



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**Psicología**

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON ENFOQUE DIALÉCTICO CONDUCTUAL  
PARA EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN UNA MUJER ADULTA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO  
DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTOR:  
SAMIR MARTIN BEZZOLO CALDAS

ASESORA:  
MG. RITA SELENE ORIHUELA ANAYA

LIMA – PERÚ

2026

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	Bezzolo Caldas Samir Martin
2.	

*(Agregar filas adicionales si hay más autores)*

Pertencientes al programa de la carrera profesional de Psicología, autores del trabajo titulado: **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON ENFOQUE DIALÉCTICO CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN UNA MUJER ADULTA**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el Título profesional bajo la modalidad de Trabajo de suficiencia profesional.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	RITA SELENE ORIHUELA ANAYA	Psicología	Asesor
2.			

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de 11 %, según el reporte emitido por el software Turnitin® (identificador de entrega: 3532446362; fecha de entrega: 09-04-2026).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: Lima, 14 de abril de 2025



Firma del asesor  
N° DNI: 70812851  
ORCID: 0000-0002-7802-6230

Firma del Co-asesor

N° DNI: .....  
ORCID: .....

## **MIEMBROS DEL JURADO**

Mg. Diana Marizol Pacheco Ponce

**Presidente**

Mg. Guissela Vanessa Mendoza Chavez

**Vocal**

Mg. Mey Ling Rosa Chang Marcovich

**Secretaria**

## **DEDICATORIA**

En el camino hacia la culminación de este proyecto, he encontrado un sinfín de desafíos y alegrías. Dedico este esfuerzo a mis padres Araceli y Sixto, cuyo amor incondicional ha sido mi roca y cuya fe en mí ha sido mi mayor motivación. A mi hermano Renato el cual siempre ha estado para mí pese a nuestras diferencias. A mi enamorada Daniela por su comprensión, paciencia y apoyo constante, el cuál nunca permitió que me rinda. A mis familiares que ya no se encuentran conmigo

A todos aquellos que han dejado una huella imborrable en mi corazón, les dedico este trabajo con profundo agradecimiento y la esperanza de que pueda contribuir, aunque sea modestamente, al conocimiento y al bienestar de nuestra sociedad.

## **AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría mostrar mi sincero agradecimiento a mis padres como a mi hermano por el apoyo condicional.

A mi enamorada por acompañarme en todo este proceso y no dejar que me rinda.

A mi Universidad Peruana Cayetano Heredia por brindarme todas las herramientas necesarias para poder afrontar los diversos desafíos que se me han presentado.

A mi asesora por su increíble paciencia y su apoyo en todas las asesorías brindadas.

## TABLA DE CONTENIDOS

Resumen .....	
Abstract .....	
Introducción .....	1
CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO .....	3
1.1. Descripción de la Institución .....	3
1.1.1 Misión y Visión .....	3
1.2. Organigrama .....	3
1.2.1. Puesto .....	4
1.2.2. Funciones del puesto .....	4
1.2.3. Jefe inmediato y cargo .....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	7
2.1. Depresión .....	7
2.1.1. Conceptualización de la depresión .....	7
2.1.2. Etiología de la Depresión .....	9
2.1.3 Instrumentos de evaluación para la depresión .....	11
2.1.4 Modelos teóricos .....	13
2.1.5 Tratamientos basados en la evidencia científica .....	17
2.2 Orientación y consejería Psicológica .....	18
2.2.1 Definición .....	18
2.2.2 Características .....	18

2.2.3	Objetivos .....	18
2.2.4	Proceso de orientación y consejería .....	19
2.2.5	Diferenciación conceptual con psicoterapia .....	19
2.3	Terapia dialéctico conductual.....	20
2.3.1	Definición .....	20
2.3.2	Terapia dialéctico conductual y depresión .....	21
2.3.3	Orientación psicológica e integración de recursos DBT.....	22
2.4	Habilidades DBT.....	23
2.5	Antecedentes: Nacionales e Internacionales.....	28
2.5.1	Nacionales.....	28
2.5.2	Internacionales .....	30
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....		33
3.1.	Contextualización y justificación del problema.....	33
3.1.1.	Problema de estudio .....	33
3.1.2.	Justificación del Problema .....	44
3.1.3	Intervención.....	46
Metodologías empleadas según el programa: .....		58
Monitorio y/o Evaluación .....		60
Consideraciones éticas:.....		61
CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....		63
4.1	Descripción de los resultados hallados .....	63
CAPÍTULO V. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL .....		86

5.1. Aspectos importantes que pudieron haberse realizado y no se llevaron a cabo .....	86
5.2. Limitaciones de la intervención.....	87
5.3. Impacto a nivel profesional.....	87
5.4. Competencias profesionales desarrolladas en la atención del paciente .....	88
5.5. Efectos y aportes al centro psicológico .....	89
Conclusiones.....	91
Recomendaciones.....	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
ANEXOS.....	

## Resumen

El Trastorno Depresivo Mayor constituye uno de los principales problemas de salud mental por su impacto en el funcionamiento cotidiano, la calidad de vida y las relaciones interpersonales. El presente Trabajo de Suficiencia Profesional describe y evalúa un proceso individual de orientación y consejería psicológica, apoyado en recursos basados en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), orientado al manejo de sintomatología depresiva en una mujer adulta residente en Lima Metropolitana. A partir de una entrevista clínica semiestructurada, la revisión de criterios DSM-5 como guía de exploración y el análisis funcional de conductas problema, se planificó un programa focalizado en el entrenamiento y la generalización de habilidades (mindfulness, tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal), complementado con estrategias de autovalidación y fortalecimiento del diálogo interno compasivo. El proceso se desarrolló en modalidad virtual durante 12 sesiones, incorporando autorregistros (registro de síntomas y tareas) y monitoreo periódico de indicadores asociados a depresión (sueño, estado de ánimo, interés/placer y cambios en apetito/peso). Los resultados evidenciaron una reducción progresiva de la sintomatología depresiva y un incremento en la frecuencia de uso de habilidades entrenadas en contextos laborales y familiares, acompañado de menor rumiación y reactividad ante la crítica. Se concluye que la orientación psicológica apoyada en entrenamiento en habilidades basadas en DBT puede contribuir al manejo del malestar depresivo en atención individual, favoreciendo afrontamiento planificado y estrategias de continuidad orientadas a prevenir recaídas.

*Palabras clave:* depresión, terapia dialéctica conductual, habilidades DBT, intervención psicológica, estudio de caso, modalidad virtual.

## **Abstract**

Major Depressive Disorder is one of the leading mental health problems due to its impact on daily functioning, quality of life, and interpersonal relationships. This Professional Sufficiency Paper describes and evaluates an individual psychological guidance and counseling process supported by Dialectical Behavior Therapy (DBT)–based skills resources, aimed at managing depressive symptoms in an adult woman living in Metropolitan Lima. Based on a semi-structured clinical interview, the use of DSM-5 criteria as an assessment guide, and a functional analysis of problem behaviors, a focused program was designed to train and generalize key skills (mindfulness, distress tolerance, emotion regulation, and interpersonal effectiveness), complemented by self-validation strategies and the strengthening of compassionate self-talk. The process was delivered virtually over 12 sessions and included self-monitoring tools (symptom and homework logs) as well as periodic monitoring of depression-related indicators (sleep, mood, interest/pleasure, and appetite/weight changes). Results showed a gradual reduction in depressive symptoms and an increase in the frequency of using trained skills in work and family contexts, along with decreased rumination and reactivity to criticism. It is concluded that psychological counseling supported by DBT-based skills training may contribute to managing depressive distress in individual care settings by promoting planned coping and follow-up strategies aimed at relapse prevention.

*Keywords:* depression, dialectical behavior therapy, DBT skills, psychological intervention, case study, telepsychology

## **Introducción**

En los últimos años, la depresión ha sido reconocida como uno de los trastornos del estado de ánimo con mayor carga personal, social y económica, debido a su alta prevalencia, su curso recurrente y su asociación con deterioro funcional en múltiples áreas de la vida. El Trastorno Depresivo Mayor se caracteriza por la presencia de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer y un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y somáticos que interfieren de forma significativa en el desempeño cotidiano (American Psychiatric Association, 2022). De manera complementaria, la Clasificación Internacional de Enfermedades reconoce distintos niveles de severidad y destaca el impacto del malestar emocional en el funcionamiento global de la persona (Organización Mundial de la Salud, 2022). En el contexto peruano, la depresión representa un problema de salud pública por su relación con ausentismo laboral, dificultades familiares y barreras para acceder a atención oportuna. Si bien existen abordajes con evidencia para el tratamiento de la depresión (por ejemplo, intervenciones cognitivo-conductuales o interpersonales), la literatura reciente resalta la necesidad de estrategias que integren regulación emocional, aceptación y entrenamiento de habilidades aplicables a la vida diaria, especialmente en perfiles donde predominan rumiación, autocrítica y reactividad interpersonal. En este escenario, las terapias de tercera generación han cobrado relevancia al priorizar estrategias de afrontamiento contextualizadas y orientadas a la acción. Entre ellas, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) propone un modelo biosocial de la desregulación emocional y un entrenamiento sistemático de habilidades que busca promover cambios conductuales sostenidos (Linehan, 1993).

