



## LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN EN CUATRO MUJERES CUYAS EDADES OSCILAN ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS

Silvia Prada Villalobos<sup>1</sup>  
Damaris Cáceres Munguía<sup>2</sup>  
Yerlyn González Goñi<sup>3</sup>  
Roxana Quirós Camacho<sup>4</sup>  
Paula Solano Gómez<sup>5</sup>

### RESUMEN

La presente investigación es resultado de un Seminario de Graduación de la Universidad Católica específicamente en el Centro de Atención y Servicios Integrados (CASI). En un estudio previo se ha concluido acerca de la importancia de profundizar en aspectos relacionados con efectividad de los procesos terapéuticos Prada (12). El presente estudio tiene como objetivo reportar los resultados de la implementación de la con Terapia Cognitiva de la Depresión de acuerdo a lo postulado por Aaron Beck, Rush, J. Shaw, B. y Emery, G. (1) en cuatro mujeres entre los 30 y 50 años de edad. El proceso psicoterapéutico se llevó a cabo durante doce a quince sesiones basado en la terapia propuesta. Es importante resaltar el esfuerzo realizado por determinar la efectividad del proceso terapéutico, para esto se toma en cuenta características del cliente, como es el problema presentado, en este caso la depresión. Además de esto se toma en cuenta características del terapeuta como la empatía y la claridad en cuanto a sus objetivos terapéuticos e implementación de técnicas.

**Palabras claves:** efectividad, terapia cognitiva, depresión, técnicas cognitivas, técnicas conductuales, habilidades del terapeuta.

---

<sup>1</sup> Licenciada en Psicóloga, Máster en Terapia Familiar Sistémica. Directora del Centro de Atención y Servicios Integrados de la Universidad Católica, docente e investigadora.

<sup>2</sup> Licenciada en Psicología. Jefa de del Departamento de Reclutamiento y Selección de Personal en avVenta Worldwide.

<sup>3</sup> Licenciada en Psicología. Labora en el área clínica privada para el Centro Educativo Aprender y Crear C.E.A.C.

<sup>4</sup> Máster en Psicología Clínica. Profesora docente. Universidad Autónoma de Centroamérica (UACA). Terapeuta en el Centro de Atención y Servicios Integrados de la Universidad Católica.

<sup>5</sup> Licenciada en Psicología.



## ABSTRACT

This investigation took place as a result of a Graduation Seminar of the Catholic University. It took place at the CASI this is a program part of the School of Psychology that offers psychological, pedagogical attention among other services. The investigation responded to a need detected at the Center to assess psychotherapeutic interventions Prada (12). The present study documents the implementation of Cognitive Therapy for depression in four women between the ages of 30 and 50. The therapy was based on the one proposed by Beck, Rush, Shaw and Emery (1) it took place during twelve to fifteen sessions for each patient.

It is important to acknowledge that the investigation highlights the use of different techniques to evaluate the effectiveness of psychotherapeutic processes. It focused on client characteristics, one was the problem that brought them to therapy in this case depression and also on characteristics of the therapist such as empathy, and clarity on goals and therapy objectives as well as the implementation of techniques.

**Keywords:** effectiveness, cognitive therapy, depression, cognitive techniques, behavioral techniques, therapeutic abilities



## INTRODUCCIÓN

### EVALUACIÓN EN PSICOTERAPIA

Es importante anotar que el proceso de psicoterapia es influido por una serie de factores que han hecho difícil la evaluación de resultados. Prada (12)

La poca certeza acerca de la eficacia de los tratamientos contribuye a que los pacientes, y en ocasiones los mismos psicoterapeutas, muestren algún grado de resistencia y manifiesten dudas antes de iniciar un posible trabajo psicoterapéutico. Torres & Lara (17).

