siguiente:

“el paciente depresivo desarrolla un esquema donde se le conoce como la triada cognitiva. El paciente se va percibiendo a sí mismo como incapaz e inútil. Por lo que interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde entonces con pasividad, resignada a no poder modificarlas.” (Dahab, Rivadeneira, & Minici, 2002)

Por consiguiente, se realizó la terapia cognitivo conductual, para que la paciente identifique, cuestione y modifique los pensamientos distorsionados. Asimismo, incorporo nuevos pensamientos más adaptativos teniendo un manejo adecuado de las emociones y conductas. Por otro lado, con este programa de intervención se mejoró la calidad de vida y un mejor afrontamiento de la enfermedad; se trabajó ejercicios de respiración como la técnica de relajación diafragmática para disminuir los niveles de ansiedad que pueda presentar, también se aplicó reestructuración

cognitiva para modificar pensamientos negativos por positivo. Se trabajó con la familia que son parte fundamental y con un equipo multidisciplinario.

### **3.2. Objetivos**

#### **Objetivo general:**

➤ Identificar y modificar el sistema de pensamientos distorsionados instaurando nuevas formas de pensar de forma flexible y lógica de esa manera se dé el cambio emocional y conductual, pudiéndose optimizar su desempeño personal y familiar.

#### **Objetivos Específicos:**

➤ Restablecer la alianza psicoterapéutica entre paciente y terapeuta para establecer el contrato psicoterapéutico.

➤ Psico educar a la paciente desde el modelo Cognitivo Conductual, de esa manera tendrá un mejor entendimiento de la sintomatología de su problemática actual.

➤ Psico educar a la familia con respecto sobre una visión participativa entre sus miembros para disminuir o atenuar riesgos que se pueden producir en la paciente bajo los lineamientos del modelo cognitivo conductual.

➤ Lograr la activación conductual de la paciente mediante la programación y realización de actividades.

➤ Revisar junto con la paciente la programación y realización de actividades. Así como también incluir el termómetro emocional en su actividad diaria.

➤ Entrenar a la paciente en la identificación de la situación, pensamiento, emoción y conducta mediante los autorregistros.

➤ Entrenar a la paciente en la detección de distorsiones cognitivas con el fin de modificar los errores lógicos de pensar dentro y fuera de las sesiones.

- Incorporar dentro de las actividades la técnica de dominio y agrado donde el paciente realice lista de actividades que le gustaba y que le gustaría hacer.
- Enseñar la técnica de respiración diagramática mediante el modelado, para disminuir la ansiedad que se pueda presentar.
- Reestructurar las cogniciones disfuncionales que presenta el paciente con la finalidad de modificarlas por otros pensamientos más adaptativos.

### **3.3 Metodología**

El desarrollo de la terapia se llevará a cabo en 12 sesiones. Así mismo cada sesión durará aproximadamente 45 minutos, una vez por semana, en donde se aplicarán las diversas técnicas expuestas para lograr los objetivos propuestos.

Se establecerá una alianza terapéutica eficaz y un contrato terapéutico con la paciente en el cual se estipulará su participación, la asistencia puntual a las sesiones, la realización de las actividades en sesión y desarrollo correcto de las asignaciones para la casa; lo cual ayudará al paciente adquirir nuevas formas de pensamiento que repercutirán sobre su conducta y su forma de sentir.

### **3.4 Procedimiento**

A continuación, se presenta las sesiones de intervención realizadas, donde se empleará las letras “T” y “P” para referirse al terapeuta y paciente.

#### **Sesión #1: 19 de septiembre de 2019**

##### **Objetivo de la sesión**

- Restablecer una alianza terapéutica entre paciente-terapeuta para generar adherencia al tratamiento y así establecer el contrato terapéutico.

## **Técnicas**

- Psicoeducación
- Escucha activa
- Contrato terapéutico

## **Descripción de la sesión**

Se da la bienvenida a la paciente. Asimismo, se le preguntó a la paciente sobre cómo se encuentra, posteriormente se da inicio al contrato terapéutico con el paciente, realizándose el siguiente diálogo:

Terapeuta: Buenas tardes, señora Angie, es un gusto volver a verla de nuevo. ¿Qué tal su día?

Paciente: Buenos días, señorita psicóloga, he estado más o menos, cada vez siento más tristeza y cansancio, lloro todo el día.

T: Entiendo tu malestar Angie, por eso me gustaría saber cuáles son tus expectativas y que es que lo esperas de las sesiones, ya que es muy importante para mí saber qué es lo que piensas al respecto.

P: La verdad señorita lo que más quiero es poder estar bien y ya no sentir toda esta tristeza que me está afectando mucho. Mis hijos me necesitan y por ellos voy a hacer todo lo posible para mejorar. Además, no puedo seguir así no me va a ayudar en mi salud. Por eso espero que estas sesiones me ayuden a saber porque siento todo esto señorita psicóloga, ya que deseo mejorar lo más pronto posible, porque no me siento bien estando así.

T: Es importante saber Sra. Angie que la terapia será llevada de manera progresiva, por lo tanto, es un proceso que requiere tiempo y sobre todo su compromiso a asistir a todas las sesiones, además de realizar las tareas que se le dejará, ya que eso le ayudará afrontar su situación y así se

sentirá más tranquila.

P: Estoy de acuerdo con usted psicóloga, sé que esta terapia me será de mucha ayuda y me permitirá volver a realizar mis actividades como las hacía antes, además que me permitirá sentirme bien. Me comprometo a acudir a todas mis citas de manera puntual.

T: Que bueno Sra. Angie, tu compromiso es indispensable para que puedas ver los resultados, ya que con estas técnicas que usaremos, las cuales pertenecen al modelo cognitivo conductual, son eficaces para el tratamiento de la depresión obteniéndose resultados favorables en las personas.

P: Está bien psicóloga, entonces aprenderé cada una de ellas para ponerlas en práctica.

### **Conclusión**

Se alcanzó el objetivo planteado.

### **Sesión #2: 26 de septiembre de 2019**

#### **Objetivo de la sesión**

- Psico educar a la paciente desde la perspectiva del modelo cognitivo conductual, de esa manera tendrá un mejor entendimiento de la sintomatología de su problemática actual.

#### **Técnicas**

- Psicoeducación
- Escucha activa
- Dialogo expositivo

#### **Descripción de la sesión**

Se le da la bienvenida a la paciente al acudir al proceso psicoterapéutico, se le felicita por llegar puntual a su cita. Luego se le comunica sobre su problemática actual, así mismo se le explica bajo los lineamientos del modelo cognitivo conductual.

T: Buenos días, Angie, en esta sesión aprenderemos juntas sobre la depresión, y entenderás en qué consiste, cuáles son algunas de las causas, la sintomatología que presenta y sobre todo cuál es el tratamiento que usaremos para que pueda mejorar y sentirte bien.

P: Buenos días doctora, me interesa mucho saber sobre eso ya que deseo mejorar con prontitud porque no me siento bien estando así. Si bien estuve un tiempo donde el psiquiatra y tomaba mi medicina “fluoxetina” pero siento que no me ayudo por completo, ya que no fui al psicólogo ni llevé alguna terapia.

T: Me parece muy importante que lo menciones porque lo ideal es que hayas podido llevar en ese momento muy aparte de tu tratamiento farmacológico, la terapia psicológica. Pero ahora estamos en ese proceso y lo que vamos a buscar de aquí en adelante, es que juntas podamos entender que es lo que ha desencadenado tu pensar, sentir y actuar de una forma no tan funcional para ti y te ha ocasionado todo ese malestar que me has comentado.

P: Muchísimas gracias por ayudarme señorita, me siento en confianza y sé que voy a mejorar por mí y por mis hijos.

T: Muy bien Angie, si pudiéramos valorar esta tristeza o decaimiento; del 1 al 10, ¿Cuánto sería?

P: Mmm, pues siendo sincera doctora creo que un 9 o 10.

T: Ok, y si habláramos de la duración o la frecuencia en que vas sintiéndote así, por ejemplo: ¿Dura un par de horas y su duración es uno o tres días? ¿O es más?

P: Mayormente doctora, se da durante el día y es casi todos los días que me siento así. Yo sé que está mal porque es nada bonito sentirse así de deprimida. Para que me entienda mejor esto me pasa, a veces no puedo dormir y otras veces al despertarme me levanto cansada sin ganas de hacer nada, yo era bien activa en mis quehaceres, hasta ayudaba a mis hijos en sus tareas quizás

estoy siendo una mala madre y egoísta, pero no puedo doctora, siento como si mi cuerpo estuviera apagado y le faltara una recarga de pilas. Es más, deje de trabajar, ya no como igual mi apetito se redujo, he bajado de peso me veo más delgada.

T: Durante este proceso iremos comprendiendo mejor Angie, ahora voy a pasar a explicarte acerca de tu sentir, sobre lo que has estado conllevando durante estos meses, es decir sobre los algunos síntomas que has estado presentando, sobre esa tristeza que me comentas que es casi diaria , la poca energía o esa fatiga incluso que te da en algunas situaciones que me mencionaste como ayudar a tus hijos en sus actividades escolares, la disminución de tu apetito, el pesar por ir a tu trabajo y el por qué dejaste de lado algunas actividades que antes solías hacerlo.

P: Esta bien psicóloga, estaré atenta a su explicación.

T: A través de la evaluación, he podido llegar a la conclusión que lo que estas atravesando es una depresión moderada, lo cual, aunque no lo creas es muy común, por lo que no tienes que sentirte menos, ya que, hay que tener en cuenta que muchas personas han podido pasar por algo similar en algún momento.

T: Todos los síntomas que me mencionas pertenecen al diagnóstico de depresión, ¿Alguna vez has escuchado sobre la depresión?

P: Bueno por lo que se la depresión te altera el estado de ánimo, pero más no sé, el psiquiatra no me llevo a explicar bien.

T: No hay problema, te explicaré acerca de ello. (A continuación, se le hace entrega de un gráfico)

**Figura 3**

*La depresión y sus síntomas*



*Nota:* Adaptado de la depresión y sus síntomas de Marta Gherri, 2021, psicoactiva.com, CC BY 2.0

T: La depresión es un trastorno mental muy frecuente en todo el mundo, la cual se caracteriza por:

- ✓ Una tristeza que se prolonga por mucho tiempo, donde hay una pérdida de placer o disminución de energía, en ocasiones con sentimientos de culpa, irritabilidad, problemas de sueño, falta de concentración y cambio en el apetito.

- ✓ Donde en muchos casos se puede presentar desde un cuadro leve hasta un cuadro grave. Aquí es importante resaltar que cualquier persona puede presentar estos síntomas, en ocasiones se dan episodios iniciales y otros recurrentes, donde si se prolonga y hay muchos episodios repetidos puede presentarse un trastorno depresivo recurrente.

- ✓ Es por ello, que es muy importante acudir donde un profesional para que te pueda orientar. Se ha demostrado que la intervención psicológica temprana junto al tratamiento

farmacológico llega a tener resultados muy eficaces. Incluso la persona llega a mejorar y recuperar su bienestar.

P: ¡Oh, no sabía que uno podía presentar todas esas características y que la terapia llegara a ayudar tanto a la persona y entonces porque se da la depresión!

T: La depresión Angie, puede deberse a diversos factores en los siguientes cuadros entenderemos mejor acerca de esto:

- **Factor biológico:** La depresión se produce por una interacción de factores biológicos como (alteraciones de los neurotransmisores como la serotonina, dopamina, noradrenalina, cambios hormonales, componentes genéticos; entre otros.)
- **Factor social:** Problemas interpersonales o conyugales, pérdidas, falta de apoyo social, problemas económicos y laborales.
- **Factor psicológico:** Situaciones estresantes, vulnerabilidad, rasgos de personalidad, el procesamiento de información, pensamientos distorsionados, sesgos cognitivos, afrontamiento, etc.

T: Bien ahora que ya entendimos acerca de los factores, procederé a explicarte según la Terapia Cognitivo Conductual, ya que es lo que vamos a abordar a lo largo de las sesiones.

#### **Triada Cognitiva de Aaron Beck:**

La persona se ve a sí misma como alguien sin valor, ve el mundo como algo oscuro y horrible, ve el futuro sin esperanza.

#### ***Ejemplos:***

- ✓ **Visión negativa de uno mismo** = “Uno se puede ver torpe, desgraciada, incompetente, etc.”

- ✓ **Visión negativa del mundo** = “El mundo hace demandas excesivas o poco gratificantes”
- ✓ **Visión negativa sobre el futuro** = “Desesperanza, anticipa dificultades o sufrimiento”

**Esquemas:** Y nuestros esquemas, serian toda esa información lo que vamos almacenando, codificando debido a nuestro historial de experiencias previas. Lo cual genera que vayamos recordando e interpretando

**Distorsiones cognitivas:** Las distorsiones cognitivas serian una alteración en la interpretación de los hechos, es decir hay un error o sesgo en la manera como procesamos la información.

### **Conclusión**

Se alcanzó el objetivo planteado.

### **Sesión #3: 03 de octubre de 2019**

#### **Objetivo de la sesión**

- Psico educar a la madre acerca de la problemática de su hija.

#### **Técnicas**

- Psicoeducación
- Escucha activa
- Dialogo Expositivo

#### **Descripción de la sesión**

Se le da la bienvenida a la madre de la paciente por acudir al proceso psicoterapéutico, se le felicita por llegar puntual a la cita. Luego se le comunica sobre su problemática actual de su familiar, así mismo se le explica bajo los lineamientos del modelo cognitivo conductual y la importancia de apoyar como familia durante todo este proceso. Se utilizará la sigla “M” en referencia a que es la madre de la paciente.

T: Buenos días Sra. Teresa, le doy la bienvenida y gracias por asistir.

M: Buenos días, señorita psicóloga. Gracias a usted por llamarme.

T: El motivo por el cual está usted asistiendo el día de hoy es por una razón muy importante, que usted sepa más del problema emocional que la aqueja a su hija Angie y a su vez indicarle que su apoyo será fundamental durante todo este proceso. Ya que serán varias sesiones de aquí en adelante con su hija.

M: Si señorita, lo que más quiero en el mundo es que mi hijita este bien se recupere de esta enfermedad, que vuelva a casa y pueda estar con sus hijos que la extrañan mucho.

M: Yo señorita la notaba muy deprimida desde mucho tiempo atrás. Por la separación que tuvo con su esposo, que la verdad no me es grato hablar de él por la manera en cómo trato a mi hija.

T: Comprendo su interés y preocupación por su hija. Lo que me gustaría indicarle es que lo que buscamos en Angie es que mejore su estado emocional a lo largo de esta intervención psicoterapéutica.

M: Si señorita, ayúdela por favor. más bien en que consiste esta intervención que Ud. me dice?