El presente Trabajo de Suficiencia Profesional se enmarca en una experiencia de orientación y consejería psicológica individual orientada al manejo de sintomatología depresiva en una mujer adulta. La consultante reportó malestar persistente, dificultades asociadas al sueño y al estado de ánimo, pérdida de interés, cambios en el apetito y patrones

de evitación y autosabotaje frente a demandas laborales. Asimismo, se observaron respuestas intensas ante la crítica, rumiación y conflictos en el entorno familiar, factores que contribuían al mantenimiento del problema. A partir de una entrevista clínica semiestructurada, la revisión de criterios diagnósticos como guía de exploración y el análisis funcional de conductas problema, se estableció como objetivo central disminuir la sintomatología depresiva mediante un programa focalizado de entrenamiento en habilidades basadas en DBT. El plan incorporó de manera progresiva habilidades de mindfulness (observar, describir y participar), tolerancia al malestar (p. ej., grounding y estrategias de pausa), regulación emocional (p. ej., identificación de vulnerabilidades y acción opuesta) y efectividad interpersonal (DEAR MAN y establecimiento de límites), complementadas con autovalidación y fortalecimiento del diálogo interno compasivo. La implementación se desarrolló en modalidad virtual a lo largo de 12 sesiones, integrando tareas entre sesiones y autorregistros estructurados (registro de síntomas y seguimiento del uso de habilidades) para favorecer la generalización a situaciones reales y el monitoreo del cambio. En términos metodológicos, el trabajo adopta un enfoque de estudio de caso con seguimiento continuo, incorporando indicadores cuantitativos de progreso. Se realizó monitoreo de síntomas vinculados a depresión (sueño, estado de ánimo, interés/placer y apetito/peso), así como registro de frecuencia de uso de habilidades en periodos específicos, lo que permitió identificar patrones de respuesta, avances y necesidades de ajuste del plan.

Finalmente, el trabajo se organiza en capítulos que describen el contexto y experiencia profesional, el marco teórico sobre depresión y DBT, la metodología aplicada, los resultados y la discusión de los hallazgos. Con ello, se busca aportar evidencia aplicada sobre la utilidad del entrenamiento en habilidades basadas en DBT para el manejo del malestar depresivo en atención psicológica individual, particularmente en contextos actuales donde la modalidad virtual se ha consolidado como alternativa viable.

# CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

## 1.1.Descripción de la Institución

La institución es un centro psicológico profesional dedicado a la promoción del bienestar emocional y psicológico de niños, adolescentes y adultos. Su labor se enfoca en brindar intervenciones basadas en evidencia, acompañamiento psicoterapéutico individual y orientación familiar, priorizando enfoques contemporáneos como la Terapia Dialéctica Conductual (DBT). El centro desarrolla programas de evaluación, intervención y prevención, tanto en el ámbito clínico como educativo, buscando generar impacto en la salud mental de la comunidad.

### 1.1.1 Misión y Visión

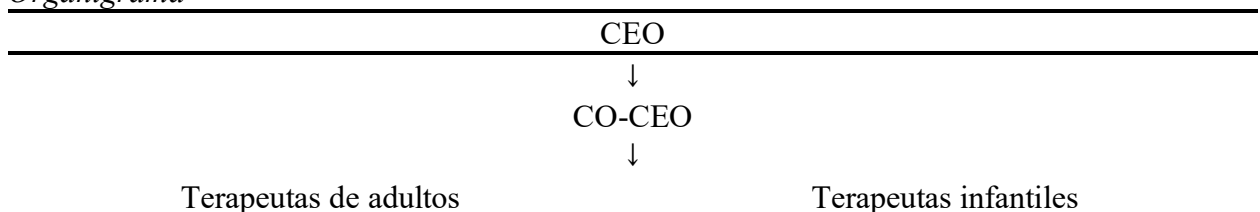
La misión del centro es promover el bienestar psicológico de niños, adolescentes, adultos y familias a través de un enfoque profesional, empático y basado en evidencia, ayudándolos a desarrollar habilidades emocionales y fortalecer su calidad de vida.

La visión es ser un referente en bienestar psicológico, impulsando una comunidad más consciente, resiliente y emocionalmente saludable, donde cada persona tenga acceso a las herramientas necesarias para su desarrollo integral.

## 1.2. Organigrama

**Tabla 1**

*Organigrama*



### **1.2.1. Puesto**

El cargo desempeñado corresponde al área de orientación y consejería psicológica, desde el 01 de junio de 2024 hasta la actualidad.

### **1.2.2. Funciones del puesto**

Las funciones desempeñadas corresponden al área de orientación y consejería psicológica, dirigida a niños, adolescentes, adultos y padres de familia. Entre las actividades realizadas se encuentran: entrevistas psicológicas de orientación, recopilación de información clínica y contextual, aplicación de instrumentos de evaluación psicológica cuando corresponde, elaboración de informes y devoluciones, así como el diseño y ejecución de planes de acompañamiento y orientación individual enfocados en el desarrollo de habilidades socioemocionales.

Asimismo, se realizaron intervenciones psicoeducativas y estrategias breves de apoyo basadas en modelos contemporáneos de regulación emocional (por ejemplo, habilidades asociadas a DBT como atención plena, tolerancia al malestar y habilidades interpersonales), en el marco de orientación y consejería, sin constituir procesos de psicoterapia formal.

Adicionalmente, el puesto contempló participación en asesorías clínicas y espacios de supervisión de casos con profesionales de mayor experiencia, promoviendo un abordaje ético y técnicamente adecuado. Finalmente, se brindó orientación y consejería psicológica a estudiantes y familias, así como coordinación con docentes cuando fue necesario.

### **1.2.3. Jefe inmediato y cargo**

Mi labor se encuentra bajo la supervisión directa de la coordinadora general de la institución, quien es la responsable del funcionamiento administrativo y organizacional del centro, y de la supervisora de psicología, encargada de brindar acompañamiento clínico, retroalimentación técnica y supervisión permanente de los casos atendidos. Ambas figuras constituyen mis jefaturas inmediatas dentro de la estructura institucional y orientan el desarrollo adecuado de mis funciones profesionales.

### **Delimitación del área de trabajo y relación con la formación profesional**

Como modelo de intervención principal, la labor profesional desarrollada se enmarca en el área clínica, específicamente en la orientación y consejería psicológica para el abordaje de dificultades emocionales y de la conducta. El trabajo en la institución ha permitido intervenir en casos de depresión, ansiedad, autocrítica disfuncional y conflictos familiares, aplicando como modelo el enfoque de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), complementado con técnicas breves de orientación y psicoeducación emocional, acordes con el rol profesional desempeñado.

Debido a lo mencionado anteriormente, el presente trabajo se enmarca en la línea de investigación que corresponde al N. °5: bienestar psicológico y salud mental. El cual pretende investigar acerca de los factores emocionales y de salud mental que regulan el bienestar psicológico y permiten la adaptación orientada a la calidad de vida de las personas.

Por último, el proyecto se vincula directamente con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) N.° 3: Salud y Bienestar, específicamente con su meta

3.4, que busca promover la salud mental y el bienestar mediante estrategias de prevención y tratamiento eficaces, accesibles y sostenibles. La intervención desarrollada contribuye a este objetivo al enfocarse en el fortalecimiento de habilidades emocionales, la mejora del bienestar psicológico y la reducción de síntomas asociados a la depresión desde un enfoque orientativo y basado en evidencia.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Depresión**

#### **2.1.1. Conceptualización de la depresión**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza persistente, pérdida de interés o placer en actividades cotidianas, alteraciones en el sueño y apetito, sentimientos de culpa o inutilidad, y dificultades en la concentración (APA, 2022). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), más de 300 millones de personas en el mundo, viven con depresión a nivel mundial, siendo una de las principales causas de discapacidad global.

El trastorno depresivo mayor se define como la presencia de un episodio depresivo mayor que se manifiesta a través de cinco o más síntomas durante un periodo mínimo de dos semanas, representando un cambio significativo respecto al funcionamiento previo. De acuerdo con los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en su actualización DSM-5-TR, estos síntomas incluyen un estado de ánimo deprimido persistente, una marcada disminución del interés o placer en las actividades cotidianas, cambios notables en el peso o apetito, alteraciones significativas del sueño, que pueden presentarse como insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga constante o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultades para concentrarse o tomar decisiones, así como pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Para establecer el diagnóstico, estos síntomas deben generar malestar clínico significativo o un deterioro en áreas esenciales del funcionamiento social, laboral o personal, y no deben explicarse por el consumo de sustancias, afecciones médicas o la presencia de episodios maníacos o mixtos (APA, 2022).

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 11.<sup>a</sup> edición (CIE-11) describe el trastorno depresivo como un cuadro caracterizado por un conjunto de síntomas esenciales, entre los cuales se encuentran el ánimo deprimido persistente, la reducción marcada del interés o la capacidad para experimentar placer y la disminución de la energía acompañada de fatigabilidad. Asimismo, se señalan otros síntomas adicionales que pueden acompañar al cuadro, como baja autoestima o sentimientos de culpa excesiva, dificultades en la concentración y en la toma de decisiones, alteraciones del sueño, cambios en el apetito, visión pesimista del futuro y pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio. Según la CIE-11, estos síntomas deben presentarse la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas, causar un malestar emocional significativo y afectar áreas importantes del funcionamiento diario. Además, la clasificación establece tres niveles de gravedad: leve, moderada y grave, basándose en la intensidad de los síntomas y el grado de deterioro funcional asociado (OMS, 2022).