Entre las variables que influyen en el éxito del proceso psicoterapéutico, está la diversificación en las técnicas y modalidades de la psicoterapia, así como las características individuales de los sujetos participantes, tanto de los pacientes como de los terapeutas, además de las vicisitudes del proceso terapéutico y sus peculiaridades. Torres & Lara (17)

Es Krause quien propone que para evaluar la efectividad de los procesos se requiere tomar en cuenta: “a. el aporte del cliente a la estructuración de la situación terapéutica, b. evaluar otras circunstancias vitales que ayudan a la comprensión de los cambios, c. lo constructivo de la situación de terapia y el carácter procesal de la influencia terapéutica, d. evaluar el cambio de perspectiva en el análisis de la interacción de aspectos biográficos y de experiencia terapéutica” (7)

La presente investigación hace énfasis tanto a la evaluación del síntoma y su intensidad como a evaluar aspectos esenciales en la alianza terapéutica, tanto la estructura del proceso como también la forma en que se transmiten

los contenidos terapéuticos. Orlinsky y Howard, 1987, citados por Krause (7)

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para poder alcanzar los objetivos propuestos, se planteó una interrogante que nos llevó a valorar los criterios establecidos en este modelo terapéutico. ¿Cómo es efectiva la Terapia Cognitiva de la Depresión en cuatro mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años?

### OBJETIVO GENERAL

Documentar la implementación de la Terapia Cognitiva de la Depresión, en cuatro mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar estrategias de evaluación del proceso de psicoterapia en depresión
- Valorar las competencias del terapeuta durante el proceso de psicoterapia para la depresión en cuatro mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años edad.
- Documentar la implementación de las técnicas cognitivas: reatribución, el registro de pensamientos inadecuados y el empleo de contador de pulsera, para el abordaje del proceso psicoterapéutico en cuatro mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años edad que presentan un trastorno depresivo.
- Describir la pertinencia de las técnicas conductuales: programación de actividades, asignación de tareas, role-



playing y la práctica cognitiva utilizada en la terapia cognitiva de la depresión, para el abordaje del proceso psicoterapéutico en cuatro mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años edad.

## **FACTORES DE CAMBIO**

Ha habido esfuerzos en el ámbito de la psicoterapia desde la publicación de Eysenck en 1950 por determinar los factores que influyen sobre la efectividad de la terapia.

Hay un postulado de que son aspectos genéricos de los procesos terapéuticos los que determinan su efectividad. Estos aspectos han sido discutidos por diversos autores. Feixas & Miro(5), Semerari(16).

Además se destacan como relevantes los aspectos relacionales del proceso estos aspectos se han manejado desde diferentes enfoques como la alianza terapéutica. En la alianza se crea además de un vínculo, objetivos tareas y metas terapéuticas consensuadas y aclaradas.

En el caso concreto de la terapia cognitiva. Entre las características generales del terapeuta que facilitan la aplicación de la terapia cognitiva se cuentan la aceptación, la empatía y la autenticidad. Estas características influyen las actitudes y conductas del terapeuta durante el tratamiento y por ende, lo harán también en la manera en que se comporte el paciente.

Además de estos factores relacionales los autores mencionan factores terapéuticos generales que son parte esencial del cambio y que dependen del nivel de intervención, ya sea cognitivo conductual o experiencial. Semerari (16)

Es Semerari quien propone que la terapia cognitiva logra integrar los tres factores en distintos momentos del proceso. (16)

## **TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN**

El objetivo principal de la terapia cognitiva de la depresión es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones.

El terapeuta cognitivo colabora activamente con el paciente en la exploración de sus experiencias psicológicas, y en la elaboración de programas de actividades y de tareas para realizar en casa Beck et al. (1). Aquí podemos destacar los elementos cognitivos y conductuales integrados en un mismo proceso terapéutico.

Entre las técnicas conductuales se pueden mencionar las siguientes: programación de actividades, asignación de tareas graduales, cuestionario de dominio y agrado, práctica cognitiva y entrenamiento en asertividad y role-playing.

Entre las técnicas cognitivas se encuentran: registro de cogniciones, reatribución, registro de pensamientos inadecuados, búsqueda de soluciones o alternativas y empleo de contador de pulsera.