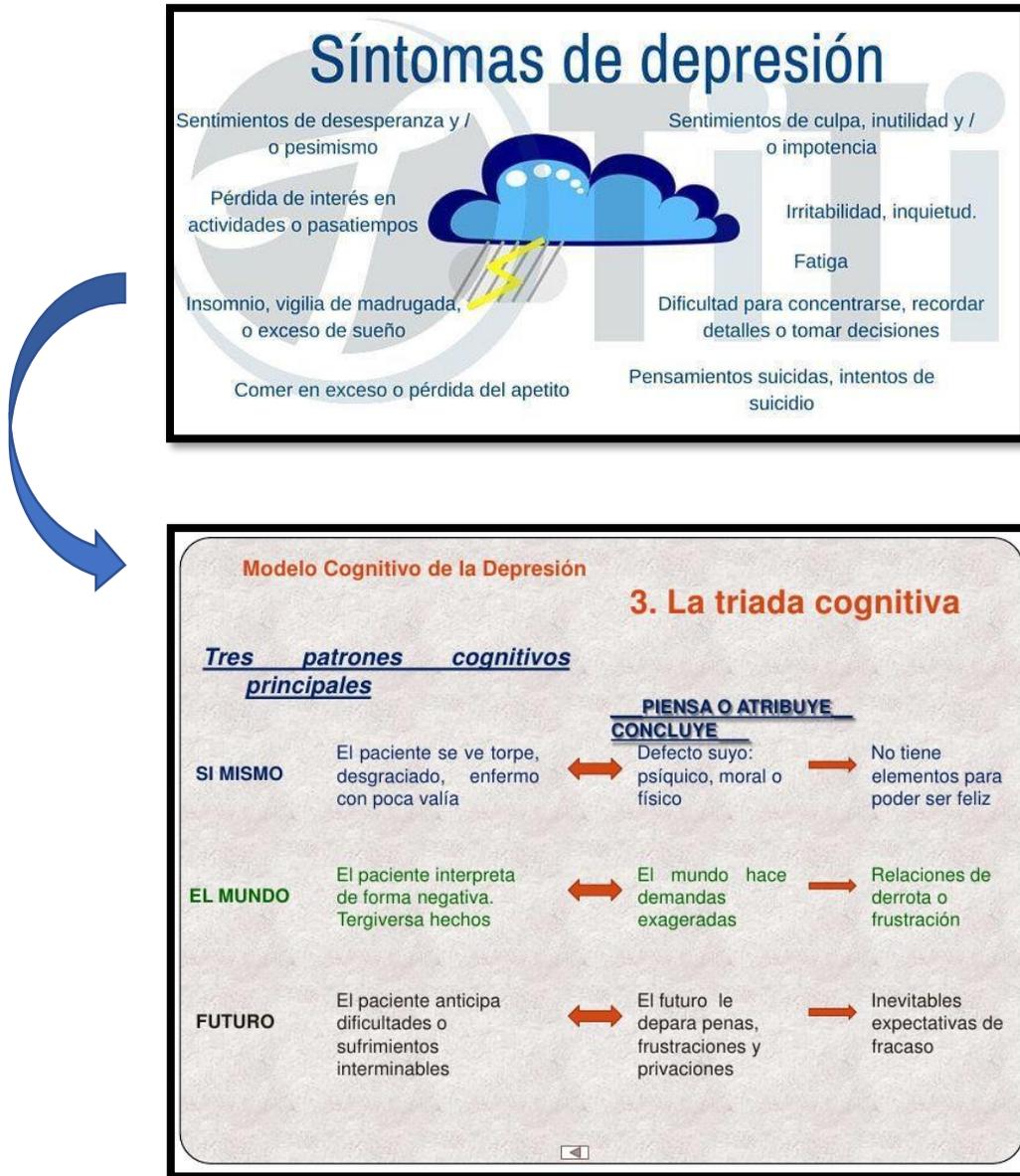
T: Como le decía este programa de intervención está enfocado en el modelo cognitivo conductual, donde la terapia que vamos a utilizar está respaldada a nivel mundial ya que es una terapia basada en evidencia y se ha demostrado en diferentes investigaciones su eficacia en el tratamiento contra la depresión, ansiedad, pánico entre otras problemáticas.

M: No sabía que existía ese tipo de terapias, pero me parece bien que me lo diga señorita psicóloga. Tengo mucha fe porque soy creyente en dios, que todo pasará pronto y mi hija con su ayuda se va a sanar muy pronto.

T: En breve le pasare a explicar sobre que trata la depresión, que síntomas presentan y como interviene el modelo cognitivo conductual.

**Figura 4**

*La depresión, síntomas y el modelo cognitivo conductual*



*Nota:* Adaptado de la depresión y sus síntomas de Marta Gherri, 2021, psicoactiva.com,

CC BY 2.0

M: Ahora comprendo mucho mejor de lo que le está pasando a mi hija y porque se está sintiendo así.

T: Exacto señora, es por ello por lo que se cree conveniente realizar esta intervención para reducir y dentro de lo posible eliminar la sintomatología depresiva que está presentando su hija. Y fomentar en ella una mejor respuesta en sus pensamientos y emociones.

T: Cabe reiterar que su apoyo es sumamente fundamental en este proceso, así como de sus demás familiares y amistades cercanas a ella.

M: No se preocupe doctora yo estaré ahí para motivarla y ayudarla en lo que se pueda a mi hija. Estaré atenta a sus indicaciones.

T: Muy bien señora Teresa, estaremos en contacto.

### **Conclusión**

Se alcanzó el objetivo planteado.

### **Sesión #4: 11 de octubre de 2019**

#### **Objetivo de la sesión**

- Lograr la activación conductual de la paciente mediante la programación y realización de actividades.

#### **Técnicas**

- Psicoeducación
- Escucha activa
- Programación de actividades

#### **Descripción de la sesión:**

Se le da la bienvenida a la paciente al acudir al proceso psicoterapéutico, se le felicita por llegar puntual a su cita. Luego se enfatiza en que esta sesión vamos a crear una agenda o lista de

actividades para todos los días y así poder programar. (tiempos, horarios, actividades alternativas...)

T: Buenos días, Angie, ¿Cómo estuvo tu semana?

P: Buenos días pues ahí como siempre doctora, me siento triste. Ya no realizo las cosas que me gustaban como antes.

T: Comprendo tu sentir. Por lo cual me gustaría explicarte acerca en cómo afecta esa tristeza que me comentas que estas sintiendo últimamente. En muchas ocasiones cuando una persona esta deprimida hay un abanico de emociones que va presentando y hay un desgaste tanto físico como mental. Entonces disminuye ese placer o interés de realizar las actividades que solías hacer; incluso puede uno llenarse de pensamientos negativos como de culpabilidad y reproche. Eso precisamente es lo que quiero trabajar contigo.

T: Lo que buscamos aquí es que puedas hacer cosas para sentirte bien y no esperar a que te sientas bien para hacer tus actividades. ¿Me dejo entender?

P: Si doctora, entonces si poco a poco voy haciendo cosas así no tenga ganas, ¿Más adelante eso me ayudará a mejorar?

T: Exacto, muy aparte que te ayude a mejorar, es que te mantengas en constante actividad con algo que te guste o agrade sin que te puedas aislar o evites las cosas que haces normalmente. Está comprobado que esta técnica ayuda mucho a repotenciar nuestras actividades y mejorar nuestro estilo de vida, con metas y objetivos replanteados.

P: Esta bien doctora. Me interesa mucho y seguiré a pie de letra sus indicaciones.

T: Genial Angie. Entonces vamos a elaborar una lista de actividades, lo que me gustaría sugerirte es que vayas a tu ritmo, no te sientas presionada. Recuerda que es algo nuevo para ti y no voy a calificar si está mal o bien, vamos a ir de a pocos, te iré explicando así que no te preocupes

por ello; y si te resulta sencillo o complicado realizarlo me lo comunicas con total confianza.

P: Si doctora, voy a intentarlo. Es algo nuevo nunca he hecho esta actividad.

- Horario de Lunes a Viernes:

**Tabla 1**

*Horario de la programación de actividades de la paciente “Angie”*

Hora	L	M	M	J	V	S	D
7-8	<i>Desayunar</i>	<i>Orar</i>	<i>Desayunar (comer un poco más)</i>				
9-10	<i>Ver tv</i>	<i>Desayunar</i>	<i>Limpiar</i>				
11-12			<i>Bailar Ihora</i>				
12-13	<i>Preparar el almuerzo</i>		<i>Visitar a mis hermanos</i>				
14-15		<i>Leer</i>					
16-17	<i>Caminar</i>	<i>Llamar a un amigo</i>					
18-19							

T: Bien Angie pudimos identificar qué cosas te gustaría hacer y otras que has dejado de realizar, lo cual nos da ciertos alcances.

Se aplica e inicia con el diseño de su horario y se le indica que se revisará semanalmente la lista de actividades asignadas. Se le entregará una lectura como una asignación de tarea para la

próxima sesión.

### **Conclusión**

Se alcanzó el objetivo planteado.

### **Sesión #5: 18 de octubre de 2019**

#### **Objetivo de la sesión**

Revisar junto con la paciente la programación y realización de actividades. Así como también incluir el termómetro emocional en su actividad diaria.

#### **Técnicas**

- Psicoeducación
- Escucha activa
- Termómetro emocional
- Lista de actividades agradables.

#### **Descripción de la sesión**

Se le da la bienvenida a la paciente al acudir al proceso psicoterapéutico, se le felicita por llegar puntual a su cita. Luego se pasará a recapitular lo mencionado en la sesión anterior y las actividades que ha realizado durante la semana. Así mismo se le enseñó a que pueda identificar mediante la utilización de la técnica de termómetro emocional, como se ha sentido a lo largo de la semana y como aquellos pensamientos negativos están interfiriendo en su vida diaria.

T: Buenos Días Angie, bienvenida. ¿Cómo has estado?

P: Buenos días, ahí vamos doctorcita.

T: ¿Recuerdas lo que trabajamos la semana pasada?

P: Si doctora sobre la lista de actividades, ¿verdad?

T: Así es, sobre eso mismo. En esta ocasión tenemos esta hoja de lista de actividades agradables (Se le enseña a la paciente y se le da)

T: Cómo veras es una lista de diversas actividades agradables me gustaría que pudieras marcar lo que más te guste

P: Claro que, si doctora, voy a leerlo.

T: Muy bien Angie, ahora vamos a conocer acerca del termómetro emocional

P: ¿De qué se trata eso doctora? ¿Es como el termómetro para la fiebre?

T: Ajá es similar, solo que está enfocado en tu estado de ánimo.

### Figura 5

*Termómetro del estado de ánimo*

EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE DEPRESION Cuaderno para Participantes: Pensamientos: Sesión 4							
PROYECTO PERSONAL							
TERMOMETRO DEL ESTADO DE ANIMO							
DIA							
MEJOR ESTADO DE ANIMO	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6
ESTADO DE ANIMO REGULAR	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2
PEOR ESTADO DE ANIMO	1	1	1	1	1	1	1

Número de pensamientos dañinos \_\_\_\_\_

Número de pensamientos saludables \_\_\_\_\_

PROYECTO DE LA SESIÓN

- 1) Siga midiendo su estado de ánimo usando el Termómetro del Estado de Animo.
- 2) Lleve cuenta de sus pensamientos y trate de cambiar su forma de pensar de una manera saludable

*Nota:* Adaptado de Termómetro del estado de ánimo desde el modelo cognitivo conductual, de Erich Ipeen, 2006, Guía para el cliente.

T: A continuación, como verás hay 3 opciones que puedes estar sintiendo en tu día a día:

- ✓ Mejor estado ánimo
- ✓ Regular
- ✓ Peor estado de ánimo

T: ¿Podrías otorgar una opción desde lunes a domingo?, quizás como te hayas sentido en estos días o incluso hoy....

P: Si, voy a pensarlo.

P: el día lunes peor e.a (4) – martes regular e.a (5) - miércoles mejor e.a (6) jueves regular e.a (5) – viernes peor e.a (3) – sábado regular e.a (5) – domingo regular e.a (5) y hoy me siento regular doctora...

T: Gracias por intentarlo Angie, sigue así.

T: Ahora, como verás en la parte de abajo tenemos el número de pensamiento saludables y dañinos. Esto es para evaluar que tan recurrente son en ti esos pensamientos.

P: Ok doctora.

P: Mmm bueno creo que son alrededor de 7 u 8 pensamientos malos o como dice ahí dañinos.

T: ¿Me podrías decir cuáles son?

P: Claro, de que me voy a morir con esta enfermedad, es algo muy seguido ese pensamiento (silencio breve). Por que como le comenté mi padre murió con lo mismo. También de porque mi esposo ha sido tan cruel y malo conmigo, eso me hace sentir muy mal y otros más.

T: Muy bien has podido identificar esos pensamientos dañinos.

T: ¿Y los pensamientos saludables? ¿O solo tienes pensamientos malos?

P: (una risa breve), no doctora claro que también pienso positivo en que mis hijos son mi

fortaleza para seguir adelante, así como también tener el apoyo de mi madre y hermanos. Ellos son el principal motor.

T: Me parece muy importante que lo menciones. Por lo tanto, no hay emociones malas ni buenas, está en nosotros mismos, el poder de aceptarlas, no juzgarlas y sobre todo aprender a gestionarlas adecuadamente.

Y recuerda algo Angie tener ciertos altibajos emocionales nos hace mucho más humanos. Más de lo que crees. Uno no siempre va a ir por ahí en la vida siendo feliz en ocasiones se presentarán situaciones que nos podrán a prueba y es ahí donde tendremos esa capacidad de hacerle frente.

P: Entonces está en mi ir mejorando y aceptando que no todo siempre es color de rosa. A veces hasta lo gris resulta ser un color bonito y puede darnos otra mirada.

T: Exacto Angie, te felicito. Cuando tenemos mayor flexibilidad con nosotros mismos podemos modificar nuestro pensar, sentir y actuar, si sabemos que nos está generando un malestar como en tu caso.

P: Y lo haré por mi doctora, quiero mejorar y sé que con su ayuda voy a lograrlo.

T: Eso es todo por hoy Angie, nos vemos en la próxima sesión.

### **Conclusión**

Se alcanzó el objetivo planteado.

### **Sesión #6: 24 de octubre de 2019**

#### **Objetivo de la sesión**

Incorporar dentro de las actividades que domine y agrado para lograr que se dé cuenta de que no ha dejado de realizar las actividades que antes hacía.

#### **Técnicas**

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Escucha activa
- Dominio y Agrado

### **Descripción de la sesión**

Se le da la bienvenida a la paciente al acudir al proceso psicoterapéutico, se le felicita por llegar puntual a su sesión. En esta sesión se trabajó con la paciente, en donde tenía que valorar el dominio alcanzado en las actividades que se programaron, así también el placer alcanzado en su realización (las valoraciones están entre 0 y 5).

Esto nos permite reprogramar actividades con la paciente, de modo que aumente su dominio o agrado, o corregir distorsiones cognitivas.

T: Buenos días, Angie, bienvenida.

P: Buenos días doctora, muchas gracias.

T: En esta sesión vamos a desarrollar juntas una técnica en donde me gustaría que puedas identificar como te sientes al respecto realizando ciertas acciones en tu día a día o en todo caso puedes decirme que cosas realizas y cuanta satisfacción o placer te genera eso. ¿Lo vamos a valorar de (0 a 5) de acuerdo?