La depresión constituye uno de los principales problemas de salud mental en el Perú debido a su elevada prevalencia y al impacto significativo que genera en el funcionamiento emocional, social y laboral. Según el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2021), aproximadamente el 16 % de la población peruana presenta sintomatología depresiva clínicamente relevante, siendo uno de los trastornos más reportados en adultos. Esta situación se vio agravada por los efectos post pandemia, donde el aislamiento, las pérdidas y la sobrecarga emocional fortalecieron los factores de vulnerabilidad psicológica (OMS, 2023). La depresión no solo afecta el estado de ánimo, sino que compromete la capacidad para realizar actividades cotidianas, deteriora las relaciones interpersonales y limita el bienestar general.

En el contexto peruano, los datos del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2021) indican que cerca del 16 % de la población presenta síntomas depresivos. Factores sociales como el aislamiento, la pérdida de vínculos significativos o los ambientes familiares invalidantes incrementan la vulnerabilidad a este trastorno (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2022).

La literatura muestra que la depresión presenta diferencias significativas según el sexo, siendo las mujeres quienes presentan tasas más altas de sintomatología depresiva y mayor persistencia del malestar. Estudios recientes indican que factores biológicos, hormonales, emocionales y socioculturales, como la sobrecarga del rol cuidador, la exposición a ambientes invalidantes, la violencia psicológica y la baja disponibilidad de redes de apoyo, incrementan el riesgo de depresión en mujeres (Fernández & Gálvez, 2021). Esta realidad es altamente visible en el contexto peruano, donde las mujeres enfrentan desigualdades estructurales que dificultan el acceso temprano a servicios de salud mental y aumentan la probabilidad de desarrollar síntomas severos o prolongados.

### **2.1.2. Etiología de la Depresión**

La depresión es un trastorno multifactorial cuya etiología no se explica por una única causa, sino por la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales. La evidencia actual sostiene que se trata de un trastorno complejo, resultado de la convergencia entre vulnerabilidades genéticas, patrones de procesamiento emocional desadaptativos y contextos ambientales estresantes que incrementan el riesgo de desarrollar sintomatología depresiva (Fried et al., 2022).

Desde el plano biológico, diversos estudios señalan que alteraciones en sistemas neuroquímicos, especialmente en la regulación de la serotonina, noradrenalina y dopamina, se encuentran asociadas a síntomas característicos como anhedonia, desmotivación y afecto deprimido. Además, se ha observado hiperactividad del eje

hipotalámico–hipofisario–adrenal (HHA), lo cual incrementa los niveles de cortisol y genera una mayor reactividad al estrés, afectando estructuras como el hipocampo y la amígdala, implicadas en la regulación emocional (Pariante & Lightman, 2023). La genética también cumple un papel relevante, investigaciones recientes muestran que individuos con antecedentes familiares de depresión tienen mayor probabilidad de desarrollar el trastorno, aunque este riesgo se expresa principalmente en interacción con factores ambientales adversos (Howard et al., 2019).

En el ámbito psicológico, los modelos contemporáneos enfatizan el papel de la autocrítica elevada, la rumiación, los sesgos cognitivos y la dificultad para regular emociones como factores que contribuyen al inicio y mantenimiento del cuadro depresivo. Las personas con tendencia a interpretar los eventos de manera negativa o catastrofista presentan mayor vulnerabilidad a episodios depresivos, especialmente ante situaciones de estrés interpersonal. Asimismo, la presencia de estilos de afrontamiento evitativos, baja autocompasión y dificultades para identificar y expresar emociones incrementa la duración e intensidad de los síntomas. Estas características psicológicas tienden a consolidarse a partir de experiencias previas de invalidación emocional, crítica excesiva o entornos poco responsivos, lo cual afecta el desarrollo de estrategias adaptativas de regulación emocional (Werner et al., 2021)

Finalmente, en el componente social, factores como el aislamiento, la falta de redes de apoyo, la violencia familiar, la inseguridad económica o experiencias de pérdida significativa actúan como precipitantes o mantenedores del trastorno. Por otro lado, los estresores crónicos, como la sobrecarga laboral, los roles de cuidado, la discriminación o los conflictos familiares persistentes, incrementan el riesgo de depresión, especialmente en mujeres adultas, quienes con mayor frecuencia enfrentan expectativas sociales rígidas y responsabilidades domésticas acumuladas.

Los modelos actuales subrayan que los factores sociales no solo influyen en la aparición del trastorno, sino también en la posibilidad de acceder a tratamiento y mantener la adherencia terapéutica. En conjunto, la evidencia científica de los últimos años indica que la depresión surge de la interacción entre vulnerabilidades biológicas, patrones cognitivos y emocionales desadaptativos y contextos sociales adversos, lo que resalta la importancia de intervenciones integradas que aborden tanto los componentes internos (como la autocrítica y la regulación emocional) como las condiciones externas que perpetúan el malestar. Esta comprensión es fundamental para orientar el tratamiento y seleccionar enfoques terapéuticos basados en evidencia, como la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) y otras intervenciones de tercera generación (Pariente & Lightman, 2023).

### **2.1.3 Instrumentos de evaluación para la depresión**

La evaluación de la sintomatología depresiva requiere el uso de instrumentos psicométricos estandarizados que permitan identificar la gravedad del cuadro, monitorear el progreso clínico y sustentar el diagnóstico con mayor precisión. Entre los instrumentos más utilizados a nivel internacional y recomendados para el abordaje de la depresión en adultos se encuentran el Beck Depression Inventory-II (BDI-II), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y la Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), todos ellos con adecuada validez psicométrica y vigencia científica en los últimos años.

El BDI-II es uno de los instrumentos más empleados en el ámbito clínico y de investigación debido a su alta sensibilidad para detectar cambios en la sintomatología depresiva. Consta de 21 ítems que evalúan aspectos cognitivos, emocionales y somáticos de la depresión, tales como tristeza, desesperanza, autocrítica, pérdida de interés, sueño, apetito y fatiga. Investigaciones recientes continúan respaldando su validez y

confiabilidad en población adulta latinoamericana, encontrando coeficientes alfa superiores a .85 y adecuada estructura factorial. Se han reportado adecuados indicadores de confiabilidad y validez para el BDI-II en adultos peruanos, con consistencias internas superiores a .80 y evidencias de validez de constructo acordes a la estructura propuesta internacionalmente, lo que respalda su empleo en servicios clínicos y comunitarios del país (Domínguez & Merino, 2015).

Otro instrumento ampliamente utilizado es el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), un cuestionario breve de nueve ítems derivado de los criterios diagnósticos del DSM-5 para episodio depresivo mayor. Se considera una herramienta útil tanto en atención primaria como en servicios psicológicos debido a su rapidez, facilidad de administración y alta sensibilidad para identificar riesgo de depresión moderada o grave (Kroenke et al., 2019). En cuanto a sus propiedades psicométricas, estudios realizados en población latinoamericana reportan adecuados niveles de confiabilidad interna, con coeficientes alfa de Cronbach que oscilan entre 0.80 y 0.89, así como validez concurrente adecuada al correlacionar de manera significativa con otras medidas de depresión clínica (Mendoza-González et al., 2022). Estos indicadores respaldan el uso del PHQ-9 como un instrumento confiable y válido para el tamizaje y seguimiento de la sintomatología depresiva. De manera similar, el PHQ-9 ha sido adaptado y evaluado en muestras peruanas en atención primaria y población general, mostrando buenos niveles de sensibilidad para la detección de sintomatología depresiva y propiedades psicométricas estables (Villarreal et al., 2019).

Asimismo, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) es un instrumento de 20 ítems diseñado para medir sintomatología depresiva en población general y clínica. Cuenta con un sólido respaldo empírico y ha sido ampliamente utilizada en estudios latinoamericanos para la evaluación de depresión en

mujeres adultas, mostrando adecuados indicadores psicométricos. En cuanto a su confiabilidad, investigaciones realizadas en población latinoamericana reportan coeficientes alfa de Cronbach entre 0.85 y 0.91, lo que evidencia una alta consistencia interna del instrumento. Asimismo, se han documentado niveles adecuados de validez convergente, al correlacionar significativamente con otras medidas estandarizadas de depresión y malestar emocional (Vargas et al., 2021). No obstante, es importante señalar que, a pesar de su uso extendido en América Latina, la CES-D no cuenta con una validación estandarizada específica para el contexto peruano. En el caso de la CES-D, estudios realizados con adultos peruanos han confirmado su pertinencia para evaluar síntomas afectivos y somáticos asociados a depresión, evidenciando una adecuada fiabilidad interna y sensibilidad para identificar variaciones en indicadores depresivos en contextos locales (Ventura & Rodríguez, 2017).

En conjunto, estos instrumentos permiten una evaluación amplia y precisa del cuadro depresivo, facilitando el establecimiento del diagnóstico, el diseño de la intervención y el monitoreo de la evolución clínica. Para la paciente atendida, el BDI-II podría resultar pertinente por su alta sensibilidad al cambio y su capacidad para evaluar componentes centrales como autocrítica, afecto negativo, rumiación y deterioro funcional. El uso de instrumentos estandarizados complementa la entrevista clínica y fortalece la validez del proceso de evaluación.