En cuanto al nivel experiencial que favorece la expresión emocional Semerari destaca, que dentro de esta corriente, casi todos los componentes de la relación terapéutica tienen aspectos emocionales, esto debido a que cuando la relación terapéutica va bien, el paciente suele experimentar sentimientos positivos hacia el terapeuta, tiene esperanzas



de que le puedan ayudar, se siente agradecido con el terapeuta. (16)

Paralelamente, el terapeuta trabaja con el amplio rango de reacciones emocionales hacia el paciente.

Uno de los factores relacionados a la eficacia de la relación terapéutica esta depende en gran medida de la capacidad del paciente para experimentar y poder expresar sus sentimientos y emociones durante las sesiones terapéuticas.

## PROCEDIMIENTO

Selección y descripción de participantes

### Sujetos

Se intervino un total de 4 mujeres entre las edades de 30 a 50 años que hicieron una solicitud de servicios terapéuticos al CASI, por depresión o por motivos de consulta que dieran referencia a síntomas depresivos.

El CASI está ubicado en las instalaciones de la Universidad Católica en la Sede Central (Moravia). Es un órgano adscrito a la Escuela de Psicología, encargado de ofrecer a la comunidad un servicio de extensión comunal profesional en el ámbito psicológico y otras disciplinas conexas, Prada (13).

Para la inclusión de las pacientes, debieron puntuar un nivel medio o alto de depresión según la Escala de Depresión de Beck. Para evitar sesgos en la investigación y asegurar la validez de la misma, se incluyó dentro del Consentimiento Informado dos aspectos esenciales:

- En caso de estar con tratamiento farmacológico este debe haber

comenzado, como mínimo, dos meses antes de dar inicio al proceso psicoterapéutico.

- No comenzar un tratamiento farmacológico durante el proceso psicoterapéutico.

## INFORMACIÓN TÉCNICA

La recolección de información se hizo a partir de tres métodos fundamentales, y con el apoyo de diversos instrumentos.

## MÉTODOS

**Proceso psicoterapéutico:** Durante el proceso de terapia las pacientes exteriorizaban sus experiencias actuales relacionadas a sus síntomas depresivos, por lo cual se fueron registrando los hitos más importantes de cada sesión tanto en intervenciones terapéuticas como en reacciones de las pacientes.

**Observación en Cámara de Guesell:** Las observaciones fueron continuas; durante cada sesión un co-terapeuta registraba las actitudes, reacciones, posturas y emociones emanadas tanto en las pacientes como en la terapeuta.

**Entrevista clínica:** La entrevista permitió conocer a cada una de las pacientes. Fue un acercamiento a la situación actual de cada una de ellas la cual permitió indagar acerca de sus conductas y, a la vez, explorar significados personales sobre su historia.

## INSTRUMENTOS:

**Inventario de Depresión de Beck:** La versión utilizada en esta investigación cuenta con 21



ítems que pretenden conocer los síntomas depresivos presentes.

Lista de Competencias para Terapeutas Cognitivos. Beck et al (1): Este cuestionario evalúa aquellas habilidades y destrezas que debe manejar el terapeuta al momento de las intervenciones psicoterapéuticas. Estas giran alrededor de tres áreas importantes: Procedimientos Generales de la entrevista, Técnicas Cognitivas y Conductuales Específicas y Características Personales y Profesionales del terapeuta.

Tabla de Cotejo para la evaluación de las Técnicas Cognitivas y Conductuales Cáceres, González, Quirós y Solano (3)

Esta tabla fue diseñada con el fin de evaluar la efectividad de las técnicas cognitivas y conductuales que se aplicaron en cada paciente. Para su construcción se tomó en cuenta los conceptos teóricos que Beck et al. (1) dan para cada una de las técnicas que mencionan y explican dentro de su modelo terapéutico. Apartir de las definiciones objetivas de las mismas y de la comprensión de sus objetivos y funcionamiento es que se elaboró una tabla que evaluara, mediante el registro literal del paciente y de la ejemplificación de sus experiencias, la técnica para cada paciente.

## TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se abordó bajo un modelo mixto de enfoque dominante con predominancia del enfoque cualitativo.

“La ventaja de este enfoque consiste en que se enriquecen tanto la recolección de los datos como su análisis” (p.546) Hernández, Fernández, y Baptista, (6).

Los objetivos específicos planteados dentro de este estudio se han analizado de una manera detallada y bajo el enfoque cualitativo, pues es a partir de la intervención psicoterapéutica que se ha podido evaluar cada uno. La experiencia, cotidianidad e interpretación de cada paciente sobre sus acontecimientos, representan evidencias fundamentales para poder evaluar cada uno de los factores que involucra la Terapia Cognitiva de la Depresión.

## FASES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación constó de cinco grandes etapas:

- I. La primera etapa correspondió a la revisión bibliográfica.
- II. La segunda etapa correspondió a la selección de los sujetos o pacientes.
- III. La tercera etapa concernió al proceso psicoterapéutico propiamente. Se establece un tratamiento de 12 a 15 sesiones con una duración de 50 minutos cada semana. En un inicio, se aplicó el inventario de depresión de Beck para medir el estado de la depresión en las pacientes. Las primeras tres sesiones se centraron en crear empatía ante la relación terapeuta- paciente y desarrollar un concepto común de la depresión. Se explicaron los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva y se midió las reacciones de las pacientes.

Entre la cuarta a la séptima sesión aproximadamente se dio especial atención a las dificultades conductuales y motivacionales. Una vez evidenciado cambios significativos en estas dos áreas, se procedió a dar mayor énfasis a los pensamientos incluyendo el reconocimiento, recuerdo y puesta a prueba de las cogniciones. Las últimas sesiones se centraron en evaluar conjuntamente las condiciones básicas de dichas cogniciones



que se interpretaron como causantes de la predisposición a la depresión. Entre la décima y onceava sesión se comenzó a preparar a la paciente para el cierre del proceso, enfocándose en su autonomía y posibilidad de logro. La doceava sesión se tomó para hacer un cierre total del proceso y dar las devoluciones del mismo. En esta misma se aplicó el Inventario de Depresión de Beck.

Del mismo modo, es importante recalcar que a la mitad de cada sesión se hacía un receso de 5 minutos en el que la terapeuta se reunía con las co-terapeutas con el objetivo de recibir retroalimentación de la sesión y tomar en cuenta las observaciones pertinentes.

Las sesiones terapéuticas se realizaron en Cámara de Guesell en donde la terapeuta contó con tres co-terapeutas. Una de las co-terapeutas tenía como función evaluar, en cada sesión las competencias de la terapeuta mediante la Lista de Competencias para Terapeutas Cognitivos Beck et al. (1). La segunda co-terapeuta se encargó de ir evaluando las técnicas cognitivas y conductuales de cada sesión mediante la tabla de cotejo de Cáceres et al. (3) y la tercera colaboró con la terapeuta detectando distorsiones cognitivas.

IV. En la cuarta etapa, cada sesión representó un análisis posterior de los datos obtenidos de la misma. Este se caracterizó por una descripción detallada de lo obtenido en la sesión por cada terapeuta, se hizo un pequeño informe de los datos más relevante respecto a las diferentes categorías de análisis pertinentes. En esta etapa, cada terapeuta se encargó también de llevar al día una bitácora de cada sesión

a modo de apoyo para un mejor análisis de los datos. Es importante recalcar que todos los casos fueron debidamente supervisados por la directora del seminario.

## **RECOPIACIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

Las Técnicas e instrumentos para la recolección de información se detallan en la tabla 1.\*

### **Procesamiento de datos**

#### **Análisis Cualitativo**

La presente investigación se abordó mediante el análisis de triangulación metodológica, o conocida también como triangulación de técnicas y posteriormente a partir de una triangulación teórica.

Triangulación de técnicas debido a que se recurrió a diferentes instrumentos que proponen evaluar datos esenciales que, mediante un proceso inductivo conllevaron a un análisis del proceso de la terapia.