P: Si, doctora, le daré una lista de las cosas que hacía, me gustaría saber porque ya no siento tanta felicidad en hacer mis cosas como antes, me siento desganada en ocasiones.

T: Lo que sucede Angie, cuando te comentaba de la depresión que existían tipos y algunos síntomas que se van presentando, es lo que te está sucediendo a ti, y cuando ya nos encontramos en un cuadro moderado, disminuyen nuestras energías, la realización de nuestras actividades ya no son como más frecuencia, en muchas ocasiones ni nos puede interesar lo que hagamos o

perdemos por completo el placer en hacer algo. Sumado a que también nuestras emociones se pueden ir presentando tanto (tristeza, irritabilidad, desgano, culpabilidad entre otros) y eso nos genera seguir en ese tránsito.

Por lo cual a continuación vamos a llenar este cuadro para saber cómo va nuestro dominio y agrado con respecto a nuestras actividades.

**Tabla 2**

*Actividades que hacía antes de su hospitalización de la paciente “Angie”*

<b>Día: Viernes</b> <b>Hora:</b>	<b>Actividad</b>	<b>Dominio</b>	<b>Agrado</b>
8 AM	Desayunar	3	3
9 AM	Ver a mis hijos	3	5
11 AM	Ver tv	1	1
2 PM	Cocinar	1	3
3 PM	Bailar	2	3
4 PM	Salir al parque	1	2

**Tabla 3**

*Actividades que hizo durante su hospitalización de la paciente “Angie”*

<b>Día: Miércoles</b> <b>Hora:</b>	<b>Actividad</b>	<b>Dominio</b>	<b>Agrado</b>
7 AM	Ver a los médicos	1	1
8 AM	Desayunar	3	2
9 AM	Bañarme	1	1
11:30 AM	Llamar a mi madre	1	3
1 PM	Almorzar	1	2
3 PM	Hablar con mis hijos	3	5
5 PM	Ver mi celular y redes sociales	2	2

## **Conclusión**

Se alcanzó el objetivo planteado.

## **Sesión #7: 29 de octubre de 2019**

### **Objetivo de la sesión**

- Explicar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta.

### **Técnicas**

- Psicoeducación
- Escucha activa
- Autorregistros

### **Descripción de la sesión**

Se le da la bienvenida a la paciente al acudir al proceso psicoterapéutico, se le felicita por llegar puntual a su cita.

Se le explica que esta semana se identificara aquellos pensamientos que le generan malestar, así como discrimine en qué momento y situación se dan y que emociones le generan.

T: Buenos días, Angie, bienvenida nuevamente. Me da gusto que sigas esforzándote.

P: Buenos días doctora, muchas gracias. Me siento muy comprometida en mejorar.

T: Y lo lograras Angie. Esta semana vamos a trabajar en relación con tus pensamientos, emociones, y como reaccionas ante determinados hechos o situaciones que se puede presentar.

También que tanta importancia le damos, donde puede traernos algo positivo o negativo.

Se le presento los siguientes ejemplos para la explicación respectiva:

#### **Tabla 4**

*Ejemplo del Situación, Pensamiento, Emoción y Conducta en relación con una mujer llamada Paola.*

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
- Se le quemó la comida.	- “Soy una inútil”	- Enojo y Tristeza (10/10)	- Se encierra en su cuarto.

**Tabla 5**

*Ejemplo del Situación, Pensamiento, Emoción y Conducta en relación con un hombre llamado Carlos.*

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
- Se le quemó la comida.	- “A la próxima vez estaré más atento”	- Rabia (2/10)	- Sigue haciendo sus cosas y pide delivery.

T: ¿Qué pudiste notar con este ejercicio?

P: Bueno que la primera persona reacciono un poco mal se enfureció, se sintió mal y dejo de hacer sus cosas yéndose a su cuarto y la segunda con más tranquilidad siguió haciendo sus cosas. Eso pude notar.

T: Exacto, en este ejemplo pudimos ver que de una misma situación la persona “X y Y” tuvieron reacciones diferentes, incluso la intensidad de sus emociones fue diferente.

T: ¿Cuál crees que fue la reacción más adecuada?

P: La segunda doctora, respondió más sereno el joven y busco una solución más practica a mi parecer.

T: Muy bien Angie. A continuación, veras esta hoja y es necesario poder responderla. Ahora será necesario que puedas responderla tú sola guiándote del ejemplo que hicimos hace un

rato, tomando como referencia alguna situación que hayas pasado o estés pasando, y que reacción, pensamiento o emoción tuviste. Si tienes alguna duda me puedes consultar.

P: Esta bien doctora, lo intentare.

**Tabla 6**

*Realización del ejercicio de Situación, Pensamiento, Emoción y conducta de la paciente*

*“Angie”*

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
-Enterarme del cáncer al colon	“Me voy a morir”	Miedo (10/10) Tristeza (10/10)	- Alejarme de mis seres queridos
	“Estoy en una etapa inicial, hay muchos tratamientos”	Miedo (3/10) Serenidad (10/10)	- Buscar apoyo y estar con mi familia

P: Listo doctora, me costó un poco, pero seguí sus indicaciones.

T: Muy bien Angie, gracias por tomarte el tiempo. ¿Qué pudiste identificar?

P: Lo que me está sucediendo ahora de mi diagnóstico médico y ver como en esta situación en que me encuentro puedo reaccionar de manera diferente y no como lo hacía.

T: Exacto a veces en la manera en cómo percibimos ciertas situaciones va a repercutir en todo lo demás, tanto en tu modo de pensar, sentir y actuar. Es por ello que debes seguir reconociendo y comprometerte para que puedas ver ese cambio que tanto lo has mencionado.

T: Esto también servirá para puedas ser más flexible contigo misma en la situación que estas pasando o pases más adelante, reaccionar de manera más adaptativa y responder adecuadamente a los pensamientos que puedas tener más adelante.

Culminada la actividad, se realiza la retroalimentación con Angie y se indica que siga poniéndolo en práctica.

T: ¿Estimada Angie tienes alguna consulta que me quieras preguntar?

P: No doctora, muchas gracias si lo entiendo. Lo pondré en práctica para mejorar.

### **Conclusión**

Se alcanzó los objetivos planteados.

### **Sesión #8: 07 de noviembre de 2019**

#### **Objetivo de la sesión**

- Identificar los pensamientos automáticos y el tipo de error cognitivo

#### **Técnicas**

- Psicoeducación
- Feedback
- Tarjeta de Apoyo

#### **Descripción de la sesión**

T: Buenos días, Angie.

P: Buenos días doctora.

T: ¿Qué tal, como has estado estos días?

P: En general bien doctora, estuve practicando la tarea que me dejo sobre mis pensamientos

T: muy bien es importante que lo vayas practicando en tu día a día. Así puedes identificar más rápido y en relación con eso me gustaría saber...

T: ¿Que estás pensando en estos momentos?

P: Pues la verdad doctora, a veces tengo este pensamiento, ya no con tanta frecuencia porque estoy entendiendo en que mi modo de ver ciertas cosas no eran las más adecuadas para mí. Pero, por ejemplo, porque todo me está saliendo mala raíz de enterarme de mi diagnóstico y lo de

mi esposo... quizás es mi culpa estar así y pues también que soy una mala madre porque tengo que estar con mis hijos ellos están solos.

T: Ok comprendo ¿hay algún otro pensamiento?

P: De que quizás me voy a morir por mi enfermedad, es algo que pienso seguido y me hace poner muy triste.

T: Muy bien Angie, esto que pensaste, de forma rápida cuando te hice la pregunta, se le llaman pensamientos automáticos y hoy hablaremos ya un poco más acerca de tus pensamientos. ¿Primero, que es un pensamiento automático? Pues como su nombre lo dice un pensamiento de aparecer automáticamente, así como vemos en el gráfico, es lo primero que se nos viene inmediatamente a nuestra cabeza cuando sucede algo, una situación, como ahora que te hice la pregunta y me respondiste con lo primero que viene a tu cabeza.

P: Entonces los pensamientos automáticos es lo primero que se me puede ocurrir.

T: así es, sin embargo, no porque los pienses quiere decir que son verdaderos, en ocasiones estos pensamientos están errados y nos hacen ver de una forma inadecuada, es decir que no corresponde con lo que realmente es.

P: oh, entonces también uno puede equivocarse pensando así.

T: así es, no todos son ciertos y eso lo que aprenderemos a reconocer, ya que como habíamos visto antes, los pensamientos son una interpretación de la realidad, y si dicha interpretación está mal, es muy probable que nos cause emociones desagradables o conductas poco adaptativas.

P: claro, ya veo, es decir que ¿hay algunos pensamientos que me mienten?, ¿algo así?

T: así es y aquí tengo un listado, en este cuadro, para revisar como es que nos mienten, para eso miremos el título que dice error cognitivo, está bien ya que son errores que suelen ocurrir en

nuestro día a día. A continuación, te explicaré en el siguiente cuadro acerca más sobre estos errores cognitivos.

**Tabla 7**

*Ejemplificación de los tipos de errores cognitivos a la paciente “Angie”*

<b>Error Cognitivo</b>	<b>Definición</b>
<b>1. Inferencia arbitraria</b>	<p>Por ejemplo, este tipo de error quiere decir que la persona va a saltar a una conclusión errada sin una evidencia claramente notable. puede pensar así: “Nadie me toma en serio, esa persona piensa que soy un don nadie”</p>
<b>2. Abstracción selectiva</b>	<p>En este tipo de error la persona solo toma en cuenta un solo detalle, evento o situación y lo, exagera la importancia y lo lleva a un contexto sumamente negativo.</p> <p>“Se me cayó el celular, no va a prender”</p> <p>“Tire el azúcar, va a hacer un mal día para mi”</p>
<b>3. Generalización excesiva</b>	<p>Esta es más fácil de entender, por ejemplo, la persona puede pensar que, a partir de una experiencia no tan grata o negativa, inevitablemente le sucederá lo mismo a un futuro.</p> <p>“Perder a una amistad, puede hacerme pensar que no tendré más amigos”</p>
<b>4. Maximización y minimización</b>	<p>En relación con este tipo de error, se centra en que la persona va a maximizar todo lo malo y minimizar lo que es bueno.</p> <p>“Saqué de nota un 13 en el examen, mi esfuerzo no está dando resultados”</p>
<b>5. Personalización</b>	<p>Aquí es cuando uno mismo se imputa o atribuye algo que puede decir o manifestar otra persona.</p> <p>“Ella es infeliz, por mi culpa” “debe estar pensando que soy una tonta”</p>
<b>6. Pensamiento dicotómico</b>	<p>En cuanto a este tipo de pensamiento la persona puede catalogar en dos extremos u opuesto las cosas. Sin tener en cuenta algún punto medio.</p>

	“Todo me sale mal. Nada me sale bien” “hago todo o mejor no hago nada”
--	---

P: Doctora no sabía que podría tener todos esos pensamientos que me causan mucha tristeza.

T: Pues sí, son varios y estos errores son los que no nos permiten hacer una evaluación real de las situaciones y si te das cuenta, nos guían más hacia una perspectiva negativa. Sin embargo ¿tú crees que será solo negativo?

P: no creo, siempre hay cosas positivas también, pero esos errores, si nos ponen en el lado negativo de la situación. ¿Eso errores los tenemos todos?

T: Claro que sí, mediante estos ejercicios iremos detectando aquellos que son disfuncionales en ti para poder mejorarlos.

P: si, doctora es verdad, pero ¿cómo podre mejorar?

T: eso lo iremos realizando en las siguientes sesiones, por hoy veremos estos errores que surgen y que nublan nuestra visión de la realidad, para eso vamos a usar un ejemplo. Recuerdas lo que me mencionaste hace un ratito sobre que te venia un pensamiento de “todo me sale mal”

¿qué tipo de error cognitivo crees que es?

P: ¡Podría ser el pensamiento dicotómico, doctora!

T: ¡Exacto! muchas veces nuestros pensamientos erróneos se caracterizan por tener pensamientos extremistas, o todo es negativo o todo es positivo; o todo es muy bueno o todo es muy malo.

P: Ahora comprendo mejor, siento que realmente voy a poder superar lo que me está pasando y afrontare mejor mi enfermedad.

T: claro que podrás y esto se debe al compromiso que estas poniendo en las sesiones y actividades, sigue así, ¿está bien?

P: si doctora, ahora con muchas más ganas. Para mejorar por mí misma.

T: Finalmente Angie ya que pudiste comprender sobre que era el Pensamiento Automático, vas a tener esta tarjeta de apoyo cada vez que lo necesites o lo creas necesario utilizarla. Esto genera en nosotros que podamos tener pensamientos o respuestas más adaptativas.

P: Si doctora pude darme cuenta de que antes pensaba que me podía morir o bueno ese pensamiento era muy seguido, ahora comprendo que en algún momento me tocará morir como todos. Pero ahora tengo diversas opciones de tratamiento para él cáncer y será algo difícil, pero tengo el apoyo de mi familia de mis hijos y lo peor sería dejarme vencer. Voy a desafiar a estos pensamientos malos.

### **Figura 6**

*Tarjeta de Apoyo a la paciente “Angie”*

<b>Tarjeta de apoyo #1</b>
(lado 1) <b>Pensamiento Automático</b> “Me voy a morir”
(lado 2) <b>Respuesta Adaptativa</b> Es posible que en algún momento de mi vida pueda morir, pero en estos momentos hay muchos tratamientos para el cáncer de colon. Estoy en una etapa inicial, tal vez sea difícil esta enfermedad, pero voy a aprender más de ella, haré algo para cuidarme, teniendo una mejor alimentación, buscando otros tratamientos alternativos para sanarme. Y si tengo algo de miedo busco ayuda, hablar con alguien o acudir con mi terapeuta. No me daré por vencida y seguiré luchando hacia adelante y voy a desafiar estos pensamientos cada vez que pueda.

T: Eso es todo por hoy Angie, nos vemos en la próxima sesión.

P: Hasta luego doctora, muchas gracias.

## **Conclusión**

Se alcanzó el objetivo planteado.

## **Sesión #9: 14 noviembre de 2019**

### **Objetivo de la sesión**

- Conseguir que la paciente pueda reconocer algún estado de estrés o tensión para permitirse llegar a un estado de relajación a través de la técnica de Respiración diafragmática.

### **Técnicas**

- Psicoeducación
- Relajación diafragmática
- Dialogo expositivo
- Modelado
- Tarjeta de Apoyo y Asignación de tarea

### **Descripción de la sesión**

T: Buenos días, Angie, ¿Cómo nos sentimos hoy?

P: bien más tranquila doctora, solo a veces no puedo dormir.

T: ¿Cómo así? ¿Qué sientes?

P: Pues me muevo de la cama y durante la noche estuve pensando sobre mi enfermedad y me siento algo preocupada por los exámenes médicos que me harán mañana.

T: Entiendo, por eso hoy practicaremos juntas un ejercicio de respiración que nos permitirá relajarnos cada vez que lo necesites. ¿Te gustaría intentarlo?

P: Claro que sí doctora, me gustaría aprender

T: Muy bien primero lo intentaré yo para que puedas observar cómo se hace, pero antes te explicaré de que se trata, ¿está bien?