#### **2.1.4 Modelos teóricos**

##### **a. Modelo cognitivo**

El modelo cognitivo de Beck sostiene que la depresión se origina a partir de la presencia de esquemas cognitivos negativos que distorsionan la interpretación de la realidad, generando patrones de pensamiento automáticos caracterizados por una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, conocida como la tríada cognitiva. Las

personas con depresión tienden a procesar la información de manera sesgada mediante distorsiones como la sobre generalización, el pensamiento dicotómico y la minimización de los aspectos positivos, configurando un estilo cognitivo rígido que incrementa la autocrítica y la desesperanza (Clark & Beck, 2020).

Estos esquemas suelen consolidarse a partir de experiencias tempranas de crítica, rechazo o pérdida, las cuales predisponen a ciertos individuos a responder de manera depresiva ante situaciones estresantes (Disner et al., 2011). Asimismo, los pensamientos automáticos activan emociones intensas y generan conductas como evitación, aislamiento o inactividad, estableciendo un ciclo que perpetúa la depresión si no se interviene terapéuticamente (Joormann & Stanton, 2016).

#### **b. Modelo Conductual**

Desde el modelo conductual, la depresión se comprende como la consecuencia de una disminución significativa del refuerzo positivo proveniente del ambiente. Según Lewinsohn (citado en Arocutipa, 2022), cuando disminuyen las actividades que generan gratificación o aumenta la exposición a eventos adversos, la persona tiende a retraerse, reduciendo aún más las oportunidades de obtener refuerzo, lo que alimenta el ciclo depresivo.

Esta perspectiva destaca que las conductas depresivas no se explican por factores internos, sino por la interacción entre el comportamiento y las condiciones ambientales que lo mantienen. Investigaciones sobre activación conductual han demostrado que introducir actividades reforzantes genera una reducción significativa de los síntomas depresivos incluso sin intervenir directamente en los pensamientos, el cual respalda el rol del ambiente y la conducta en la regulación del estado de ánimo. Asimismo, la evitación se entiende como un reforzador negativo: al producir alivio inmediato, se mantiene en el tiempo y contribuye al aumento del malestar emocional (Ekers et al. 2020).

### **c. Modelo Interpersonal**

El modelo interpersonal plantea que la depresión está estrechamente vinculada a dificultades en las relaciones significativas y a cambios en el contexto social. Desde esta perspectiva, los episodios depresivos surgen o se mantienen a partir de disputas interpersonales, pérdidas, transiciones vitales y déficits en habilidades para establecer vínculos saludables (Weissman & Markowitz, 2017). Estas circunstancias pueden generar tensiones persistentes que incrementan la vulnerabilidad emocional y reducen el apoyo percibido.

Este modelo sostiene que la depresión no es solo un fenómeno intrapsíquico, sino también relacional: patrones de comunicación deteriorados, conflictos no resueltos o interacciones que generan malestar pueden contribuir a que la persona reciba menos apoyo o incluso rechazo por parte de su entorno, reforzando sentimientos de soledad y desesperanza. En este sentido, comprender la dinámica interpersonal resulta fundamental para explicar cómo ciertos contextos sociales pueden precipitar, agravar o prolongar episodios depresivos (Markowitz & Weissman, 2012).

### **d. Modelo Neurobiológico**

El modelo neurobiológico explica la depresión a partir de alteraciones en neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, así como de cambios en circuitos cerebrales vinculados al estado de ánimo, la recompensa y la respuesta al estrés. Nestler et al. (2002) sostienen que el estrés crónico puede provocar hiperactivación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, afectando la plasticidad neuronal y generando mayor vulnerabilidad emocional. Si bien se ha encontrado evidencia consistente de correlatos biológicos en la depresión, este enfoque reconoce que la interacción entre genética, neuroquímica y ambiente es compleja, por lo que la depresión no puede explicarse únicamente desde factores biológicos.

### **e. Modelo biosocial**

El modelo biosocial de Linehan plantea que los trastornos emocionales, entre ellos la depresión, se originan y mantienen por la interacción entre una vulnerabilidad emocional biológica y un ambiente invalidante. Desde una perspectiva actualizada, este modelo ha sido respaldado por investigaciones recientes que describen que algunas personas presentan un sistema emocional particularmente sensible, caracterizado por reactividad elevada, mayor activación fisiológica y dificultad para modular emociones intensas. Esta sensibilidad biológica no es un trastorno en sí misma, sin embargo, se vuelve problemática cuando se desarrolla en contextos donde las emociones son minimizadas, castigadas o ignoradas. (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2021).

El modelo sostiene que la invalidación temprana y crónica contribuye al desarrollo de patrones como la autocrítica intensa, la inhibición emocional, la baja autocompasión y dificultades para identificar, nombrar y expresar emociones. Estudios recientes confirman que las personas expuestas a ambientes invalidantes presentan mayor vulnerabilidad a la rumiación, al perfeccionismo y a estilos relacionales problemáticos que incrementan el riesgo de depresión y ansiedad (Neacsiu et al., 2022; Sahdra et al., 2020).

Asimismo, el modelo destaca que las personas con este patrón suelen esforzarse por mantener el control de sus emociones mediante estrategias como la evitación, la supresión emocional, el sobreesfuerzo y la autocrítica, mecanismos que en el corto plazo producen alivio, pero en el largo plazo perpetúan los síntomas depresivos (Lynch, 2018).

En personas que combinan inhibición emocional con exigencia interna extrema, como ocurre en múltiples cuadros depresivos de mujeres adultas, se observa mayor riesgo de desarrollar síntomas persistentes, aislamiento y dificultades en las relaciones familiares (Keane et al., 2021).

### **2.1.5 Tratamientos basados en la evidencia científica**

La depresión cuenta con un respaldo sólido en intervenciones psicológicas basadas en evidencia, las cuales han demostrado consistentemente ser eficaces para reducir la sintomatología, mejorar el funcionamiento y prevenir recaídas. En los últimos años, múltiples revisiones sistemáticas y guías clínicas internacionales han señalado que tratamientos como la terapia cognitivo-conductual, la activación conductual, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia dialéctico conductual y otras intervenciones de tercera generación presentan efectos clínicos robustos y comparables entre sí en diferentes poblaciones con depresión (Hofmann et al., 2022). Estas terapias comparten el objetivo de intervenir en los mecanismos que perpetúan el malestar, tales como la evitación experiencial, la rumiación, la autocrítica, los patrones cognitivos desadaptativos y los ciclos conductuales que mantienen el problema. De manera particular, la DBT ha sido extendida a casos de depresión caracterizados por severa desregulación emocional, autocontrol rígido, inhibición emocional o historia de ambientes invalidantes, lo cual ha impulsado el desarrollo de variaciones específicas dentro del mismo modelo.

En esa línea, la Radically Open Dialectical Behavior Therapy (RO-DBT) ha emergido como una intervención especialmente indicada para cuadros depresivos asociados a sobre control emocional, perfeccionismo, retraimiento social, hipersensibilidad interpersonal y estilos de afrontamiento altamente inhibidos, características frecuentes en personas con depresión resistente o de curso crónico (Lynch, 2018; Ben-Porath et al., 2022). La evidencia reciente muestra que RO-DBT mejora la flexibilidad social, reduce la rumiación, aumenta la expresión emocional prosocial y disminuye síntomas depresivos en pacientes que no responden adecuadamente a tratamientos tradicionales, constituyéndose como una opción terapéutica particularmente relevante para casos como el abordado en el presente estudio.

## **2.2 Orientación y consejería Psicológica**

### **2.2.1 Definición**

La orientación y consejería psicológica se conceptualiza como una modalidad de intervención profesional basada en una relación de ayuda, orientada a apoyar a las personas en el afrontamiento de dificultades personales, emocionales y conductuales, promoviendo recursos, clarificación y toma de decisiones para mejorar el funcionamiento y el bienestar. En términos generales, se define como asistencia profesional para afrontar problemas personales (emocionales, conductuales, educativos, vocacionales, entre otros) (American Psychological Association, 2018).

### **2.2.2 Características**

- Foco en problemas concretos y necesidades actuales: Suele centrarse en dificultades específicas y objetivos prácticos, con énfasis en el funcionamiento cotidiano.
- Duración variable, frecuentemente breve o focalizada: Puede organizarse como intervención breve, manteniendo un encuadre claro y metas delimitadas.
- Enfoque colaborativo: Se promueve la participación activa de la persona, incluyendo tareas o prácticas entre sesiones cuando el modelo lo requiere.
- Perspectiva de bienestar y desarrollo: La psicología de la consejería abarca prácticas culturalmente sensibles que buscan mejorar el bienestar, aliviar el malestar y aumentar la capacidad de funcionamiento.

### **2.2.3 Objetivos**

- Favorecer el afrontamiento adaptativo y la regulación emocional mediante

estrategias concretas.

- Fortalecer autoeficacia, habilidades de comunicación y resolución de problemas.
- Reducir interferencia funcional (laboral, interpersonal, académica) a través de planes de acción y seguimiento.
- Promover prevención y manejo temprano de malestar, y derivación oportuna cuando se requiera.

#### **2.2.4 Proceso de orientación y consejería**

En términos operativos, la orientación y consejería suele organizarse en fases: (a) evaluación inicial y clarificación de demanda, (b) establecimiento de objetivos y encuadre (frecuencia, roles, confidencialidad), (c) intervención focalizada basada en psicoeducación, entrenamiento de estrategias y toma de decisiones y (d) seguimiento y cierre con recomendaciones.