Esta tipología ofrece la oportunidad de dar una mejor organización a partir de la síntesis de resultados que se derivan de estas diversas herramientas de evaluación mediante una interpretación válida y coherente. Rodríguez (14). Y la evaluación teórica porque se valoró la utilidad de la Terapia Cognitiva propuesta por Aarón Beck y su abordaje en la depresión. (1)

#### **Análisis Cuantitativo**

Esta fase del análisis implicó la sistematización de los puntajes derivados del Inventario de Depresión de Beck (BDI) haciendo una



comparación entre los resultados obtenidos en la pre-prueba con respecto a la post prueba. Esto tuvo como fin representar en promedio la variación de cada paciente iniciando y terminando el proceso; y de esta manera brindar datos que enriquecieran los resultados cualitativos.

## RESULTADOS

### Análisis Cualitativo

A continuación se presenta la información recabada por medio del proceso psicoterapéutico y todas las técnicas que dentro del mismo se le aplicaron.

Las distorsiones cognitivas son pensamientos que se caracterizan por ser automáticos, es decir, sin un proceso de razonamiento previo. Las que predominaron fueron la inferencia arbitraria, generalización excesiva, maximización, minimización y pensamiento absolutista.

Expresiones realizadas por algunas de las pacientes como: “Cuando yo le pregunte por qué no llegó él me va a decir que se enfiestó”, “Voy a pasar una semana fatal”, ejemplifican la inferencia arbitraria.

Otra distorsión cognitiva identificada es la generalización excesiva, ejemplos de esta distorsión son: “Nadie se acuerda de nada”, “La gente no quiere creer en mí”.

En cuanto a la maximización y minimización; “No puedo vivir sin mis hijos”, “Todo es una rutina...es terrible”, son ejemplos dados por las pacientes.

Finalmente, algunas frases que sirven para ilustrar la presencia de pensamiento absolutista son: “Siempre he estado deprimida”, “Siempre

me siento culpable”, “Todo me sale mal”.

Las distorsiones cognitivas antes mencionadas han incidido en exacerbar los sentimientos de tristeza y desesperanza que acompañan a la depresión, esto debido a que les resulta difícil a las pacientes encontrar soluciones y alternativas para resolver o superar sus problemas, ya que se mantienen con una visión negativa de sí mismas, de su mundo y de su futuro.

En lo que respecta a las técnicas cognitivas aplicadas durante el proceso terapéutico se encuentran: la reatribución, y el registro de pensamientos inadecuados.

Un ejemplo que se pueden mencionar y que hace alusión a las reatribuciones que se registraron durante el proceso de tratamiento es: Paciente (P): “Siempre me siento culpable yo” Terapeuta (T): “¿Siempre o en esta situación en particular? P: No siempre, pero tiendo a hacerlo.

Esta técnica ayuda a las pacientes a tomar conciencia de sus distorsiones cognitivas y a partir de dicha conciencia empezar a trabajar en posibles soluciones, percatándose de que es posible desenfocarse de sus problemas y además incentivarlas a la autorreflexión por medio del reforzamiento de sus habilidades meta cognitivas.

Otra de las técnicas cognitivas empleadas fue el registro de pensamientos inadecuados. Inicialmente se observó que se les dificultaba construir una respuesta racional debido a que sus distorsiones eran reflejas. Conforme fue transcurriendo el proceso terapéutico los registros que las pacientes llevaban semana tras semana fueron mostrando un dominio cada vez mayor en el control de sus cogniciones negativas.



Entre las técnicas conductuales aplicadas en este proceso se utilizaron la programación de actividades, la asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y role-playing/representación de papeles.

La programación de actividades se aplicó inicialmente explorando las actividades diarias en las que participaban las pacientes, una vez conocido el funcionamiento actual, se empezaron a detectar espacios libres que pudieron estar provocando el aumento de sentimientos de ansiedad y tristeza, debido a la inactividad y al sedentarismo; por ello, se les sugirió que incluyeran actividades que les resultaran agradables. Entre las actividades que las pacientes incluyeron se pueden mencionar, iniciar clases de manualidades, hacer ejercicios y mostrar mayor interés por su apariencia física por medio de conductas de auto cuidado.