P: Listo doctora, empecemos.

T: Para comenzar es un tipo de respiración relajante que usa nuestro diafragma, que se encuentra aquí (se señala a la paciente).

Eso nos permite estar más relajados. A continuación, pasaremos a realizarlo.

T: Vamos a utilizar nuestras manos, una va a ir en el pecho y la otra en tu abdomen. Luego vamos a inhalar el aire inflando tu vientre suavemente, retenemos unos segundos, y luego expulsamos el aire “como desinflándonos”

T: Muy bien ahora es tu turno, yo te guiaré mientras lo haces. ¿Cómo te sentiste a realizarlo, es algo nuevo para ti verdad?

P: Sí doctora, al principio me dio risa, pero mientras escuchaba su voz, me concentre y me sentí más tranquila, como si tuviera una paz y mi abdomen también lo sentí diferente, nunca lo había hecho ¿Eso me ayudará a relajarme cierto?

T: En realidad nos trae muchos beneficios como: Disminuir algún dolor que tengamos, reducir nuestra ansiedad que se pueda presentar, ayudar a nuestra sangre a circular mejor, también a nuestro ritmo cardiaco. Vamos a liberarnos de todo el estrés que podamos almacenar en algunas zonas de nuestro cuerpo. Igual esto lo puedes complementar con otras actividades como el yoga o meditación.

P: Que interesante doctora no sabias de todos esos beneficios.

T: Por eso me gustaría pedirte que lo realices de aquí en adelante y cada vez que piensas algo que te haga sentir mal o te haga sentir tensa. Inténtalo, recuerda los pasos que hemos realizado ve a tu ritmo, aquí te dejaré un folleto para que puedas ponerlo en práctica.

T: Ahora Angie ¿recuerdas de la tarjeta de apoyo de la semana pasada?

P: Sí, doctora me ayudó muchísimo. Le comenté a mi mamá sobre esa tarjeta y le dije que

seguiría luchando y no me dejaré vencer.

T: Que bueno saberlo, Angie. La idea es que la puedas utilizar cuando quieras.

T: Hoy haremos otra tarjeta similar, pero enfocado a otro pensamiento automático, como por ejemplo cuando me comentabas que no podías hacer tus cosas. ¿lo intentamos?

P: Por favor, doctora me gustaría volver a intentarlo.

### **Figura 7**

*Tarjeta de Apoyo a la paciente “Angie”*

<b>Tarjeta de apoyo #2</b>
(lado 1) <b>Pensamiento Automático:</b> “No puedo hacer esto”
(lado 2) <b>Respuesta Adaptativa:</b> Es posible que no tenga la fuerza necesaria o piense que no pueda hacer algo, pero lo intento, volveré a trabajar, aunque sea por casa vendiendo maquillaje, compraré los productos e intentaré comenzar con algo, lo peor que puede pasar es que no pueda vender nada, pero quizás me cueste al comienzo, y pueda pedir ayuda a mi madre y sé que ella puede apoyarme o alguna amiga, Eso siempre será mejor que no haberlo intentado.

T: Te felicito nuevamente Angie, estas mejorando notablemente.

P: Muchísimas gracias doctora, lo voy a practicar más seguido y le iré comentando como me está yendo en la próxima sesión.

T: Nos vemos en la próxima sesión.

### **Conclusión**

Se alcanzó el objetivo planteado.

### **Sesión #10: 21 de noviembre de 2019**

#### **Objetivo de la sesión**

Reestructurar las cogniciones disfuncionales que presenta el paciente con la finalidad de

modificarlas por otros pensamientos más adaptativos.

### **Técnicas**

- Psicoeducación
- Escucha activa
- Reestructuración Cognitiva

### **Descripción de la sesión**

Se inicia la sesión con la retroalimentación de las sesiones pasadas y así mismo el aprendizaje y desarrollo de la reestructuración cognitiva, teniendo como base el análisis funcional del caso. Así mismo se describe a detalle.

T: Buenos días, Angie, ¿cómo te sientes hoy?

P: Buenos días Doctora, mucho mejor más tranquila. Estuve realizando la técnica de respiración diafragmática y justo le enseñaba a Marita (señalando a la otra paciente).

T: Justo te iba a preguntar de como estabas yendo con las técnicas y herramientas que hemos aprendido a lo largo de todo este tiempo. Qué bueno saber que puedas compartir un poco de lo aprendido a los demás.

P: Si doctora, enserio me siento mucho mejor con respecto a mis emociones. Estoy aprendiendo más acerca en como ciertos pensamientos que he tenido me hacían daño, he podido comprender mejor eso hasta el momento, casi todos los días reviso mi programación de actividades las pongo en práctica. Le he comentado a mis hermanos y mi mamá de cómo me voy sintiendo y están muy contentos por mi progreso. Gracias a su ayuda y también de los otros internos.

P: Mis hijos están felices esperándome en casa ya pronto estaré nuevamente con ellos. Y ni bien salga de acá trataré de disfrutar al máximo mi tiempo.

T: Recuerda que todo este progreso ha sido tuyo, junto a tu esfuerzo y compromiso. Esto

no solo te servirá para ahora sino para toda tu vida.

T: Muy bien a continuación vamos a resolver este cuadro (se le entrego), quizás se te haga familiar porque al inicio de las sesiones pudimos identificar con el ejemplo de la persona “X / Y”, ¿recuerdas?

P: Si claro que recuerdo, de la situación que hacía que reaccione de una manera u otra y mi forma de pensar igual.

T: Exacto aprendiste a identificarlo, pero esta vez está técnica es diferente se llama Reestructuración Cognitiva ya que te ayudará a debatir contigo misma sobre todo con esos pensamientos erróneos que tenías y darle un pensamiento alternativo ante cada situación. Esto quiere decir aprenderás a cuestionar esos pensamientos desadaptativos, ser más racional y flexible para ti, y también valorar como te hace sentir esta nueva forma de pensar.

P: Ahora lo sé doctora, siento que soy más flexible conmigo ahora.

T: Bien vamos a empezar.

### Tabla 8

*Realización de la técnica reestructuración Cognitiva a la paciente “Angie”*

<b><u>Situación</u></b> (Que te haya llevado pensar así)	<b><u>Pensamiento</u></b> (limitante o negativo/distorsionado)	<b><u>Emoción</u></b> (¿Cómo te hace sentir esa emoción?)	<b><u>Discusión cognitiva</u></b> (Cambio de pensamientos distorsionados)	<b><u>Pensamiento alternativo</u></b> ¿Qué otra forma de pensar puedes tener?	<b><u>¿Cómo te sientes con esta nueva forma de pensar?</u></b>
1. Cada vez que escucho a los médicos hablar sobre mi diagnóstico. 2. No poder estar con mis hijos	1. “Me voy a morir” 2. “Soy una mala madre”	1. Tristeza 2. Tristeza	¿Es absolutamente verdad lo que estás pensando? 1. Bueno la verdad no. 2. Creo que no es así. ¿Qué pruebas reales y	1. Tengo posibilidades de vivir, con otros tratamientos / Aún estoy en una etapa inicial, hay mucho por hacer.	1. Calmada y más esperanzada 2. Calmada y Segura

			concretas tienes? 1. Ninguna hasta el momento. 2. Lo único es que no puedo verlos ¿Qué podría pasar de malo? 1. Pues nada que la no funcione el tratamiento supongo. 2. Que este un tiempo sin verlos a mis hijos ¿Estoy basando mis pensamientos en hechos o sentimientos? 1. Más por sentimientos, sobre todo de tristeza. Solo por lo que voy sintiendo ahora ¿Podría estar malinterpretando una posible evidencia? 1. Posiblemente sea así. 2. Si puede ser.	2. Ya habrá oportunidad para compartir momentos con ellos / En estos momentos estoy en el hospital con mis chequeos y realizando mi tratamiento.	
--	--	--	---	--	--

P: Doctora me pareció muy interesante y me sentí mucho mejor al saber que a tener más pensamientos alternativos como lo exprese hace un rato, eso reduzca mi malestar.

T: Que bueno que lo tengas en claro, ya que cuestionarse y debatir esos pensamientos que tenemos, muchas veces no nos damos cuenta de que están distorsionados, es en este proceso que vas reconociendo y aprendiendo.

P: Si doctora en verdad, gracias por ayudarme a identificar esos pensamientos que no me estaban ayudando del todo y a crear más soluciones con pensamientos más positivos para mí.

P: Voy a continuar practicando esta técnica.

T: Muy bien Angie, mientras lo pongas en práctica, verás mejores resultados y sobre todo nueva manera de pensar frente a una situación. Te veré en la próxima cita con los seguimientos respectivos.

P: Muchas gracias, doctora me siento mucho mejor.

Conclusión

Se alcanzó el objetivo planteado.

**Sesión #1 seguimiento 1: enero 2020**

**Objetivo de la sesión:**

Realizar el seguimiento a la paciente, para ver si hubo algún cambio o reducción de síntomas depresivos.

**Técnicas:**

➤ Retroalimentación

**Descripción de la sesión:**

T: Buenas tardes, estimada Angie.

P: Buenas tardes doctorcita.

T: ¿Cómo has estado?

P: Pues doctora ya es un nuevo año, la verdad mucho mejor. Ya por fin en casa junto a mi madre y mis hijos, la verdad muy contenta por todas las bendiciones que estoy teniendo, gracias a Dios que me está ayudando. Quería contarle un par de cosas.

T: Cuéntame con confianza, ¿qué cosas son?

P: Pues retome mi trabajo de cosméticos ahora estoy vendiendo en línea, la verdad no me puedo quejar porque me está yendo bien, estoy teniendo mi clientela pues doctorcita y también

volveré a estudiar, ya estoy viendo mis horarios y cuanto es el costo de matrícula. Mis hermanos me están apoyando, ahora me siento más feliz con mis hijos, estoy aprendiendo a valorar más la vida.

T: Muy bien hecho Angie, me alegra mucho saber que has retomado lo que tanto te gustaba. Estoy segura de que con tu esfuerzo vas a alcanzar todo lo que te propongas y pues ahora estás disfrutando de eso a lado de tu familia, de tus hijos.

P: Si doctora, no sabe lo feliz y emocionada que estoy con todo esto que me está sucediendo.

T: Como sabes Angie, ya pasó un tiempo regular desde que iniciamos la terapia. Me gustaría saber ¿cómo te sientes ahora, que cambios has visto en ti?

P: el cambio más notorio que he visto en mi doctora es que ya no me siento deprimida como antes, ahora tengo muchas ganas de vivir de ser feliz, no quiero desperdiciar ningún segundo de mi vida poniéndome triste, aunque como usted me enseñó que la tristeza es una emoción como muchas otras y es parte de nuestra vida y claro habrá días grises, pero podemos afrontarlo sabiamente.

T: ¿Has utilizado alguna técnica que aprendimos en terapia durante este último tiempo?

P: Uy doctora casi todo, sobre todo me ha ayudado bastante la tarjeta de apoyo la tengo siempre cerca de mi como si fuera mi biblia, a veces se me cruzan pensamientos, pero veía la tarjetita y sabía que tenía que darle otro sentido.

T: ¿Cómo cual pensamiento?

P: de que la enfermedad podría avanzar, pero sabía que son por etapas y yo estoy con tratamiento, así que debo seguir cuidándome y tomando todas las medidas que me recomendó el médico.

T: Muy bien, ¿algo más pusiste en práctica?

P: Si ahora veo tutoriales en el “YouTube” de meditación y yoga, ya que me ayudo bastante la respiración diafragmática que usted me enseñó y sé que eso puede complementarlo. Ahora duermo mejor ya no estoy tan tensa, le cuento que ahora como mis comidas, estoy aprendiendo a cocinar gracias a mi mami, claro todo balanceado. También he hecho mi horario y lo pegue en la pared de mi cuarto para ver mis actividades que tengo que hacer día a día, así estoy más atenta. Tengo mi diario donde también expreso todo lo que siento y pienso. ¡Pongo en práctica esa técnica que me enseñó de la reestructuración cognitiva! ¿creo que así se llamaba verdad?

T: Exacto reestructuración cognitiva, y me parece bien que lo utilices ya que eso te va a ayudar a modificar esos pensamientos erróneos y crear pensamientos más adaptativos y adecuados para ti.

P: Si, doctora todo lo me enseñó me ha funcionado y me siento mejor gracias a eso.

T: ¿Cómo va el tema con tu esposo?

P: Pues la verdad doctora, solo llevamos buena relación como padres, el solo viene a ver a sus hijos, pero mantengo mi distancia prefiero las cosas así me siento más tranquila.

T: Todo lo que te haga sentir más tranquila es mejor que lo pongas en práctica.

P: Si doctora ya no me culpo por cosas del pasado.

T: ¿Como vas con tus hijos?

P: de maravilla doctora, recuerdo que antes me sentía culpable por lo de mi enfermedad y que no podía pasar tiempo con ellos, pero ya no, disfruto mucho estar con ellos, ahora voy más seguido al parque, juego con ellos, vemos películas.

P: Ah y le cuento me comprare una piscina grande para nadar, espero no romperla. (risas)

T: (risas)

T: Seguramente que no, solo con cuidado. Pero dentro de todo me alegra Angie que hayas mejorado y te haya ayudado mucho esta intervención. Pusiste mucho de tu parte y eso es algo que debemos destacarlo.

P: Si doctora, todo se debo a usted quien fue un ángel que se cruzó en ese momento. Yo creo mucho en Dios y sé que por algo estuvo ahí.

T: Me alegra que pienses. Eres una mujer fuerte y valiente Angie, aún tienes un camino por recorrer y mucho porque dar sobre todo a tus hijos que son tu principal motor. No hay ser humano que sea perfecto, ni ser humano que sea ajeno al dolor. Sigue empleando todo lo que te he enseñado a lo largo de estos meses.

P: Sigo luchando y seguiré aprendiendo doctora. Muchísimas gracias.

T: Perfecto Angie, la terapia ya culmino, pero de acá a 1 mes me volveré a comunicarme contigo para realizar el post test de las pruebas que te tome al inicio.

P: Esta bien doctorcita, cuídese mucho...Estamos en contacto.

### **Conclusión**

Se alcanzó el objetivo planteado.

### **Sesión #12, seguimiento 2: marzo 2020**

#### **Objetivo de la sesión:**

Realizar el segundo seguimiento a la paciente.

#### **Técnicas:**

➤ Retroalimentación

#### **Descripción de la sesión**

T: Buen día, Angie ¿cómo te encuentras?

P: Doctora que alegría escucharla, pues muy bien terminando de limpiar mi casa.

T: Oh comprendo Angie, si gustas puedo volver a llamar...

P: No doctorcita por favor, ya terminé prácticamente.

T: Esta bien, y ¿cómo te has sentido últimamente?

P: Muy bien doctora, más tranquila y feliz, ya empecé nuevamente a estudiar, pude ahorrar un poquito y me volví a matricular, se acuerda que le comenté eso la última vez.

T: Claro que sí, que buena noticia. Pon todo tu empeño lo harás excelente.

P: Si doctora, ese fue siempre mi sueño y estoy feliz de retomarlo nuevamente.

T: ¿Con tu familia alguna novedad?