#### **2.2.5 Diferenciación conceptual con psicoterapia**

Si bien en la práctica clínica los términos pueden superponerse según el contexto y la regulación local, la consejería suele describirse como una intervención focalizada y orientada a recursos, que no necesariamente implica un tratamiento psicoterapéutico prolongado o una reformulación profunda de patrones de personalidad. En este marco, la consejería puede comprenderse como un vehículo suficiente para producir mejoras clínicamente relevantes cuando se estructura el encuadre, se monitorea el progreso y se entrenan estrategias de afrontamiento aplicables a problemas específicos (BACP, 2022).

## **2.3 Terapia dialéctico conductual**

### **2.3.1 Definición**

La terapia dialéctico conductual fue desarrollada por Marsha Linehan como respuesta a la necesidad de un tratamiento eficaz para personas con conductas autodestructivas y dificultades severas en la regulación emocional. Su propuesta surge como una evolución de la terapia cognitivo-conductual, integrando elementos filosóficos y experienciales del budismo zen, junto con la filosofía dialéctica, que busca un equilibrio entre la aceptación y el cambio. La DBT plantea que las dificultades emocionales provienen de la interacción entre una vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante, concepto que Linehan denomina modelo biosocial. Este modelo explica que ciertos individuos presentan una alta sensibilidad emocional y una recuperación lenta tras la activación, lo cual, combinado con entornos que minimizan o castigan la expresión emocional, genera patrones de desregulación que pueden derivar en depresión, impulsividad o autocrítica extrema (Boggiano & Gagliesi, 2015).

El término dialéctico hace referencia al proceso de integrar aparentes opuestos, como aceptación y cambio, dentro del trabajo terapéutico. Linehan (1993) propuso que el equilibrio entre ambas dimensiones es esencial para promover el crecimiento psicológico. En este sentido, el terapeuta debe validar la experiencia emocional del consultante mientras lo guía hacia la modificación de conductas disfuncionales. El núcleo teórico de la DBT combina tres ejes conceptuales: el conductual, el cognitivo y el humanista-experiencial. Desde el componente conductual, se emplean principios de aprendizaje para modificar conductas desadaptativas; desde el enfoque cognitivo, se trabaja la identificación de pensamientos disfuncionales; y desde el componente humanista se promueve la validación emocional y la aceptación radical (Boggiano & Gagliesi, 2015).

### **2.3.2 Terapia dialéctico conductual y depresión**

La Terapia Dialéctico Conductual, desarrollada inicialmente por Marsha Linehan para el tratamiento del trastorno límite de personalidad, ha sido adaptada y extendida para diversas condiciones clínicas, incluyendo la depresión. Su utilidad en este trastorno radica en su capacidad para abordar mecanismos psicológicos fundamentales que suelen estar afectados en personas con sintomatología depresiva, tales como la desregulación emocional, la autocrítica, la rumiación y las dificultades interpersonales (Linehan, 2021).

Desde su marco conceptual, la DBT sostiene que muchas dificultades emocionales se originan en la interacción entre una vulnerabilidad biológica (reactividad emocional elevada, intensa sensibilidad, lenta recuperación) y un ambiente invalidante, donde las emociones son minimizadas, incomprendidas o castigadas (Linehan, 1993). Este modelo, conocido como modelo biosocial, resulta particularmente pertinente cuando la depresión está vinculada a experiencias prolongadas de crítica, rechazo o falta de apoyo emocional, elementos que contribuyen al surgimiento de patrones de autovaloración negativa y desesperanza. Las adaptaciones de la DBT enfocadas en la depresión se han centrado en el fortalecimiento de las habilidades de regulación emocional, la aceptación radical, la tolerancia al malestar y el desarrollo de un diálogo interno más compasivo. Las habilidades de mindfulness, propias del enfoque dialéctico, permiten que los pacientes observen sus pensamientos depresivos sin fusionarse con ellos, disminuyendo la rumiación y aumentando la flexibilidad psicológica (Neacsiu et al., 2010).

A nivel empírico, la DBT ha mostrado resultados favorables en distintos grupos clínicos con depresión. Lynch et al. (2015) desarrollaron la DBT encontrando mejoras significativas en síntomas depresivos en adultos mayores con depresión crónica. Del mismo modo, Harley et al. (2019) reportaron reducciones importantes en la severidad depresiva en pacientes con depresión resistente al tratamiento, demostrando que la DBT

puede complementar enfoques más tradicionales en casos complejos.

Asimismo, el componente de validación emocional propio de la DBT contribuye a disminuir la autocrítica y el auto juicio, factores cognitivos y emocionales estrechamente asociados con la depresión. La promoción de la autocompasión, el equilibrio entre aceptación y cambio, y el entrenamiento en habilidades interpersonales permiten mejorar la capacidad del individuo para manejar conflictos, expresar necesidades y establecer límites adecuados (Neacsiu et al., 2022).

En suma, la DBT constituye una intervención eficaz para personas con depresión que presentan patrones de desregulación emocional, historia de invalidación interpersonal y altos niveles de autocrítica. Su énfasis en la aceptación, la regulación emocional y la atención plena la convierte en un enfoque clínico sólido para la comprensión y abordaje del malestar depresivo, complementando de manera significativa a otros tratamientos basados en la evidencia.

### **2.3.3 Orientación psicológica e integración de recursos DBT**

#### **DBT como fuente de recursos psicoeducativos y de afrontamiento**

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT) es un modelo de intervención estructurado que incorpora, entre otros componentes, el entrenamiento en habilidades. Este componente se presenta como un conjunto organizado de recursos para fortalecer la conciencia del momento presente (mindfulness), la tolerancia al malestar, la regulación emocional y la efectividad interpersonal (Linehan, 2021). La literatura de DBT enfatiza un aprendizaje basado en práctica: explicación breve del objetivo, ejercicios en sesión, uso de hojas de trabajo y práctica entre sesiones con autorregistros para facilitar generalización (Linehan, 2020).

## **Mecanismo de integración en consejería**

En un marco de orientación y consejería, los recursos DBT pueden integrarse como estrategias psicoeducativas y de entrenamiento focalizado, especialmente cuando el objetivo es aumentar repertorios conductuales ante malestar y mejorar el funcionamiento interpersonal. Esta integración suele organizarse mediante: (a) psicoeducación sobre relación pensamiento–emoción–conducta (b) selección de habilidades según el problema focal (c) práctica guiada y ensayos conductuales (role-play) para habilidades interpersonales y (d) tareas breves entre sesiones con registro de aplicación, con revisión de barreras y ajuste de estrategias (Linehan, 2020)

## **Coherencia entre orientación y uso de habilidades DBT**

El entrenamiento en habilidades DBT es consistente con la finalidad de la consejería psicológica cuando se busca: (1) mejorar afrontamiento y regulación (2) reducir respuestas automáticas desadaptativas (por ejemplo: rumiación, autocrítica, evitación o escalada interpersonal) y (3) promover conductas orientadas a metas mediante procedimientos estructurados, monitoreo y práctica repetida. En esta lógica, la consejería actúa como el marco relacional y de seguimiento, mientras que las habilidades DBT operan como recursos técnicos para modificar procesos psicológicos específicos (Linehan, 2020)

### **2.4 Habilidades DBT**

A continuación, se describe cada habilidad desde un enfoque teórico, incorporando su definición, componentes centrales y un mecanismo de cambio esperado.

#### **a. Mindfulness**

El Mindfulness se entiende como la práctica intencional de observar, describir y participar en la realidad del momento presente sin juzgar y con efectividad. En DBT,

constituye un conjunto de habilidades básicas que aumentan la conciencia del momento, reducen la reactividad y favorecen respuestas conductuales más reguladas. (Linehan, 2020)

**Componentes centrales:**

- Habilidades “qué”: observar (notar la experiencia interna/externa), describir (poner en palabras lo observado) y participar (involucrarse plenamente en la actividad).

- Habilidades “cómo”: no juzgar (describir sin evaluaciones), una cosa a la vez (atención focalizada) y siendo efectivo (elegir lo que funciona para el objetivo).

- Anclajes frecuentes: respiración, sensaciones corporales y registro de pensamientos como eventos mentales (no como hechos).

**Mecanismo de cambio esperado**

Incrementa el control atencional y la conciencia metacognitiva (capacidad de notar pensamientos y emociones sin fusionarse con ellos), lo que reduce la reactividad automática, facilita la tolerancia a emociones displacenteras y permite elegir conductas más efectivas en función de metas y valores.

**b. Autovalidación**

La autovalidación implica reconocer y aceptar la propia experiencia interna (emociones, pensamientos y sensaciones) como comprensible y con sentido a partir de la historia personal y del contexto actual. No equivale a dar la razón a todo, sino a validar lo que es válido, identificar el núcleo de verdad en la experiencia, disminuyendo la auto-invalidez y la autocrítica. (Linehan, 2020)

**Componentes centrales:**

- Reconocimiento de la emoción (etiquetar con precisión y ubicarla en el cuerpo).
- Comprensión funcional: identificar qué lo provocó y qué necesidad señala.

- Lenguaje compasivo y realista (evitar extremos: “soy un desastre” / “no pasa nada”).

- Aceptación de que la emoción tiene causas y es comprensible, aun cuando la conducta impulsiva no sea efectiva.