Dicha técnica propició la disminución de inactividad en las pacientes, el hecho de mantenerse ocupadas y cubrir espacios del día en los que antes no hacían nada, repercutió sobre su estado de ánimo.

Con respecto a la técnica de asignación de tareas graduales cabe mencionar que la misma resulta valiosa dentro de este modelo terapéutico, debido a que hacen la terapia más concreta y específica, fortalecen la comunicación entre paciente y terapeuta y, en cierta medida, para asegurarse que la mejoría del paciente se mantiene después de terminar las sesiones y en última instancia el tratamiento.

Otra de las técnicas utilizadas fue la práctica cognitiva, en uno de los casos en que fue

aplicada la técnica se enfocó en el tema de la navidad, debido a la cercanía de las fechas.

Esta técnica ayudó a que la paciente contará con actividades preprogramadas con el fin de evitar posibles recaídas relacionadas a sus sentimientos de soledad.

Finalmente, de acuerdo con Beck et al. el role-playing, se centra en el entrenamiento de habilidades sociales, esta técnica consistió en ensayar en uno de los casos la manera en que ella reaccionaría cuando sus hijos discutieran, esto debido a que cuando esta situación se presentaba ella se desestabilizaba emocionalmente. (1)

En cuanto a la efectividad general de las técnicas, tanto conductuales como cognitivas, en la mayoría de los casos resultaron más útiles las conductuales, específicamente, la programación de actividades, debido a que evidenció una mejoría notable en la disminución de inactividad de las pacientes.

Otra de las situaciones que adquiere relevancia dentro de la terapia cognitiva de la depresión, según Beck et al., lo constituyen las habilidades terapéuticas, ya que el modo en que el terapeuta aplique las técnicas y maneje las sesiones va a influir directamente en la relación terapeuta-paciente y viceversa. (1)

En general durante todo el proceso tanto pacientes como terapeutas mostraron aceptación, empatía, autenticidad y profesionalidad, características que según Beck et al. facilitan la aplicación de la terapia cognitiva y que influyen en forma directa en actitudes y conductas tanto del terapeuta como de la paciente durante el tratamiento, por ende influye en la eficacia de la terapia.(1)



Otra de las situaciones que mencionan Beck et al. que ayudan a mantener la relación terapéutica es la necesidad de estructuración, en este caso se mantuvo un adecuado control de la agenda y del tiempo. (1) Gracias a esto las sesiones fueron ordenadas, orientándolas a los contenidos principales que las pacientes manifestaban o llevaban en sus tareas.

Finalmente, cabe destacar la planificación y claridad en objetivos, metas y tareas del tratamiento y la constante retroalimentación al paciente.

#### Análisis Cuantitativo

Integrando las puntuaciones de las cuatro pacientes se puede concluir que el BDI destaca una disminución considerable de los puntajes que se refieren mayormente a síntomas depresivos. Dichos datos se logran ver reflejados en las Figuras 1, 2 y 3\*, correspondientes al análisis comparativo entre la pre-prueba y post-prueba.

## DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos es posible rescatar que la terapia cognitiva de la depresión permitió tanto a las pacientes como a las terapeutas centrarse en problemas aquí y ahora.

Uno de los elementos esenciales del enfoque es el tener un plan de las sesiones previamente establecido, con metas y objetivos claros acordados entre terapeuta y paciente. Esto permitió que el proceso tuviera una dirección clara y que las pacientes pudieran comprender las tareas que se aplicaban.

Queda por comprobarse tal como se ha mencionado si esta condición de estructuración

puede ser de mayor peso significativo que otras variables específicas de un determinado enfoque. Si esto fuera así esto significaría que los terapeutas independientemente de su enfoque deberán abocarse a tener un proceso de formulación y planificación claramente definido para lograr cambios significativos.