P: Pues todo sigue muy bien, la próxima semana me voy de paseo con mis hijos y la familia en general. Nos vamos de camping a disfrutar un poco de la naturaleza y claro compartir tiempopreciado.

T: Recuerda que puedes poner en práctica las técnicas que hemos aprendido a lo largo de la terapia.

P: Si doctorcita, trato de poner en práctica lo que usted me ha enseñado, como le digo me siento más en calma conmigo misma, me estoy valorando más como mujer y como madre. Y cuidándome lo más que se pueda.

T: Perfecto entonces, cualquier cosa puedes comunicarte conmigo si lo llegas a necesitar, recuerda que tienes mi apoyo como psicóloga si lo llegas a necesitar nuevamente.

P: Si doctora, sé que la puedo contactar en cualquier momento. Muchísimas gracias por todo. Que dios la bendiga siempre.

### **Conclusión**

Se alcanzó el objetivo planteado.



## **CAPITULO IV: RESULTADOS**

### **4.1 Criterio del Paciente**

La paciente al culminar las sesiones de tratamiento refirió sentirse mucho mejor que al inicio de la terapia, expresando que ha observado una disminución significativa de la sintomatología depresiva. Mencionando que a nivel cognitivo ya no tiene pensamientos distorsionados que recurrentemente pensaba y le hacía ponerse triste. Reconociendo que la forma en como entendía pensaba y actuaba en torno a sus sentimientos y pensamientos le estaba generando un malestar significativo.

Asimismo, resaltó que a nivel afectivo se siente mucho mejor ya que las técnicas desarrolladas y aprendidas en las sesiones la ayudaron bastante a poder modificar el modo en como percibía e interpretaba lo que pasaba en su vida mencionando específicamente la técnica de reestructuración cognitiva, técnica de relajación, las tarjetas de apoyo y refiriendo también que las sigue poniendo en práctica. También señaló que su estado de ánimo está mucho más estable, su funcionalidad en torno a sus actividades mejoro ya que retomo sus estudios y trabajo en cosmetología vía online, así como practicar actividades de yoga, meditación, compartiendo más tiempo con la familia y sus hijos que ahora disfruta, valorando más la vida y sintiéndose más plena.

### **4.2 Criterio de otros profesionales**

De acuerdo con el historial clínico de la paciente, se observó que primero acudió al servicio de Psiquiatría en el año 2017 para recibir tratamiento para la depresión diagnosticada con depresión leve ya que en ese momento presentaba un problema conyugal que le afectaba psicológicamente por incidencias de violencia. Tiempo después acudió a un psicólogo de manera particular, ya que sentía que no había resultados con los fármacos, refiriendo que ayudo en algo en ese momento.

Posteriormente en el 2019 acude al hospital para chequeos médicos ya que sentía que algo

no andaba bien y fue allí donde la diagnostican con NM de Colón. Es allí donde tiempo después la hospitalizan en el servicio de Cirugía General y realizan una interconsulta con Psicología. Donde se inicia la intervención en terapia cognitivo conductual con resultados óptimos en la paciente. En la actualidad lleva controles médicos en el hospital y un seguimiento psicológico respectivo.

### **4.3 Criterio Psicométrico**

#### **Pre Test**

- En el inventario de Depresión de Beck BDI-II se obtuvo un puntaje total de 22 que la coloca dentro del rango de depresión moderada.
- En el inventario clínico multiaxial Millón II se obtuvieron los siguientes resultados iniciales en la escala esquizoide tuvo un puntaje de 105 y evitativo 102 que expresa un indicador elevado de estas, en auto derrotista obtuvo 98, distimia 96, depresión mayor 85 y dependiente 85 que también evidencia un rango elevado.
- En la prueba de Matrices Progresivas Raven obtuvo un puntaje de 52 ubicándola en el rango III que corresponde a la categoría promedio.
- En el inventario de Pensamientos Automáticos en filtraje tuvo un puntaje de 8 lo cual indica que tiene tendencia a sufrir por la forma de interpretar los hechos en su vida.

Mientras que en, los deberías tuvo un puntaje de 6, Visión Catastrófica y Pensamiento Polarizado obtuvo 5 y eso indicaría que actualmente le afecta de manera importante.

#### **Post Test**

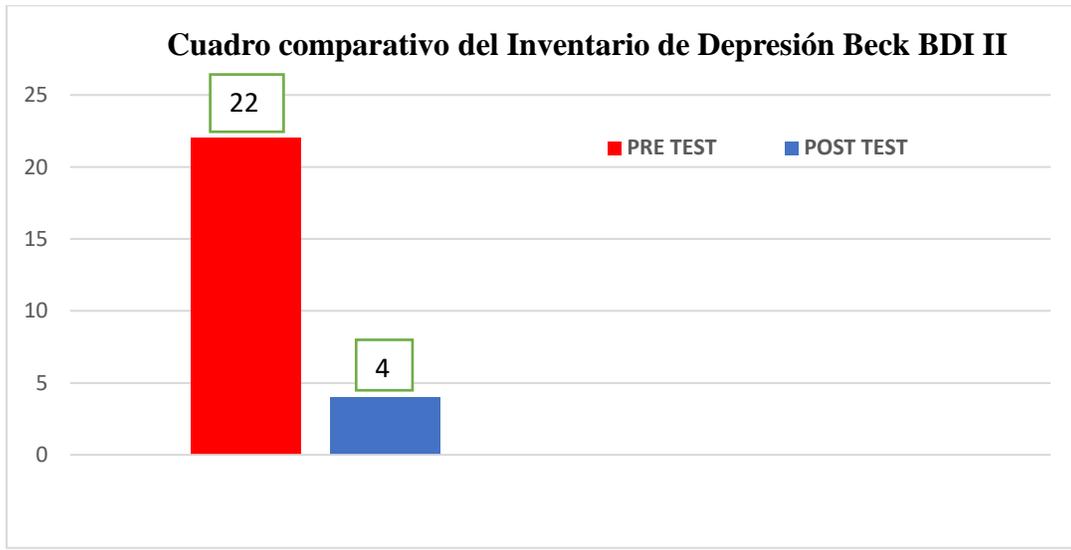
- En el inventario de Depresión de Beck BDI-II, la paciente obtuvo un puntaje de 4, respecto a lo cual la ubica en el rango de normalidad.
- En el inventario clínico multiaxial Millón II se obtuvieron estos resultados finales, esquizoide obtuvo un puntaje de 62 y evitativo puntúa 69 que refleja un indicador sugestivo, en

las escalas auto derrotista obtiene 58, distimia 37, depresión mayor 45 donde expresa un indicador bajo de estas. Mientras que en la escala dependiente obtiene 71 donde indica un rango sugestivo, y finalmente en la escala compulsivo puntúa 78 donde la ubica en moderado.

- En la prueba de Matrices Progresivas Raven obtuvo un puntaje de 54 ubicándola en el rango III categoría promedio.
- En el inventario de Pensamientos Automáticos de Lujan, en filtraje y falacia de recompensa divina obtuvo un puntaje de 2 reflejando que actualmente aún le afectan de manera importante estos pensamientos. Mientras que en los demás pensamientos que la afectaban con anterioridad actualmente ya no le generan malestar.

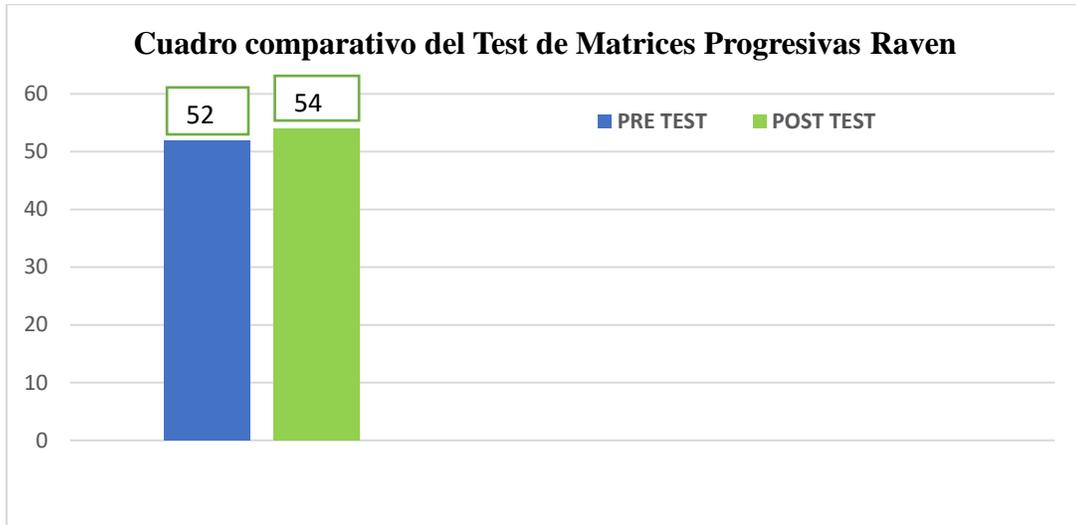
**Figura 8**

*Puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck de la paciente "Angie"*



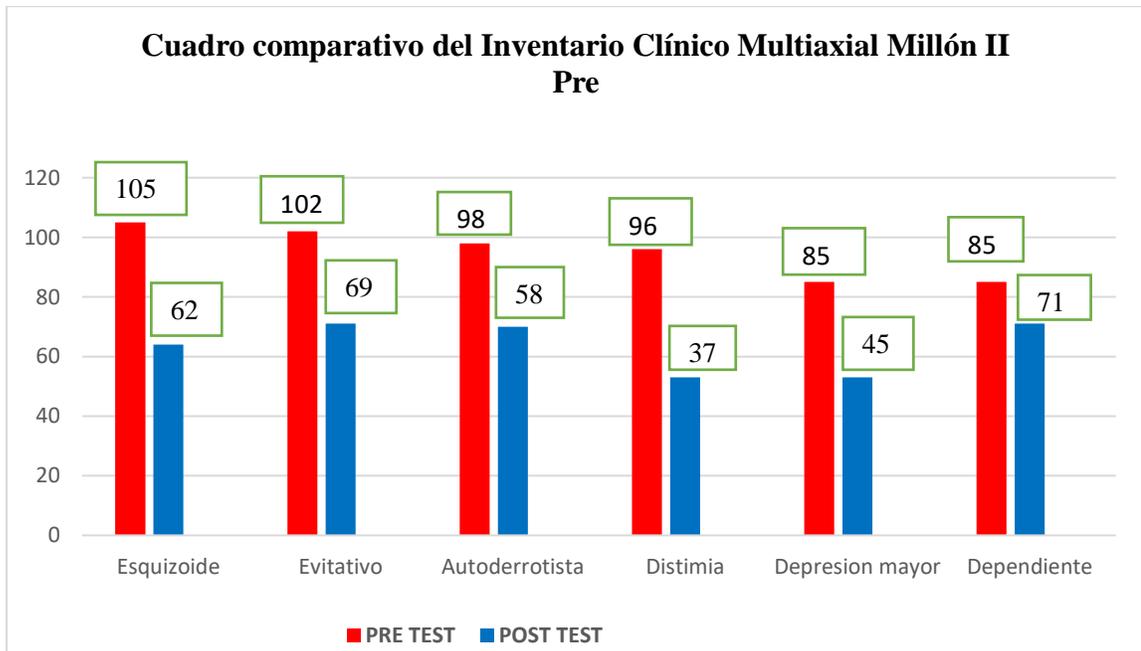
**Figura 9**

*Puntajes obtenidos en la prueba Matrices Progresivas de Raven de la paciente “Angie”*



**Figura 10**

*Puntajes Obtenidos en el Inventario Clínico Multiaxial Millón II de la paciente “Angie”*



#### 4.4 Criterio Clínico

En cuanto al criterio clínico de las intervenciones psicoterapéuticas y de seguimiento,

la paciente ha logrado obtener:

- Una disminución significativa de los síntomas del trastorno depresivo recurrente, como la tristeza patológica, baja autoestima, culpabilidad, desesperanza, falta de energía y de interés, apetito, entre otros. Así como aprender a modificar sus pensamientos distorsionados por otros más adaptativos.

- Se puede evidenciar un aumento en su funcionabilidad de la paciente, con respecto a cómo inicio, se logró aumentar el incremento de sus actividades y disfrute. Así como retomar ciertas actividades que era de suma importancia para ella.

- La paciente es capaz de poner en práctica las técnicas aprendidas a lo largo del tratamiento y recurrir a ellas cuando lo necesite.

#### **4.5 Criterio Funcionabilidad**

En la actualidad, la paciente se encuentra trabajando en venta de cosméticos vía online, demostrando que se está desarrollando de manera óptima. Retomando sus estudios en cosmetología, sus relaciones interpersonales están mucho mejor, integrándose más con la familia. Siendo más flexible consigo misma, tomando un espacio y tiempo para ella, ha aprendido a regular sus emociones y a identificar y modificar pensamientos distorsionados.

## CAPÍTULO V

### 5.1 Resumen

Paciente femenina de 39 años, que fue hospitalizada en cirugía general y es derivada por interconsulta a Psicología para su evaluación. Donde refirió que le detectaron neoplasia maligna de Colón desde entonces los síntomas que tenía antes se han intensificado aun más sintiéndose muy triste, decaída, no disfruta en hacer las cosas como lo hacía anteriormente, tiene dificultad para poder dormir y hay disminución del apetito. Se pone a llorar recurrentemente por su situación actual y también por la misma enfermedad que falleció su padre, le viene ideas de culpa y desesperanza. Manifestó que dejó de trabajar ventas de cosméticos y también de estudiar cosmetología, ya que no se siente motivada ni con la fuerza de voluntad necesaria para hacerlo. Tiene pensamientos negativos con frecuencia que todo le sale mal, que es una mala madre y que su esposo no cambiará ya que es muy violento, en diversas oportunidades la maltrataba física y psicológicamente, durante el 2017 fue diagnosticada con depresión a causa de lo mencionado anteriormente y estuvo con tratamiento farmacológico.

Así mismo mencionó que todas estas circunstancias le afectaron de manera personal, social, familiar y laboral.

Posteriormente se inició con el proceso de evaluación psicológica utilizando las técnicas de entrevista y observación conductual, así como también las pruebas psicométricas con la finalidad de recabar información y conocer su situación actual de la paciente. Donde se realizó el diagnóstico presentando a criterio clínico y psicométrico trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado. Posteriormente se realizó el respectivo análisis funcional de las conductas presentadas en la paciente, estableciendo la relación entre los antecedentes y consecuentes internos como externos, identificando los pensamientos automáticos, las creencias intermedias y nucleares,

la respuesta emocional y fisiológica que presentaba la paciente. Con la finalidad de realizar el programa de intervención terapéutica bajo el modelo cognitivo conductual, ya que se considera en la actualidad como una de la más eficaces para el tratamiento del trastorno depresivo con diversos estudios con mayor evidencia empírica. Así mismo se realizó 10 sesiones y 2 sesiones de seguimiento, 1 vez por semana con una duración de 45 minutos cada una.