### **Mecanismo de cambio esperado**

Reduce la vergüenza y la autocrítica (procesos asociados a depresión y rumiación), y aumenta el sentido de validez personal. Al disminuir la lucha interna y la invalidación, se favorece la regulación emocional y la disposición a utilizar habilidades en vez de conductas problema. (Linehan, 2020)

### **c. Límites**

Los límites se refieren a la capacidad de definir y comunicar con claridad qué conductas, demandas o interacciones son aceptables, y cuáles no, protegiendo el bienestar y el respeto propio. En DBT se vinculan a habilidades de efectividad interpersonal, especialmente cuando se busca reducir discusiones, evitar sobreesfuerzo o prevenir conductas guiadas por culpa o miedo al rechazo. (Linehan, 2020)

### **Componentes centrales:**

- Claridad: identificar qué se necesita (tiempo, espacio, trato respetuoso, pausa).
- Asertividad: expresar el límite en primera persona, breve y específico.
- Consistencia: sostener el límite con acciones congruentes (no sólo palabras).
- Regulación previa: usar pausa/respiración antes de comunicar el límite para evitar escalada.

### **Mecanismo de cambio esperado**

Modifica patrones interpersonales mantenidos por evitación, complacencia o reactividad. Al aumentar la asertividad y la coherencia conductual, disminuye la exposición a estresores relacionales, se reduce la activación emocional sostenida y se

fortalece el sentido de eficacia interpersonal. (Linehan, 2020)

#### **d. STOP**

STOP es una habilidad breve de tolerancia al malestar orientada a interrumpir la conducta impulsiva. Funciona como un freno conductual que crea distancia entre el estímulo y la respuesta, permitiendo pasar de la reacción automática a una elección deliberada. (Linehan, 2020)

#### **Componentes centrales:**

- S – Stop (Detente): pausa conductual inmediata.
  
- T – Toma distancia: paso atrás físico o mental, respiración breve.
  
- O – Observa: notar hechos, pensamientos, emoción, sensaciones e impulso.
  
- P – Procede con mente sabia: elegir la acción más efectiva y alineada a objetivos/valores.

#### **Mecanismo de cambio esperado:**

Aumenta el control inhibitorio y reduce la impulsividad al introducir una pausa con observación consciente. Esto disminuye la probabilidad de respuestas desadaptativas (discusión inmediata, evitación abrupta, consumo impulsivo) y facilita la selección de conductas reguladas. (Linehan, 2020)

#### **e. DEAR MAN**

DEAR MAN es un formato de efectividad interpersonal para pedir lo que se necesita, decir no o negociar, manteniendo claridad y respeto. Se utiliza para reducir malentendidos, disminuir escaladas y aumentar la probabilidad de obtener resultados interpersonales efectivos. (Linehan, 2020)

**Componentes centrales:**

- D – Describir: explicar los hechos de manera concreta (sin interpretaciones).
- E – Expresar: comunicar emociones/opiniones en primera persona.
- A – Afirmar: pedir claramente o decir no.
- R – Reforzar: explicar beneficios de cooperar o el impacto positivo.
- M – Mantenerse consciente: volver al objetivo, evitar desviarse.
- A – Apariencia segura: tono y postura firmes, sin agresividad.
- N – Negociar: proponer alternativas realistas.

**Mecanismo de cambio esperado**

Modifica patrones de comunicación inefectiva (pasivo-agresiva, evitativa o reactiva) y reduce interpretaciones de amenaza. Al estructurar el mensaje, se incrementa la asertividad, se disminuye la escalada emocional y se fortalece la autoeficacia interpersonal.

**f. Mente sabia**

La mente sabia es el estado mental en el que se integran los procesos emocionales y racionales, permitiendo decisiones más equilibradas y efectivas. En DBT, se considera una sabiduría interna accesible a través de mindfulness y práctica repetida. (Linehan, 2020)

**Componentes centrales:**

- Mente emocional: predominio de urgencia, impulso y reactividad. (Linehan, 2020)
- Mente racional: predominio de lógica/planificación, con posible desconexión emocional.

- Mente sabia: integración de emoción + razón orientada a efectividad y valores.

### **Mecanismo de cambio esperado**

Promueve flexibilidad cognitiva y regulación emocional al equilibrar información afectiva y racional. Esto reduce decisiones impulsivas o rígidas y mejora la resolución de problemas con menor sufrimiento añadido.

### **g. Chequeo de hechos**

El chequeo de hechos es una estrategia de regulación emocional que consiste en distinguir hechos observables de interpretaciones, y evaluar si la emoción es consistente con la situación. Se usa para disminuir reactividad y rumiación cuando hay suposiciones catastróficas o autocríticas. (Linehan, 2020)

### **Componentes centrales:**

- Diferenciación hecho vs. interpretación (descripción concreta).
- Identificación de supuestos/creencias activadas.
- Búsqueda de evidencias a favor/en contra.
- Reformulación alternativa más equilibrada.
- Reajuste de la respuesta conductual (actuar de forma más efectiva).

### **Mecanismo de cambio esperado**

Reduce sesgos cognitivos que amplifican emociones displacenteras y mantienen la rumiación. Al aumentar la precisión cognitiva, disminuye la intensidad emocional y se facilita una respuesta conductual más adaptativa.

## **2.5 Antecedentes: Nacionales e Internacionales**

### **2.5.1 Nacionales**

En el contexto peruano, diversas investigaciones han abordado la depresión y su vínculo con variables emocionales, familiares e interpersonales, así como la utilidad de

intervenciones psicológicas basadas en la evidencia. Arocutipa (2022) desarrolló un estudio sobre depresión en población adulta con el objetivo de identificar la influencia de los factores psicosociales en la aparición y mantenimiento de sintomatología depresiva. El estudio tuvo un diseño descriptivo–correlacional, aplicándose en una muestra de adultos peruanos a quienes se administró el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) para evaluar la severidad de los síntomas, junto con cuestionarios sociodemográficos y escalas de factores psicosociales. Los resultados indicaron que elementos como los ambientes familiares invalidantes, antecedentes de violencia, sobrecarga emocional y conflictos interpersonales constituyen factores centrales en la génesis y persistencia del trastorno. La autora destaca que la depresión tiende a manifestarse en mujeres adultas con historias de autocrítica elevada, estrés acumulado y dificultades en la regulación emocional, subrayando la necesidad de intervenciones centradas en la reestructuración cognitiva y el fortalecimiento de habilidades emocionales.

En Lima Metropolitana, el estudio de Falcón (2024) examinó la eficacia de un programa de activación conductual aplicado en una clínica comunitaria de salud mental. El objetivo fue determinar la factibilidad y efectividad de una intervención breve basada en activación conductual para adultos con depresión leve y moderada. Se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado piloto, comparando un grupo que recibió activación conductual con un grupo que recibió el tratamiento usual de la institución. Los resultados mostraron una reducción clínicamente significativa de los síntomas depresivos en el grupo tratado, así como una alta aceptabilidad del programa por parte de los participantes, lo que respalda la aplicabilidad de intervenciones breves basadas en principios conductuales en servicios comunitarios del Perú. Estos hallazgos subrayan el potencial de la activación conductual como alternativa de bajo costo y alta efectividad para la atención clínica en contextos peruanos.

Asimismo, Farro (2022) presentó un estudio de caso centrado en depresión y desregulación emocional en una institución universitaria privada de Lima. El objetivo del estudio fue analizar cómo la sintomatología depresiva afecta el rendimiento académico, las relaciones interpersonales y la estabilidad emocional de los estudiantes. Para ello, empleó una metodología cualitativa basada en entrevistas clínicas, análisis funcional y seguimiento psicoterapéutico. Los resultados mostraron que la combinación de orientación psicológica, activación conductual, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades de afrontamiento produjo cambios clínicamente significativos en el consultante, destacando mejoras en el manejo emocional, la organización académica y la interacción social. Estos hallazgos refuerzan la importancia de un abordaje integral que considere tanto los factores individuales como el contexto social y familiar del consultante.

### **2.5.2 Internacionales**

En los últimos años, la investigación internacional sobre la depresión ha avanzado significativamente, incorporando tanto estudios clásicos como nuevos enfoques apoyados en tecnología, terapias de tercera generación y adaptaciones contemporáneas de intervenciones basadas en la evidencia. En este sentido, recientemente se ha prestado especial atención al uso de intervenciones psicológicas digitales.

Hatoum et al. (2024) evaluaron la eficacia de la RO-DBT (Radically Open Dialectical Behavior Therapy), una variante de la DBT centrada en el sobre control emocional. El objetivo del estudio fue determinar si esta intervención producía una reducción significativa de los síntomas depresivos en comparación con el tratamiento habitual. Para ello, emplearon un diseño experimental con asignación a grupos y evaluaciones pre y postratamiento. Los resultados mostraron disminuciones clínicamente significativas en la sintomatología depresiva, así como mejoras en la flexibilidad emocional y en la capacidad para expresar necesidades personales. Los autores concluyen

que los modelos derivados de la DBT pueden ser aplicados no solo en trastornos caracterizados por desregulación emocional, sino también en perfiles depresivos asociados a rigidez emocional, inhibición y autocontrol excesivo, evidenciando la versatilidad y aplicabilidad del enfoque dialéctico.