La observación del proceso en cámara de Guesell comprueba la presencia de habilidades terapéuticas como la escucha activa, la empatía, el rapport, la aceptación y la autenticidad. Esta es otra variable que se ha propuesto en variadas investigaciones como determinante en la buena resolución de procesos psicoterapéuticos.

La investigación corrobora en la práctica la forma en que los pacientes expresan las distorsiones que han sido ampliamente explicadas por la teoría cognitiva. Dichas distorsiones aparecían en sus discursos con relativa facilidad. El proceso a partir de esto promueve que las pacientes se den cuenta de la relación existente entre la manera en que piensan y actúan y como esto mantiene sus síntomas depresivos.

Luego de ser conscientes de estas distorsiones las técnicas cognitivas permitieron a las pacientes modificar percepciones estereotipadas que presentaban, logrando con esto la disminución de los intensos sentimientos negativos y centrando su atención en aquellos problemas que fueran resolubles.

Esto fue resultado de lograr buscar otras soluciones e interpretaciones a sus problemas, dándose cuenta de que buscando respuestas más razonables además podían mejorar su estado de ánimo.

El aprovechamiento de las técnicas conductuales se pudo constatar por un mayor



nivel de actividad en las pacientes y una mayor presencia de aquellas actividades que les resultaban agradables.

En cuanto al proceso de aprendizaje y realimentación de los terapeutas, es importante resaltar el trabajo en equipo como parte esencial. Además la posibilidad de supervisar los casos de manera continua da a los terapeutas practicantes posibilidades de retomar temas, de establecer nuevas estrategias o valorar el uso de técnicas y tareas.

## REFERENCIAS BILIOGRÁFICAS

1. Beck A, Rush J, Shaw B, Emery G. Terapia Cognitiva de la Depresión. 12ª ed. España: Descleé de Brouwer, S.A; 2000.
2. Bueno A, Córdoba J, Escolar A, Carmona J. Variables asociadas al abandono del tratamiento o la terapia en el equipo de salud mental de distrito de Jerez de la Frontera. *Psiquiatría Pública*. 2000; 12(2): 139-149.
3. Cáceres D, González Y, Quirós R, Solano P. La efectividad de la terapia cognitiva de la depresión en cuatro mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años [Tesis]. San José: Universidad Católica de Costa Rica; 2009
4. Ellis A. Manual de terapia racional emotivo. España: Editorial Deescleé de Brouwer; 1990.
5. Feixas G, Miró MT. Aproximaciones a la Psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. (2da. reimpresión). Barcelona: Paidós Ibérica, S.A; 1995.
6. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ta. ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2010.
7. Krause, M. Psicoterapia y Cambio: una mirada desde la subjetividad. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2005
8. Ministerio de Salud. Situación actual de la Salud Mental en Costa Rica. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
9. Olivares J. Técnicas de Modificación de Conducta. España: Editorial Biblioteca Nueva S.L; 1998.
10. Ortega F, Ponce C. Adhesión a los Tratamientos: Análisis de los Abandonos (datos preliminares). *Maristan*. 1995, diciembre; IV (9): 55-63.
11. Porcel Manuel. El Abandono en las Terapias Psicológicas [Internet]. Aposta, [Citado en agosto 2010]. Disponible en: <http://www.apostadigital.com/buscador>.
12. Prada S. Manual de Normas y Procedimientos del Centro de Atención y Servicios Integrados. Universidad Católica. 2007.
13. Prada S. Algunos aspectos relacionados con el abandono o cierre de la terapia psicológica en pacientes del Centro de Atención y Servicios Integrados (CASI) del 2003- a marzo del 2007. *Humanitas*. 2009; 6 (6), 100-114



14. Rodríguez O. La Triangulación como estrategia de investigación en ciencias sociales [Internet]. MIOD; 2005[Citado el 31 enero de 2006] Disponible en: <http://www.madrimasd.org/revista/revista31/tribuna/tribuna2.asp>

15. Rodríguez S, Pozo T, Gutiérrez J. La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior [Internet]. Revista Redalyc; 2006 [Citado el 31 de julio 2008] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91612206>

16. Semerari, A. Historia, teoría y técnicas de Psicoterapia Cognitiva. España: Ediciones Paidós; 2000

17. Torres J, Lara M.C. Apego al tratamiento psicoterapéutico y resultados de una intervención breve en pacientes de consulta externa psiquiátrica. Salud Mental, 2002; 25(6), 27-34. 23(2), 45-54.