Desde el principio se estableció un objetivo general y el cumplimiento de los objetivos específicos a lo largo del tratamiento, iniciando con la psicoeducación y restablecer la alianza terapéutica con la paciente, luego con la explicación acerca de su problemática a través del modelo cognitivo conductual, a su vez de como fue el mantenimiento y configuración del trastorno depresivo en ella y se hizo énfasis en como los pensamientos influyen en nuestras emociones y conductas, sobre todo en cuadros depresivos donde se interpreta todo esto de manera errónea y produce un malestar significativo en la persona quien lo padece.

Luego, se le entreno a la consultante con las técnicas cognitivas y conductuales, entre ellos tenemos a la programación de actividades para la activación conductual, auto registros, técnica de dominio y agrado, identificación de pensamientos y distorsiones cognitivas, reestructuración cognitiva mediante la discusión cognitiva para cuestionar esos pensamientos distorsionados y alternarlos por otros más adaptativos para la persona, valoración de su estado anímico con el termómetro emocional, utilización de tarjetas de apoyo y técnicas de relajación como, la respiración diafragmática.

Finalmente se reevaluó nuevamente a la paciente, con la finalidad de corroborar su estado actual, evidenciándose un cambio notorio y reducción significativa de la sintomatología depresiva, obteniendo como resultado mejoría a nivel personal, social, familiar y laboral.

Así mismo, luego del término de la intervención psicoterapéutica efectuado en la paciente,

se realizó las dos sesiones de seguimiento con un periodo de 1 mes y la segunda después de 2 meses. Donde comentó en que situaciones pudo poner en práctica lo aprendido en el proceso terapéutico. Se reforzó sus avances y logros obtenidos post terapia y también las recomendaciones pertinentes para controlar cualquier situación que sea de complejidad para ella.

## **5.2 Conclusiones**

De acuerdo con los resultados obtenidos de la intervención psicoterapéutica, se puede determinar que se lograron los siguientes objetivos:

- Se logro modificar aquellos pensamientos distorsionados y/o errores cognitivos por otros más adaptativos y flexibles, como parte de su repertorio en su experiencia de vida, esto a través de la técnica de reestructuración cognitiva, tarjetas de apoyo y autorregistros.
- Se logro mejorar el estado emocional de la paciente.
- La paciente ha fortalecido su autonomía, seguridad y confianza en sí misma, sintiéndose capaz de poder controlar sus síntomas.
- La paciente incorporo adecuadamente las técnicas aprendidas a lo largo de la intervención, poniendo en práctica lo aprendido.
- Se evidencia una remisión de los síntomas del trastorno depresivo recurrente de la paciente.
- Se evidencia una mayor funcionabilidad a nivel personal, social y laboral.

## **5.3 Recomendaciones**

### **Para la paciente**

- Se recomienda a la paciente seguir poniendo en práctica las técnicas aprendidas, así como el seguimiento de los cambios instaurados para monitorear la remisión del trastorno depresivo recurrente y prevenir recaídas.

- Se recomienda realizar actividades recreativas como deporte.

**Para los investigadores**

- Seguir realizando investigaciones sobre las intervenciones para el Trastorno Depresivo Recurrente que nos permita tener una mejor guía del tratamiento.

- Fomentar diversos programas de intervención y promoción en el contexto peruano con apoyo de diversos profesionales de la salud para reducir la incidencia y prevalencia del trastorno depresivo.

## Referencias

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Antonuccio, D., Ward, C., & Tearnan, B. (1989). En *The behavioral treatment of unipolar. Progress in behavior modification* (págs. 152- 191). Newbury Park, CA: Sage. Obtenido de [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez\\_8-3oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf)
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*(5). Arlington VA: APA Press.
- Aragones, E., & Piñol, J. L. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Unidad de Psiquiatría, 41*(10), 545-551.
- Barlow, D., & Durand, M. (2001). *Psicología: un enfoque integral* (2 ed.). México: ITEMEX.
- Beck, A. (1983). En *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A. (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bisshop, J., Kriesgman, D., Beekman, A., & Deeg, D. (2004). Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources., *Social Science & Medicine*.
- Bustamante, J. (2018). *Método didáctico ícono para mejorar el aprendizaje observacional en escolares de educación primaria*,. Tesis de Licenciatura , Universidad Nacional Toribio

Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Perú.

doi:<http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1517/Bustamante%20Aretaga%20Jos%c3%a9%20Yonel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cantero, T., Elizabeth, A., Ramirez, P., & Antonio, J. (2009). Factores psicosociales y depresión laboral: una revisión. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(6), 627-636. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745517008.pdf>

Coto, E., Gomez, Y., & Belloch, A. (1995). Historia de la psicopatología. En *Manual de psicopatología* (Vol. 1, págs. 3-45). Madrid, España: McGraw-Hill.

Coyne, J., Thompson, R., Klinkman, M., & Nease Jr, D. (2002). Emotional disorders in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 798-809.

Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (Julio de 2002). La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual. *Revista de terapia cognitivo conductual*(3), 1-5. <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>

Ellis, A. (1984). *The essence of RET. Journal of Rational Emotive Therapy*. (Vol. 2).

Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., y Crespo, A. V. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fisch, M. (2004). Treatment of depression in cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 105-111.

González, A. (2014). *Guía clínica de Depresión mayor en el adulto: factores de riesgo*. <https://www.fisterra.com/guiasclinicas/depresion-mayor-adulto-psicoterapia-otros-tratamientos-nofarmacologicos/>

Hernández, G. (1998). *Paradigmas de la psicología de la educación*. México: Paidós.

- Hernández, G. (2007). Fenomenología de algunos síntomas de la depresión. *Universitas Médica*, 48(3).<https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018668005.pdf>
- Hernandez, M. (2010). Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión, Un Analisis de Caso. Obtenido de <https://amapsi.org/Imágenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>
- Hé Hernández, R., Romero, D., Alcázar, D., Vogel, N., & Reyes, D. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*, 8(1), 1-14. Recuperada el 23 de Junio de 2021, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>
- Hollon, J., Thase, M., & Markowitz, J. (2002). En *Treatment and Prevention of Depression. Psychological Science in the Public Interest* (Vol. 3, págs. 39-77). <http://www.jstor.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/stable/pdf/40062329.pdf?acceptTC=true>
- Holmes, J. (2002). En *All you need is Cognitive Behaviour Therapy? British Medical Journal* (Vol. 324, págs. 288-290). <http://www.jstor.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/stable/pdf/25227348.pdf>
- IESMHDHN. (2002). Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental: Informe General. , Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Lima, Perú. Obtenido de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
- INSM. (2012). *Estudio epidemiológico de salud mental*. Instituto Nacional de Salud Mental. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3197.pdf>
- INSM. (2018). *Estudio epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana*. Instituto Nacional de Salud Mental. Obtenido de <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXIV%202018>

%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Generales%20y%20Centros%20de%20%  
20Salud.pdf

Jackson, S. (1986). *Melancolía y depresión: desde los tiempos hipocráticos hasta los tiempos modernos*. New Heaven: Yale University.

Kant, I. (1978). *Crítica de la razón pura*. España: Orbis.

Kessler, R., & Bromet, J. (2013). *The Epidemiology of Depression Across* (Vol. 34). *Annu. Rev. Public Health*. doi:<https://doi.org/10.1146/annurevpublhealth-031912-114409>

Korman, G., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1). Recuperado el 15 de Junio de 2021, de <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a05.pdf>

Lewinsohn, P. (1975). En *The behavioral study and treatment of depression*. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*, (Vol. 1, págs. 19-65). Nueva York:: Academic Press. Obtenido de [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez\\_8-3oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf)

Mahoney, M.J. (1977). Cognitive therapy and research: A question of question. *Cognitive Therapy & Research*, 1, 5-16.

Martin del Campo, E. (2019). *Gaceta Medica*. Obtenido de <https://gacetamedica.com/politica/suicidio-el-reto-de-adelantarse-a-una-realidad-tan-compleja-como-invisible-HC2217018/>

Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación del estrés*. España: Martínez Roca.

Mingote, J., Galvez, M., Pino, P., & Dolores, M. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(214). Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2009000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100004)

- Ministerio de Salud Pública. (2017). Quito: Dirección Nacional de Normatización, MSP. Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/11/gpc\\_episodio\\_depresivo\\_adultos.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/11/gpc_episodio_depresivo_adultos.pdf)
- OMS. (1992). *CIE 10 : Trastornos mentales y del comportamiento : descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. España: Meditor. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>
- OMS. (2017). Depresión. Nota Descriptiva., Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (2020). Temas de Salud: Depresión. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OPS. (1995). Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- OPS. (2017). *Hablemos: Depresión y Violencia*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/documentos/hoja-informativa-violencia-depresion>
- OPS. (2017). Causas y Consecuencias de la Depresión., Organización Panamericana de la Salud, Bolivia. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/12-5-2017-foro-debate-expertos-analizan-causas-consecuencias-depresion>
- Padilla, E., Ramirez, V., Garcia, N., Cortes, J. C., & Salgado, H. (Agosto de 2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2). [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-84472017000200073](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472017000200073)
- Pérez, M. (2007). En *La activación conductual y la desmedicalización de la depresión*. (Vol. 28, págs. 97-110). Obtenido de <http://www.papelesdelpsicologo.es/>

- Pérez, M., Fernández, J. F., & Amigo, I. (2013). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Adultos*. (E. Pirámides, Ed.) Madrid. Obtenido de Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Adultos: [https://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/guia\\_psicoeducativa\\_para\\_la\\_depresion\\_doa.pdf](https://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/guia_psicoeducativa_para_la_depresion_doa.pdf)
- Pérgola, F. (2002). Breve Historia de la Depresión. *Médicos y Medicina en la Historia*, I(1), 17. <http://www.fmv-uba.org.ar>
- Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M. P. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press.
- Pezo, M., Costa, M., & Komura, L. (2004). *La familia conviviendo con la depresión: de la incomprensión inicial a la búsqueda de ayuda*. La familia conviviendo con la depresión., Instituto de Psiquiatría del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de la USP-Brasil, Granada. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000300003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300003)
- Raymond, P., Ricardo, & Johnson. (2021, March 16). Teorías del desarrollo cognitivo, el aprendizaje, y la memoria. <https://espanol.libretexts.org/@go/page/49911>
- Rehm, L. (1977). *A self-control model of depression*. *Behavior Therapy* (Vol. 8, págs. 787-804). Nueva York: Wiley. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez\\_8-3oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf)
- Rubio, M. (2015). *Aplicación De La Terapia Cognitivo-Conductual En Una Paciente Con Depresión*. Barranquilla. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5818/11002369.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Ruiz, A., Diaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sagastegui, A., Mazzoti, G., & Guimas, B. (Septiembre de 2020). Depresión: Aspectos clínicos fundamentales. *Revista "Diagnóstico" de la Fundación Instituto Hipólito Unanue – FIHU*, 37(5). Recuperado el 23 de Agosto de 2021, de <http://www.fihu.org.pe/revista/numeros/1998-99/setoct98/294-310.html>
- Salgado, C. (2001). Análisis Epistemológico de la Terapia Cognitivo Conductual. *Revista Cultura de la Universidad de San Martín de Porres*(15), 415-482.
- Sanidad, M. d. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Galicia: Avalia-t. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología*, 9(2), 133-170. 02 de Junio de 2021, de [https://www.um.es/analesps/v09/v09\\_2/02-09\\_2.pdf](https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf)
- Sarason, I. (1981). *Psicología de la conducta anormal*. México: Trillas.
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. New York: W.H. Freeman.
- Timms, P. (2007). La Terapia Cognitivo Conductual. *Royal College of Psychiatrists*. doi:<http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>
- Vallejo, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría* (4ª ed.). Barcelona, España: Masson S.A.
- Vallejo, M. (2016). *Manual de terapia de conducta. Tomo I* (3 ed.). Madrid.

Vàsquez, C., & Sanz, J. (1995). Transtornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandin, & F. Ramos, *Manual de Psicopatología* (Vol. 2, págs. 299-340). España, Madrid: McGraw-Hill.

Vidal, J. (2020). Depresión: Causas, síntomas y tratamiento. Departamento de psiquiatría y psicología clínica, España. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion>

## **ANEXOS**

### Anamnesis Psicológica Adultos

#### ANAMNESIS PSICOLÓGICA

##### I. DATOS DE FILIACION

Nombre: A. Mt

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Ocupación: Ninguna

Examinador: Dr. Alexander Ferrero

Edad: 39 años

(JESÚS MONTA)

Lugar y Fecha de Nacimiento: 10/12/1980

Grado de instrucción: Secundaria Completa

Fecha: 03 sept. 2019  
06 sept. 2  
11 sept. 2

##### II. PROBLEMA ACTUAL

Paciente hospitalizada en sala de Cirugía General que refiere:  
"Hice aproximadamente 2 meses me detectaron NM. de colon desde entonces los síntomas que tenía antes han vuelto y a que proceso este proceso hasta muy difícil para mí, me siento muy triste, decaído, no disfruto en hacer las cosas como hacía anteriormente me cuesta dormir por las noches, mi apetito ha disminuido y he perdido peso. Me pesa ahora cuando regreso a mi país a vivir por la misma situación que estoy pasando ahora. Deje de trabajar en ventas de cosméticos y también de estudiar cosmetología, siento que ya no tengo ganas para hacerlos. Me vienen pensamientos malos como "Me voy a morir", "todo me sale mal", "mis hijos van sufrir por mi culpa", "Ella me va a resentir, soy una mala madre", "bebí como bien pensaría lo que es".  
Actualmente pienso que tengo pensamientos negativos y eso lo hace sentir triste incluso que el cáncer le va a vencer y que el espacio no ambienta por sus ideas. El único apoyo que tuvo es su madre, es buena y amigable persona. Así mismo refiere que todas estas circunstancias le ha afectado de manera personal familiar y laboral.

### III. OBSERVACIÓN Y EXAMEN MENTAL

#### 3.1 Observaciones Generales.

- Circunstancias del examen: Sala de hospitalización de Clínica por Internistas.
- Aspectos Generales del examinado: Aspecto físico bueno, leg. tigrina, cabello largo y oscuro, ojos oscuros, Adicción aseo y alivio personal vestimenta cambio al exterior.
- Actitud hacia el evaluador y el proceso de entrevista: Colaboración en el proceso, permanente, persona extranjera.

#### 3.2 Examen de los procesos cognitivos:

- Lenguaje: Entre contenido, tono de voz bajo / Bague a como a como y gusto de palabras.
- Pensamiento: Alt. de contenido: Idea de culpa, nihilista y pesimista. Distorsiones cognitivas.
- Atención: Presenta una atención pero muy selectiva y sostenida. "Personas que pensamos en nosotros".
- Memoria: Memorias a corto y largo plazo conservadas.
- Percepción: Alteraciones perceptivas de los estímulos.
- Conciencia: Nivel y vigilia.
- Inteligencia: Nivel promedio.
- Orientación: Orientación en tiempo y espacio.
- Hipotesis (apetito): Problemas para controlar el sueño.

#### 3.3 Exploración de la esfera afectiva

Labilidad emocional, tristeza patológica (marcada) y ansiedad.