De forma complementaria, Liu et al. (2024) desarrollaron un protocolo para un ensayo clínico aleatorizado destinado a evaluar una versión modificada de la DBT individual para trastornos emocionales, incluyendo la depresión. El estudio consistió en la implementación de un programa estructurado de habilidades DBT dirigido a adultos con síntomas depresivos y dificultades marcadas en la regulación emocional. El protocolo incluyó sesiones semanales, entrenamiento en habilidades de mindfulness, regulación emocional y tolerancia al malestar, así como tareas de práctica entre sesiones. Aunque se trata de un estudio preliminar, su diseño refleja el creciente interés internacional por intervenciones transdiagnósticas basadas en habilidades DBT, especialmente en personas cuya depresión está asociada a rumiación, impulsividad o problemas interpersonales. Los resultados iniciales sugieren mejoras en la reducción del malestar emocional y en la capacidad de regulación afectiva, reforzando el potencial de la DBT adaptada para abordar síntomas depresivos en contextos clínicos complejos.

Por otra parte, Voderholzer et al. (2024) realizaron un metaanálisis cuyo objetivo fue comparar la eficacia a largo plazo de distintos tratamientos para la depresión mayor. El estudio incluyó intervenciones psicoterapéuticas, farmacoterapia y tratamientos combinados, evaluando sus efectos duraderos tras el alta clínica. La metodología consistió en la revisión sistemática de ensayos controlados y estudios longitudinales que midieron cambios sintomáticos y calidad de vida a lo largo del tiempo. Los resultados mostraron que, aunque los antidepresivos generan mejoras relativamente rápidas, las intervenciones psicoterapéuticas presentan mayor estabilidad a largo plazo, especialmente aquellas que

incorporan habilidades de regulación emocional y trabajo interpersonal. El análisis concluye que los tratamientos psicológicos estructurados ofrecen beneficios más sostenidos, reforzando su relevancia en el manejo integral de la depresión.

Por último, Torbati et al. (2022) evaluaron los efectos de un programa de entrenamiento en habilidades DBT para personas con depresión y ansiedad comórbida. El objetivo del estudio fue determinar si la práctica sistemática de habilidades de mindfulness, regulación emocional y tolerancia al malestar generaba una reducción significativa de los síntomas emocionales. Para ello, se utilizó un diseño cuasi experimental con evaluaciones pre y postintervención, aplicando sesiones grupales semanales centradas en el desarrollo de las habilidades básicas de la DBT. Los resultados mostraron disminuciones significativas en los niveles de depresión, ansiedad, rumiación, autocrítica e impulsividad. Además, se observaron mejoras en el manejo emocional, la estabilidad afectiva y la capacidad para enfrentar situaciones estresantes. Estos hallazgos destacan la utilidad de la DBT en pacientes que presentan patrones emocionales complejos, condiciones crónicas o poca respuesta a tratamientos tradicionales.

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

### 3.1. Contextualización y justificación del problema

#### 3.1.1. Problema de estudio

La paciente es una mujer adulta, con edad de 54 años, que convive con su pareja, hijo y su madre en un contexto familiar caracterizado por vínculos interpersonales complejos. Su estado civil corresponde a casada. Acude a consulta psicológica de manera voluntaria con el objetivo explícito de comprender y manejar un malestar emocional persistente que viene experimentando desde hace varios años y que interfiere de manera significativa en su bienestar emocional, interpersonal y laboral. La paciente refiere que la sintomatología depresiva presenta una evolución prolongada, con inicio aproximado en el año 2007, periodo en el cual recibió un diagnóstico psiquiátrico de depresión y tratamiento farmacológico. Posteriormente, en el año 2016, se le añadió el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), continuando con tratamiento farmacológico; sin embargo, refiere no haber experimentado una mejoría significativa, atribuyéndole a la ausencia de un acompañamiento psicoterapéutico sostenido. Al momento de la evaluación actual, la paciente señala no encontrarse bajo tratamiento farmacológico activo.

**Motivo de consulta.** La consultante llega al servicio de psicología de manera voluntaria manifestando que: “me siento mal”, “me siento ansiosa”, “me siento triste” y “me preocupo demasiado”, especialmente en el contexto laboral y en sus relaciones familiares, especialmente con su madre, refiriendo además una autocrítica constante y dificultad para regular sus emociones. De igual forma se relaciona con la presencia de síntomas depresivos persistentes, tales como tristeza prolongada, sensación de vacío, autocrítica constante, dificultad para regular emociones intensas y conflictos en sus relaciones interpersonales, especialmente en el ámbito familiar. La paciente manifiesta sentirse emocionalmente sobrecargada, con dificultades para expresar sus necesidades y

una tendencia marcada a la inhibición emocional como estrategia para evitar el conflicto, lo cual ha generado un impacto negativo en su funcionamiento cotidiano.

En la primera sesión manifiesta que, ante situaciones laborales exigentes, errores mínimos o cuando aparece el temor a la evaluación negativa, se activa un diálogo interno persistente caracterizado por pensamientos como: “no soy suficiente”, “siempre cometo errores”, “debería hacerlo mejor que los demás” y “si fallo, los demás se van a dar cuenta”. Señala que estos pensamientos se acompañan de culpa, tristeza y ansiedad, y que suele quedarse “dándole vueltas” a lo ocurrido, presentando rumiación, disminución de la iniciativa y conductas de autosabotaje como postergación o evitación de tareas.

Asimismo, refiere que, durante el horario laboral, especialmente “en la tarde”, cuando se siente con ansiedad, fatiga o una sensación de vacío emocional, aparece la necesidad de aliviar el malestar con la ingesta de dulces, expresando ideas como confirmación interna: “necesito algo para sentirme mejor”, “solo un dulce no me va a hacer daño”, “me lo merezco después de todo el estrés” y “luego puedo controlarlo”. Describe que esta conducta ocurre de forma impulsiva y que posteriormente suele aparecer culpa, manteniéndose el patrón de regulación emocional mediante la alimentación.

Por otro lado, la consultante manifiesta que, ante situaciones de confrontación interpersonal o comentarios percibidos como críticos, responde con irritabilidad, elevación del tono de voz o retirada abrupta, indicando pensamientos como: “me están atacando”, “no me entienden”, “siempre me critican” y “es mejor irse antes de decir algo peor”. Refiere que estas reacciones están asociadas a emociones intensas de ira, ansiedad y frustración, presentándose conductas como discusión verbal o evitación del conflicto.

En el ámbito familiar, refiere discusiones recurrentes con la madre, las cuales se activan principalmente en interacciones caracterizadas por crítica e invalidación

emocional, apareciendo pensamientos como: “nunca me entiende”, “nada de lo que hago es suficiente para ella”, “siempre me minimiza” y “hablar con ella no sirve de nada”. Señala que estas discusiones se acompañan de tristeza, ira y frustración, con conductas de discusión verbal o evitación posterior, manteniéndose el conflicto y el malestar.

Finalmente, la consultante refiere antecedentes relevantes vinculados a su historia familiar, señalando que, desde etapas tempranas, su madre era marcadamente invalidante con ella, describiendo experiencias sostenidas de crítica y minimización emocional, que este patrón se vincula con la forma en la que actualmente se intensifica su autocrítica y su sensibilidad ante la evaluación, especialmente cuando percibe desaprobación o exigencia en el contexto laboral y familiar.

Para el proceso de evaluación inicial en el marco de la orientación y consejería psicológica, se empleó la entrevista clínica como recurso principal, complementada con una guía de criterios del DSM-5 como referencia para organizar la exploración sintomatológica. En esta fase se identificaron síntomas emocionales como tristeza persistente, sensación de vacío, irritabilidad leve, síntomas cognitivos como autocrítica severa, pensamientos de ineficacia personal y comparaciones sociales desfavorables; síntomas conductuales como aislamiento progresivo, disminución de la iniciativa y evitación de actividades que implican esfuerzo emocional; así como manifestaciones fisiológicas, incluyendo alteraciones del sueño, fatiga persistente y baja energía. En conjunto, estos indicadores sustentan una impresión clínica compatible con sintomatología depresiva de intensidad moderada y curso recurrente, considerando además el antecedente de diagnóstico psiquiátrico referido por la paciente.

**Tabla 1***Criterios DSM-5 para Episodio Depresivo Mayor*

<b>Criterios DSM-5 (síntomas)</b>	<b>Descripción clínica</b>	<b>¿Presente ?</b>	<b>Tiempo de evolución</b>
1. Estado de ánimo depresivo	Tristeza persistente, sensación de vacío emocional, llanto fácil e irritabilidad.	Sí	≥ 2 meses; la mayor parte del día; casi todos los días.
2. Disminución del interés o placer (anhedonia)	Reducción del disfrute y desmotivación frente a actividades cotidianas.	Sí	≥ 2 meses; casi todos los días.
3. Cambios significativos en el apetito y/o peso	Cambios de apetito asociados a ingesta emocional (p. ej., dulces) en contextos de estrés.	Sí	≥ 2 meses; intermitente (pico 3–4 días/semana, especialmente por la tarde).
4. Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia)	Dificultad para conciliar el sueño y/o despertares nocturnos; sueño no reparador.	Sí	≥ 2 meses; casi todas las noches.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor (observable)	No se evidenció enlentecimiento/agitación psicomotora clínicamente observable durante la evaluación.	No / A precisar	No reportado/observable en sesiones iniciales.
6. Fatiga o pérdida de energía	Cansancio persistente, sensación de agotamiento y baja energía.	Sí	≥ 2 meses; casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva/inapropiada	Autocrítica marcada e ideas de ineficacia personal (p. ej., “no soy suficiente”).	Sí	≥ 2 meses; recurrente (casi todos los días).
8. Disminución de la capacidad para pensar/concentrarse o indecisión	Dificultad para sostener atención, olvidos y rumiación que interfiere con tareas.	Sí	≥ 2 meses; recurrente (3–5 días/semana, con mayor intensidad en el contexto laboral).
9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideación	No reportado durante la evaluación clínica actual. (Registrar antecedente si aplica).	No	No reportado en el periodo evaluado.