## APENDICES.

### Apéndice A: Tablas

Tabla 1

#### Recopilación de Datos

---

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tabla de Cotejo para evaluar las técnicas cognitivas y conductuales aplicadas.</li></ul>
Fase Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lista de Competencias para Terapeutas Cognitivos.</li><li>• Proceso Psicoterapéutico.</li></ul>
Fase Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inventario de depresión de Beck como pre-prueba y post-prueba para medir los cambios en los síntomas depresivos.</li></ul>

---

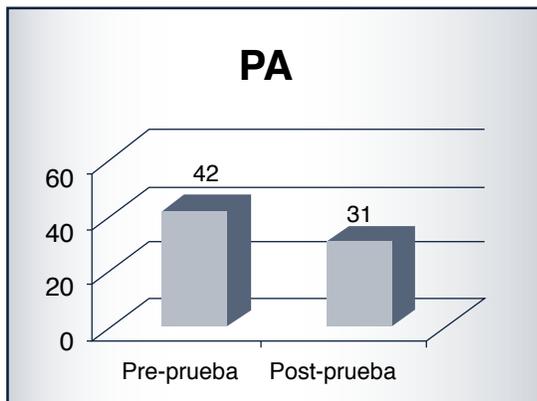
Fuente: Cáceres, González, Quirós y Solano (2008).





## Apéndice B: Figuras de resultados comparativos

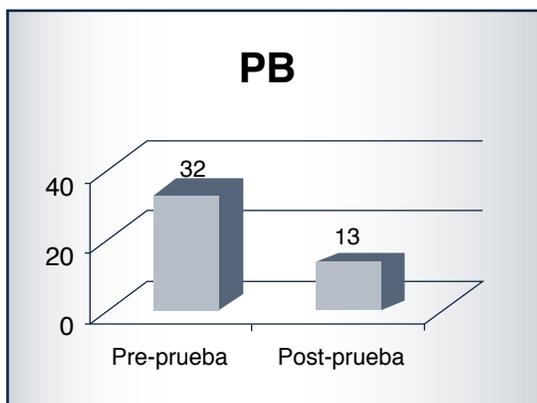
**Figura 1**



Fuente: Cáceres, González, Quirós y Solano (2009)

Puntajes totales del Inventario de Depresión de Beck antes y posterior al procesos para la paciente A.

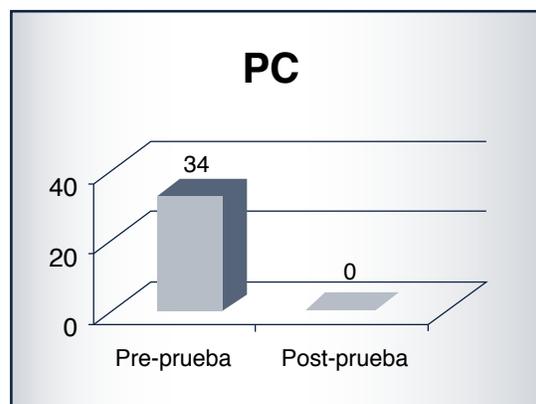
**Figura 2**



Fuente: Cáceres, González, Quirós y Solano (2009)

Puntajes totales del Inventario de Depresión de Beck antes y posterior al procesos para la paciente B.

**Figura 3**



Fuente: Cáceres, González, Quirós y Solano (2009)

Puntajes totales del Inventario de Depresión de Beck antes y posterior al proceso para la paciente C.