### V. HISTORIA FAMILIAR

#### 4.1 Composición familiar:

##### Dinámica familiar

- Padres: Teresa (M) - Ama de casa - DMH. (da con tanta protección a su hijo).  
Cesar (P) - PNP - MM de alcohol. (controla, produce, desprecia familia).
- Hijos: 2 hijos (Fabrizio y Mateo) 10 años y 7 años. Ambos inseguros, juguetes, miedo.
- Cónyuge: (Mariano) Esposo "Pnp" (de consideración manipulador y violento). De una mala relación de matrimonio y las relaciones eran muy conflictivas. Hubo violencia y no había respeto en ellos. Suma a la infidelidad.
- Hermanos: "3" (buena relación).

### VI. HISTORIA PERSONAL

5.1 (pre, peri y postnatal)  
Prenatal: Menciona que fue planificado y deseado. No se recuerda complicaciones. Padres de nacimiento y padre. Recuerdo nublado durante el embarazo. Nació a los 9 meses por parto natural, ligero y no hubo complicaciones durante el parto. Postnatal: No hubo dificultades en la lactancia. Comenzó todo de golpe a los 9 meses comenzó a gatear. Al año y medio ya habla avanzando de palabras, se enfada por sí sola.

Dejo de utilizar puros a los 2 años. Hasta los 3 años y ahora opaco a utilizar el buen manejo de la arena al baño con agua de mar. A los 2 años y medio ya comía y comía.

### 5.2 Niñez:

Menciono que tuvo una infancia muy bonita, lleno de recuerdos y muchos amigos. Pasa los días con ellos en todo y eran muy amorosos. Pasa mucho tiempo con sus primos y sus compañeros.

### 5.3 Educación:

Menciono ciertos profesores para quienes era un reto. Era un niño sociable con sus compañeros. Menciono que más le gustaba Arte y EF. Matemáticas (más le gustaban).  
Principales: Su aprendizaje era por medio de los juegos. Destacaba en...  
Secundaria: Buen rendimiento, disfrutaba de los deportes, actividades... Era obediente y...  
Comportamiento social: Era sociable pero selectivo con sus amistades. Era obediente y...  
- Era asociado pero selectivo con sus amistades.

### 5.4 Trabajo:

Menciono que ha trabajado en varias ocasiones. Actualmente ya dejó de trabajar, refirió que no tiene la paga necesaria para hacerlo.

### 5.5 Accidentes y Enfermedades:

En el 2017 fue diagnosticado con depresión. Asistió a sus controles y tomando sus medicamentos.

### 5.6 Historia Psicosexual:

Sus padres eran muy abiertos y flexibles con ella y le daban la información necesaria. A los 12 años no se casó porque ya sabía acerca del tema. A los 15 años tiene atracción por el sexo opuesto. A los 17 años tuvo su primer enamoramiento, la cual terminó pero era un amor muy celoso con ella. Tiempo después cuando cumplió 20 años conoció a su actual pareja por parte del... pero actualmente se incluyó este gobierno debido a la...  
- problemas para controlar el sueño

### 5.8 Hábitos e intereses

- Le gusta ver Televisión de preferencia las telenovelas.  
- Le gusta escuchar música, sigue siendo fanático con los bailes románticos.  
- Le gusta ver revistas de belleza.

### 5.9 Actitud para con la familia

- Ha pasado momentos que su familia fue muy buena para él, un gran amor hacia sus hijos ya que contaba mucho de preferencia por ella y era muy amoroso con su familia. Siempre de igual manera interactúa con ellos y amigos, le da muy importancia por contárselos a su persona.  
Actualmente da evaluación a los hijos, en la casa de su madre refirió que el motivo es porque debido a la constante maltrato de su parte por parte de su esposa, de eso trata de sacar a los hijos es muy cariñoso y sus hijos siempre fue la intención, pero tiene ciertos problemas: Menciono que actualmente muy bien con sus hermanos.

## VII. ACTITUD FRENTE A LA ENFERMEDAD O PROBLEMA

- Manifiesta sentirse intranquila, triste por el diagnóstico de M de Colón (Neoplasia de Colón) - de cual le genera mucho enojo y eso se ve incrementado con los antecedentes previos a su condición.
- Durante el proceso de entrevista, muestra colaboración.

### OBSERVACIONES:

- Durante las sesiones se evidencia hábitos enojar, llanto, fases de preocupación y tristeza.
- Se recomienda seguir con la evaluación psicológica.  
① Intervención psicológica
- Se recomienda hacer un entrevista a la familia.

  
DNI: 71324411  
ALEXANDRA FEIJOO  
INT. PSICOLOGIA  
CH. LNS. PNP

## Anexo B

### Contrato Psicoterapéutico

#### CONTRATO PSICOTERAPEUTICO

La finalidad del presente contrato es especificar las condiciones generales del funcionamiento del programa de intervención clínica que Ud. va a comenzar. En él se detallan, además, una serie de compromisos que deben ser respetados por las partes implicadas para su adecuado desarrollo.

#### **CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y COMPROMISOS DEL PSICÓLOGO**

1. El psicólogo se compromete a velar por la confidencialidad profesional del programa en desarrollo. Así como brindar el apoyo psicológico a la paciente.
2. Las sesiones de tratamiento se llevarán a cabo con una periodicidad de una sesión semanal de aproximadamente una hora de duración. En ocasiones, pueden llegar a realizarse dos sesiones semanales siendo justificadas por necesidades concretas de la intervención. Con el fin de alcanzar los objetivos planteados.
3. Así mismo se realizarán sesiones de seguimiento, después de la intervención.

#### **COMPROMISOS DEL CLIENTE**

1. El cliente se compromete a asistir de forma regular y puntual a las sesiones de terapia. En aquellas ocasiones en las que le sea imposible acudir, deberá avisar con 24 horas de antelación como mínimo. Si avisa en un periodo inferior, deberá abonar el precio de la sesión. En caso de no asistir a dos sesiones consecutivas sin informar de ello, el tratamiento se dará por terminado.
2. El cliente se compromete a realizar las tareas asignadas y trabajos personales indicados en cada momento por su terapeuta.
3. La firma del presente contrato terapéutico supone el consentimiento por todas las partes implicadas para que el programa de tratamiento se desarrolle conforme a las condiciones establecidas.

En Lima, 19 de Septiembre del 2019.

La paciente  
Nombre:

*Auzie*

Psicoterapeuta  
Nombre:

*ALEXANDRA FEIJOO  
Gambos*

Firma:

*Auzie*

Firma:

*A.F.*



Anexo D

Test de Matrices Progresivas Raven

P29

NOMBRE: **ANGIE** EDAD CRON.: **39**

NIVEL ACADÉMICO:  FECHA: **06/09/2019**

**CAPTURA DE RESPUESTAS**

SERIE A		SERIE B		SERIE C		SERIE D		SERIE E	
A1	4	B1	2	C1	8	D1	3	E1	7
A2	5	B2	6	C2	2	D2	4	E2	6
A3	5	B3	1	C3	3	D3	3	E3	8
A4	2	B4	2	C4	8	D4	7	E4	2
A5	6	B5	2	C5	7	D5	8	E5	1
A6	5	B6	2	C6	4	D6	6	E6	5
A7	6	B7	2	C7	5	D7	5	E7	1
A8	2	B8	6	C8	7	D8	4	E8	6
A9	5	B9	6	C9	7	D9	1	E9	3
A10	2	B10	3	C10	6	D10	2	E10	2
A11	4	B11	4	C11	1	D11	5	E11	4
A12	4	B12	5	C12	3	D12	6	E12	5

SUMAS PARCIALES

10	8	10	12	12
----	---	----	----	----

PUNTAJE TOTAL: **52**

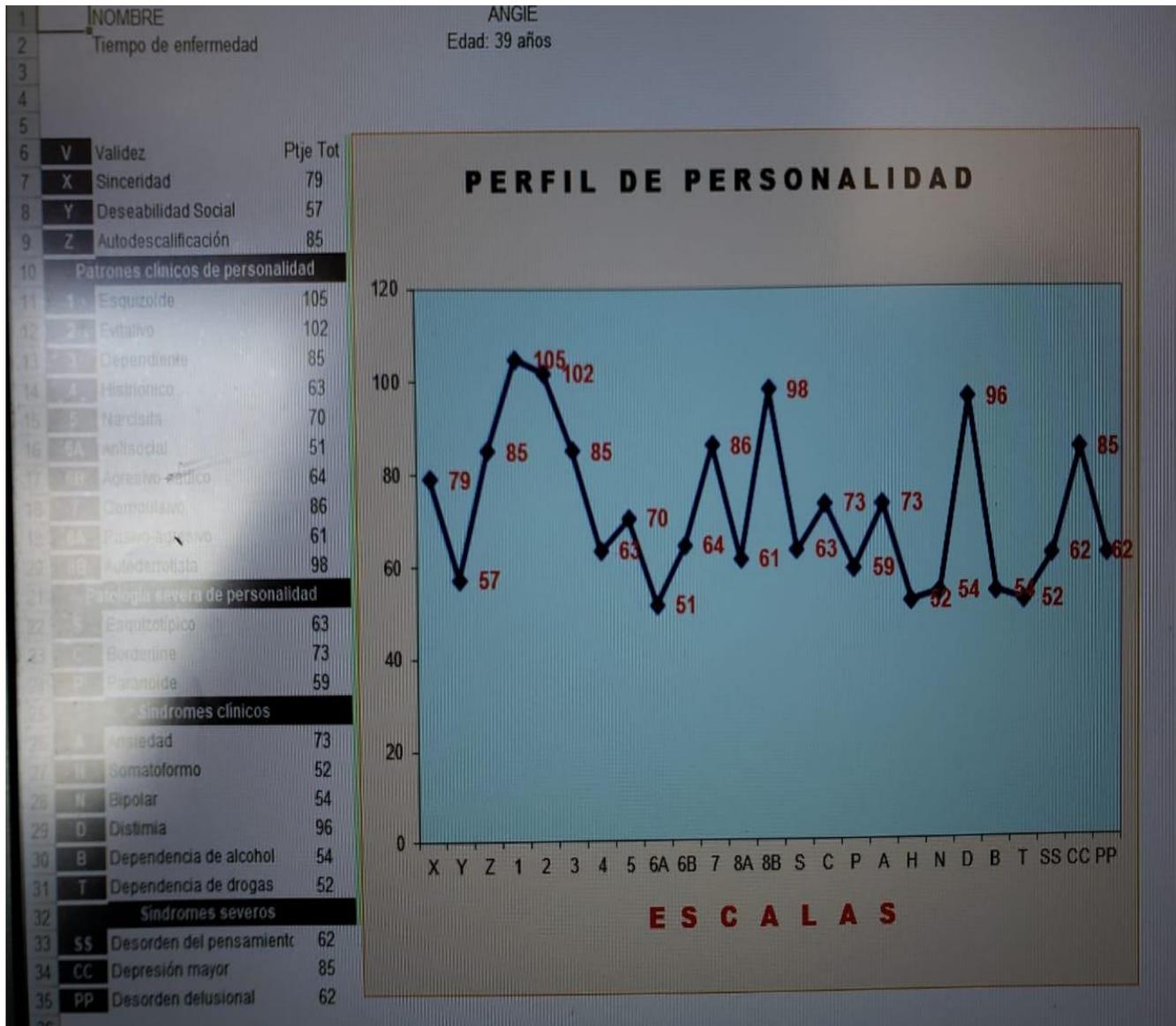
PERCENTIL: **50**

RANGO: **III**

DIAGNÓSTICO: **MEDIO**

# Anexo E

## Inventario Clínico Multiaxial Millón II



Anexo F

**Inventario de Pensamientos Automáticos**

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS  
(RUIZ Y LUJAN)

NOMBRE: Angie  
FECHA: 6 Setiembre 2019

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valore la frecuencia con que usted suele presentarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación.

- 0 = Nunca pienso eso
- 1 = Algunas veces lo pienso
- 2 = Bastante veces lo pienso
- 3 = Con mucha frecuencia lo pienso

1	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	1	2	3	0
2	Solamente me pasan cosas malas	1	2	3	0
3	Todo lo que hago me sale mal	1	2	3	0
4	Sé que piensan mal de mí	1	2	3	0
5	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	1	2	3	0
6	Soy inferior a la gente en casi todo	1	2	3	0
7	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	1	2	3	0
8	No hay derecho a que me traten así	1	2	3	0
9	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	1	2	3	0
10	Mis problemas dependen de los que me rodean	1	2	3	0
11	Soy un desastre como persona	1	2	3	0
12	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	1	2	3	0
13	Debería de estar bien y no tener estos problemas	1	2	3	0
14	Sé que tengo la razón y no me entienden	1	2	3	0
15	Aunque ahora sufre, algún día tendré mi recompensa	1	2	3	0
16	Es horrible que me pase esto	1	2	3	0
17	Mi vida es un continuo fracaso	1	2	3	0
18	Siempre tendré este problema	1	2	3	0
19	Sé que me están mintiendo y engañando	1	2	3	0
20	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	1	2	3	0
21	Soy superior a la gente en casi todo	1	2	3	0
22	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	1	2	3	0
23	Si me quisieran de verdad, no me tratarían así	1	2	3	0
24	Me siento culpable, y es por que he hecho algo malo	1	2	3	0
25	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	1	2	3	0
26	Alguien que conozco es un imbécil	1	2	3	0
27	Otros tienen la culpa de lo que me pasa	1	2	3	0
28	No debería cometer esos errores	1	2	3	0
29	No quiere reconocer que, estoy en lo cierto	1	2	3	0
30	Ya vendrán mejores tiempos	1	2	3	0

31	Es insoportable, no puedo aguantar mas	1	<del>2</del>	3	0
32	Soy incompetente e inútil	<del>1</del>	2	3	0
33	Nunca podre salir de esta situación	<del>1</del>	2	3	0
34	Quiere hacerme daño	<del>1</del>	2	3	0
35	¿Y si le pasa algo malo a la persona a quien quiero?	<del>1</del>	2	3	0
36	La gente hace las cosas mejor que yo	1	<del>2</del>	3	0
37	Soy una víctima de mis circunstancias	<del>1</del>	2	3	0
38	No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	<del>1</del>	2	3	0
39	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	<del>1</del>	2	3	0
40	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	1	<del>2</del>	3	0
41	Soy un neurótico	1	<del>2</del>	3	0
42	Lo que me pasa es un castigo que me merezco	<del>1</del>	2	3	0
43	Debería recibir mas atención y cariño de otros	<del>1</del>	2	3	0
44	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	<del>1</del>	2	3	0
45	Tarde o temprano me irán las cosas mejor	<del>1</del>	2	3	0

Porcentaje:

- ✓ Filtraje (8)
- ✓ Los debera (6)
- ✓ Visión Catastrófica (5)
- ✓ Pensamiento Polarizado (5)

Anexo G

Ficha de Tamizaje de violencia de pareja o expareja (Minsa)

MINISTERIO DE SALUD DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA Consultorios Medicos Municipales DEMUNAS

VIOLENCIA FAMILIAR FICHA EPIDEMIOLOGICA Código

Fecha de Registro: 18/09/17

MNSA  Hospital  Centro de Salud   
 PNP  INP  
 DEMUNAS  Nombre del Establecimiento  
 CMM  ILM  IUM  DUMA  
 Otros  Departamento Provincia Distrito

¿Qué otras instituciones?

1 Datos del(a) Agredido(a) Amgite  
 Documento de Identidad \_\_\_\_\_ Departamento de Residencia en el último año \_\_\_\_\_  
 Edad 39 años Sexo Hombre  Mujer  En caso de ser mujer se encuentra gestando? SI   
 Estado Civil Soltero  Casado  Conviviente  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a   
 Grado de Instrucción Letrada  Primaria  Secundaria  Superior  Completa  Incompleta   
 Ocupación Tiene Empleo remunerado? SI  ¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_  
 Dirección Departamento \_\_\_\_\_ Provincia JESUS MARIA Distrito \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

2 Datos del(a) Agresor(a) MARCO  
 Edad 45 años Sexo Hombre  Mujer   
 Vínculo con la Víctima Esposo/a  Conviviente  Hijo/a  Padre  Madre  Otro \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_  
 Grado de Instrucción Letrada  Primaria  Secundaria  Superior  Completa  Incompleta   
 Ocupación Tiene Empleo remunerado? NO  ¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

3 Datos sobre la Agresión  
 Estado del Agresor Equilibrado  Efecto de Drogas  Efecto de Alcohol  Ambas   
 Tipo de Violencia Física  Psicológica  Relaciones Sexuales Forzadas  Abandono   
 Medio Utilizado Propio Cuerpo  Arma blanca  Arma de Fuego  Objeto contundente   
 Motivo Expresado Familiares  Celos  Económicos  Laborales  sin Motivo   
 Otros Problemas De Pareja (Infidelidad)  
 Frecuencia Primera vez que es agredido/a: SI   
 Durante la semana cuántas veces fue agredido/a:  

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Durante el último mes cuántas veces fue agredido/a:  

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

 Lugar de Agresión Calle  Casa  Centro de Trabajo  Otros \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

4 Medidas Tomadas  
 Atención Médica  Atención Psicológica  Denuncia Judicial: \_\_\_\_\_  
 Asistencia Social  Denuncia Policial  Otros \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Seguimiento  
 Fue Derivado NO   
 Donde? Ministerio de Salud  Policía  ONG  Otros \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_  
 Ministerio Público  Médico Legal  DEMUNA

## **POST TESTS**

## Anexo H

### Test de Depresión Beck

**Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre: Agui ..... Estado Civil: casada ..... Edad: 40 ..... Sexo: F.  
Ocupación: ..... Educación: S.C. ..... Fecha: 5. Febrero

**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 mi.  
 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**

- 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.**

- Siento acerca 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**

- 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**

- 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**

- 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**

- 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**

- 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**

- 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**

- 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**

- 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<sup>a</sup>. Duermo un poco más que lo habitual.  
1b. Duermo un poco menos que lo habitual.  
 2<sup>a</sup>. Duermo mucho más que lo habitual.  
2b. Duermo mucho menos que lo habitual  
3<sup>a</sup>. Duermo la mayor parte del día  
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

**17. Irritabilidad**

- 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<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.  
 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.  
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.  
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual  
3<sup>a</sup>. No tengo apetito en absoluto.  
3b. Quiero comer todo el día.

**19. Dificultad de Concentración**

- 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:

# Anexo I

## Test de Matrices Progresivas Raven

NOMBRE: **ANGIE** EDAD CRON: **40**

NIVEL ACADÉMICO: **SECUNDARIA COMPLETA** FECHA: **05/02/2020**

**CAPTURA DE RESPUESTAS**

SERIE A		SERIE B		SERIE C		SERIE D		SERIE E	
A1	4	B1	2	C1	8	D1	3	E1	7
A2	5	B2	6	C2	2	D2	4	E2	6
A3	1	B3	1	C3	3	D3	3	E3	8
A4	2	B4	2	C4	8	D4	7	E4	2
A5	6	B5	2	C5	7	D5	8	E5	1
A6	3	B6	2	C6	4	D6	6	E6	5
A7	6	B7	2	C7	5	D7	5	E7	1
A8	2	B8	6	C8	7	D8	4	E8	6
A9	1	B9	4	C9	7	D9	1	E9	3
A10	3	B10	3	C10	6	D10	2	E10	2
A11	4	B11	4	C11	1	D11	5	E11	4
A12	4	B12	5	C12	3	D12	6	E12	5

**SUMAS PARCIALES**

11	9	10	12	12
----	---	----	----	----

**PUNTAJE TOTAL** 54

**PERCENTIL** 50

**RANGO** III

**DIAGNÓSTICO** MEDIO

PRESIONA CONTROL + B PARA NUEVA CAPTURA

Anexo J

Inventario Clínico Multiaxial Millón II

	A	B	C	D
	Pregunta		V	F
1				
2	1	Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.	1	
3	2	He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente que hacerlas con otros.	1	
4	3	Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.		1
5	4	Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.		1
6	5	Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.		1
7	6	Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.		1
8	7	Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.		1
9	8	Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.		1
10	9	Frecuentemente critico a la gente que me molesta.		1
11	10	Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.		1
12	11	Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por donde empezar.		1
13	12	Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.		1
14	13	Tengo poco interés en hacer amigos.		1
15	14	Me considero una persona muy sociable o extravertida.	1	
16	15	Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.		1
17	16	La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.		1
18	17	Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.		1
19	18	Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.		1
20	19	Siempre he querido permanecer en un segundo plano en las actividades sociales.		1
21	20	A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.		1
22	21	Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.		1
23	22	Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.	1	
24	23	Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.		1
25	24	La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.		1
26	25	Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.		1



Datos

Respuestas

GRAFICO1

GRAFICO2

Resultados



39	<b>38</b>	Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.		1
40	<b>39</b>	Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.		1
41	<b>40</b>	En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significan nada especial para mí.		1
42	<b>41</b>	Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.		1
43	<b>42</b>	Soy una persona muy agradable y dócil.	1	
44	<b>43</b>	La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".		1
45	<b>44</b>	No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.		1
46	<b>45</b>	En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.	1	
47	<b>46</b>	Mi deseo de hacer las cosas lo más perfecta posible, muchas veces enlentece mi trabajo.		1
48	<b>47</b>	Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.		1
49	<b>48</b>	Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.		1
50	<b>49</b>	Soy una persona tranquila y temerosa.	1	
51	<b>50</b>	Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.		1
52	<b>51</b>	Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.		1
53	<b>52</b>	Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.		1
54	<b>53</b>	Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.		1
55	<b>54</b>	Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.		1
56	<b>55</b>	No soporto a las personas "sabihondas" que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.		1
57	<b>56</b>	He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.	1	
58	<b>57</b>	Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.		1
59	<b>58</b>	Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.		1
60	<b>59</b>	Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.		1
61	<b>60</b>	Siempre estoy buscando en hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.		1
62	<b>61</b>	Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.		1
63	<b>62</b>	El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.		1
64	<b>63</b>	Le gusto a muy poca gente.		1



Datos

**Respuestas**

GRAFICO1

GRAFICO2

Resultados



	C	B	C	D
155	<b>154</b>	Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.		<b>1</b>
156	<b>155</b>	Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.	<b>1</b>	
157	<b>156</b>	Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.		<b>1</b>
158	<b>157</b>	En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.	<b>1</b>	
159	<b>158</b>	Cuando estoy en una reunión social, en grupo casi siempre me siento tenso y controlado.		<b>1</b>
160	<b>159</b>	Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.	<b>1</b>	
161	<b>160</b>	Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.		<b>1</b>
162	<b>161</b>	Rara vez me emociono mucho con algo.		<b>1</b>
163	<b>162</b>	Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de donde terminaría.		<b>1</b>
164	<b>163</b>	No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.	<b>1</b>	
165	<b>164</b>	Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.		<b>1</b>
166	<b>165</b>	Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.	<b>1</b>	
167	<b>166</b>	Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.	<b>1</b>	
168	<b>167</b>	Últimamente me siento completamente destrozado.		<b>1</b>
169	<b>168</b>	A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.	<b>1</b>	
170	<b>169</b>	Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.		<b>1</b>
171	<b>170</b>	Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.		<b>1</b>
172	<b>171</b>	Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.	<b>1</b>	
173	<b>172</b>	Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.		<b>1</b>
174	<b>173</b>	Prefiero estar con gente que me protegerá.	<b>1</b>	
175	<b>174</b>	He tenido muchos periodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.	<b>1</b>	
176	<b>175</b>	En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.		<b>1</b>
177				
178				

Datos

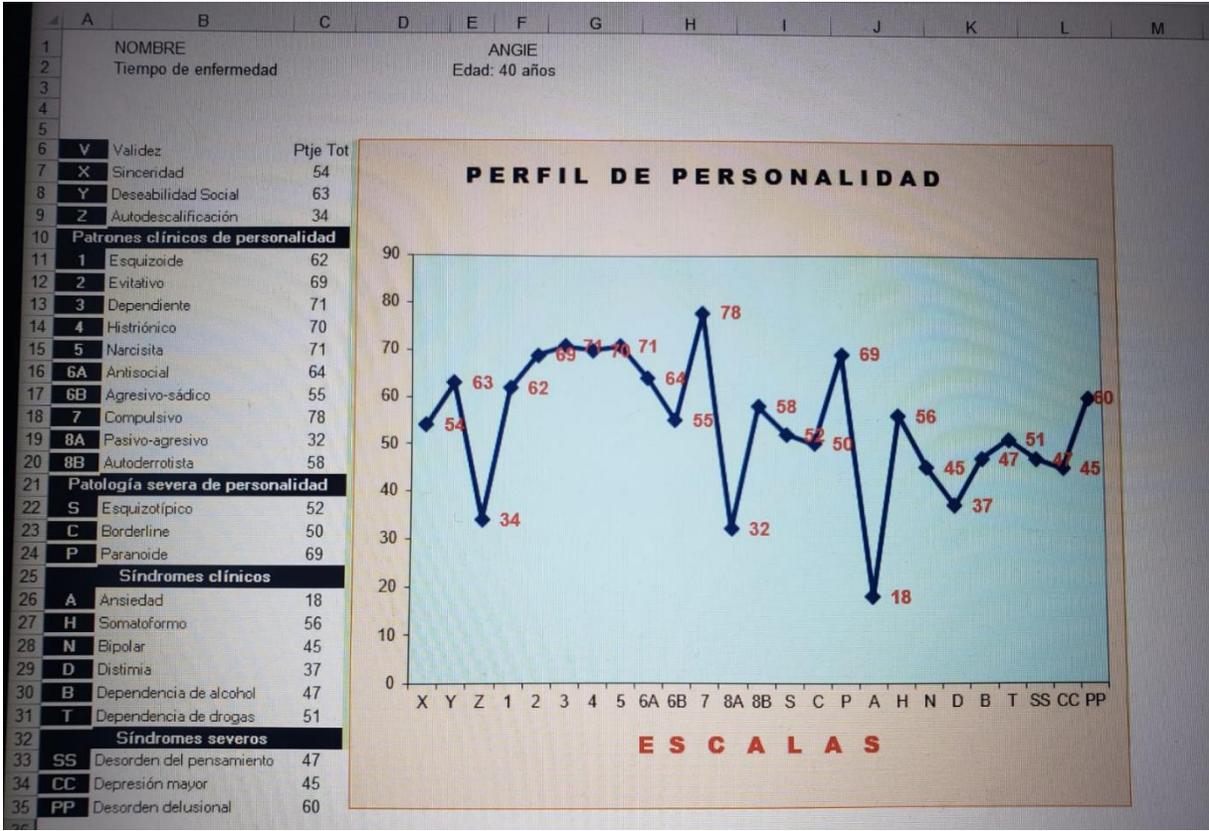
Respuestas

GRAFICO1

GRAFICO2

Resultados





A44																	
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O			
<b>Escalas de Validez</b>												<b>PUNTAJE</b>					
V	Validez		0	=	Válido								<b>FINAL</b>				
X	Sinceridad		314	=	Válido								54	X			
Y	Deseabilidad Social		13	=									63	Y			
Z	Autodescalificación		3	=									34	Z			
			<b>PUNTAJE</b>		<b>FACTOR</b>		<b>AJUSTES</b>					<b>PUNTAJE</b>					
<b>Trastornos clínicos de personalidad</b>			Bruto	BR	X	X/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.		<b>FINAL</b>				
1	Esquizoide		17	62	62								62	1			
2	Evitativo		17	69	69		69						69	2			
3	Dependiente		30	71	71								71	3			
4	Histriónico		29	70	70								70	4			
5	Narcisista		34	71	71								71	5			
6A	Antisocial		25	64	64								64	6A			
6B	Agresivo-sádico		23	55	55								55	6B			
7	Compulsivo		41	78	78								78	7			
8A	Pasivo-agresivo		15	32	32								32	8A			
8B	Autoderrotista		14	58	58		58						58	8B			
<b>Patología severa de personalidad</b>																	
S	Esquizotípico		12	45		45		48	52	52			52	S			
C	Borderline		17	43		43	43	46	50	50			50	C			
P	Paranoide		21	67		67			69	69			69	P			
<b>Síndromes clínicos</b>																	
A	Ansiedad		1	0	0				3	18	18		18	A			
H	Somatoforme		6	40	40				43	56	56		56	H			
N	Bipolar		16	45	45								45	N			
D	Distimia		12	19	19			22	37	37			37	D			
B	Dependencia de alcohol		17	47	47								47	B			
T	Dependencia de drogas		21	51	51								51	T			
<b>Síndromes severos</b>																	
SS	Desorden del pensamiento		8	47		47						47	47	SS			
CC	Depresión mayor		6	45		45						45	45	CC			
PP	Desorden delusional		10	60		60						60	60	PP			
												Indicador elevado	>=85				
												Indicador moderado	75-84				
												Indicador sugestivo	60-74				
												Indicador bajo	35-59				
												Indicador nulo	0-34				
												<b>Datos</b>		<b>Respuestas</b>	<b>GRAFICO1</b>	<b>GRAFICO2</b>	<b>Resultados</b>

Anexo K

Inventario de Pensamientos Automáticos

NOMBRE: *Augio.* EDAD: *40*  
FECHA: *05 Febrero 2020*  
INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS  
(RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= Nunca pienso eso                      1= Algunas veces lo pienso  
2= Bastante veces lo pienso            3= Con mucha frecuencia lo pienso

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

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

	0	1	2	3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	/			
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así	/			
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	/			
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	/			
26. Alguien que conozco es un imbécil	/	/		
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa	/			
28. No debería de cometer estos errores	/			
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto	/			
30. Ya vendrán mejores tiempos	/	/		
31. Es insoportable, no puedo aguantar más	/	/		
32. Soy incompetente e inútil	/	/		
33. Nunca podré salir de esta situación	/	/		
34. Quieren hacerme daño	/	/		
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	/			
36. La gente hace las cosas mejor que yo	/	/		
37. Soy una víctima de mis circunstancias	/	/		
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	/	/		
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	/	/		
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	/			
41. Soy un neurótico	/			
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco	/	/		
43. Debería recibir mas atención y cariño de otros	/	/		
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	/	/		
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor	/	/		