En la evaluación inicial, realizada en el marco de la orientación y consejería psicológica, se consideró pertinente efectuar un análisis diferencial entre trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente (distimia), debido a la presencia de sintomatología afectiva sostenida que podría ser compatible con ambos cuadros. Para ello, se examinó el curso temporal del malestar, la duración de los síntomas, su intensidad y el grado de interferencia funcional en distintas áreas (emocional, académica y social). Aunque la distimia suele describirse por un estado de ánimo depresivo de curso crónico y, en general, de menor intensidad, la información clínica recabada evidenció síntomas de mayor severidad y un impacto funcional significativo. En consecuencia, se estableció una impresión clínica más consistente con un cuadro compatible con trastorno depresivo mayor, descartándose como hipótesis principal el trastorno depresivo persistente para efectos de la planificación de objetivos y estrategias de intervención.

**Tabla 2**

*Cuadro diagnóstico diferencial (DSM-5): Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) vs Episodio Depresivo Mayor*

<b>Variable</b>	<b>TDP (Distimia) (Trastorno Depresivo Persistente)</b>	<b>EDM (Episodio Depresivo Mayor)</b>
Duración mínima	≥ 2 años (en niños/adolescentes ≥ 1 año) con ánimo deprimido la mayor parte del día, más días que no.	≥ 2 semanas con cambio claro respecto al funcionamiento previo.
Núcleo clínico	Curso crónico, bajo ánimo sostenido.	Curso episódico, mayor intensidad en un período delimitado.
Número de síntomas requeridos	Ánimo deprimido + ≥ 2 síntomas adicionales.	≥ 5 síntomas en el mismo período de 2 semanas; uno debe ser ánimo deprimido o anhedonia.
Lista de síntomas (DSM-5)	Además del ánimo deprimido: (1) apetito pobre o sobreingesta; (2) insomnio o hipersomnia; (3) baja energía/fatiga; (4) baja autoestima; (5) mala concentración/indecisión;	Ánimo deprimido, anhedonia, cambios de apetito/peso, alteraciones del sueño, agitación/enlentecimiento, fatiga, culpa/inutilidad, disminución de concentración/indecisión, ideación

Curso / regla de persistencia	(6) desesperanza. Durante el período, no está sin síntomas $\geq 2$ meses seguidos.	suicida. No exige cronicidad; puede ser único o recurrente.
Relación entre ambos diagnósticos	Puede coexistir con EDM; hay EDM sobre TDP (considerar “doble depresión”) o especificar el inicio.	Puede ocurrir sobre TDP preexistente o como episodio independiente.
Nivel de deterioro	Habitualmente moderado pero sostenido; puede normalizarse por hábito.	Suele ser más marcado por la intensidad del episodio.
Exclusiones principales	No explicable mejor por trastorno bipolar (manía/hipomanía), trastornos psicóticos, sustancias o condición médica.	Igual: descartar bipolaridad, sustancias/condición médica; evaluar otros trastornos que expliquen mejor el cuadro.
Especificadores útiles	Con angustia ansiosa; con características mixtas; inicio temprano/tardío, etc.	Con angustia ansiosa; con melancólicas; atípicas; mixtas, etc.
Clave diferencial práctica	Tiempo (crónico) + $\geq 2$ síntomas + sin períodos libres $\geq 2$ meses.	Intensidad + cantidad de síntomas ( $\geq 5$ ) en $\geq 2$ semanas.

En el presente caso, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor se sustenta en la presencia de un episodio depresivo claramente delimitado, caracterizado por ánimo deprimido y/o marcada disminución del interés, acompañado de múltiples síntomas adicionales (alteraciones del sueño, fatiga/pérdida de energía, cambios en el apetito y/o peso, sentimientos de culpa/inutilidad y dificultad para concentrarse), con frecuencia elevada durante la semana y con impacto clínicamente significativo en el funcionamiento emocional, académico/laboral e interpersonal. Asimismo, la intensidad y el patrón de los síntomas se asocian a deterioro funcional observable, lo que es consistente con un episodio de TDM.

A diferencia de ello, el trastorno depresivo persistente (distimia) se caracteriza por un curso crónico y continuo, con síntomas depresivos presentes la mayor parte del tiempo durante al menos 2 años (en adultos), generalmente con fluctuaciones, pero sin un inicio tan delimitado. En este caso, la sintomatología descrita no corresponde a un patrón crónico de baja intensidad, sino a un cuadro episódico y de mayor afectación clínica, por

lo que se concluye que el diagnóstico más consistente es trastorno depresivo mayor, descartándose distimia por ausencia del criterio de persistencia temporal y por el perfil sindrómico observado.

Como parte del proceso clínico, se desarrolló un análisis funcional con el objetivo de comprender las principales conductas problema y los factores que contribuyen a su mantenimiento. En primer lugar, se identificó un diálogo negativo interno consigo misma en el contexto laboral, el cual es una conducta caracterizada por autocrítica intensa y rumiación ante errores mínimos o exigencias laborales, expresada en pensamientos automáticos de evaluación negativa (por ejemplo: “Si fallo, voy a quedar mal”, “No debí decir eso”, “Si no lo hago yo, nadie lo hará bien”). Con el objetivo de identificar las conductas problema y los factores que mantienen el malestar.

**Tabla 3**

*Análisis funcional del diálogo negativo consigo mismo en el contexto laboral*

<b>Estímulos antecedentes</b>	<b>Conducta</b>	<b>Estímulos Consecuentes</b>
<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas: supervisores laborales, compañeros de trabajo.</li> <li>• Hechos: tareas exigentes, retroalimentación concreta, errores mínimos.</li> <li>• Lugares: oficina, reuniones, contextos de evaluación.</li> </ul> <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitivo: anticipación de la evaluación.</li> <li>• Fisiológico: tensión corporal, fatiga, inquietud.</li> <li>• Emocional: ansiedad, culpa y tristeza.</li> </ul>	<p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “No soy suficiente”.</li> <li>• “Siempre cometo errores”.</li> <li>• “Si fallo, los demás se van a dar cuenta”.</li> <li>• “Si me equivoco, me van a juzgar”.</li> <li>• “Van a pensar que soy incompetente”.</li> <li>• “Si pido ayuda, van a creer que no sé”.</li> </ul> <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Culpa.</li> <li>• Tristeza.</li> <li>• Ansiedad.</li> </ul> <p>Psicológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para concentrarse.</li> </ul>	<p>Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas: disminución momentánea de demandas laborales.</li> <li>• Objetos: comentarios de sus jefes.</li> <li>• Hechos: reducción de exposición.</li> <li>• Personas: menor confrontación inmediata.</li> </ul> <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitivos: sensación subjetiva de control.</li> <li>• Emocionales: reducción transitoria de ansiedad.</li> <li>• Fisiológicos: disminución de activación ansiosa.</li> </ul>

- Autocrítica persistente.
- Perfeccionismo rígido.

Motor:

- Evitación de tareas exigentes.
- Autosabotaje.
- Dolor de cabeza.

Asimismo, se identificó la ingesta de dulces en horario laboral, el cual trata del consumo de dulces durante el horario laboral como estrategia de alivio inmediato ante estrés, cansancio o tensión emocional. Suele iniciar con urgencia/impulso, seguida del consumo automático, con el objetivo de comprender la conducta problema y los factores que la mantienen.

**Tabla 4**

*Análisis funcional de la ingesta de dulces en horario laboral*

<b>Estímulos antecedentes</b>	<b>Conducta</b>	<b>Estímulos Consecuentes</b>
<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas: compañeros de trabajo, supervisores.</li> <li>• Hechos: carga laboral acumulada, tareas prolongadas.</li> <li>• Lugares: oficina, área de trabajo en horas de la tarde.</li> <li>• Contextos: jornada laboral extendida, pausas limitadas.</li> </ul> <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitivo: sensación de vacío emocional, pensamientos de recompensa.</li> <li>• Fisiológico: fatiga física, hambre tardía.</li> <li>• Emocional: ansiedad, cansancio emocional.</li> </ul>	<p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Necesito algo para sentirme mejor”.</li> <li>• “Solo un dulce no me va a hacer daño”.</li> <li>• “Me lo merezco después del estrés”.</li> <li>• “Luego puedo controlarlo”.</li> <li>• “Si no como algo, no voy a rendir”.</li> <li>• “Si no como algo dulce, me voy a sentir peor”.</li> </ul> <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cansancio emocional.</li> <li>• Ansiedad.</li> </ul> <p>Psicológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja tolerancia al malestar.</li> <li>• Impulsividad leve.</li> </ul>	<p>Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Premio: alivio momentáneo de la ansiedad.</li> <li>• Objetos: fácil acceso a dulces.</li> <li>• Hechos: pausa inmediata del malestar.</li> <li>• Personas: ausencia de confrontación inmediata.</li> </ul> <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitivos: sensación subjetiva de control.</li> <li>• Emocionales: alivio transitorio.</li> <li>• Fisiológicos: disminución momentánea de la activación ansiosa.</li> </ul>

- Culpa o autocrítica.
- Sensación de pérdida de control.

Motor:

- Consumo impulsivo de dulces.

De manera transversal se identificó una irritabilidad o retirada abrupta ante confrontación interpersonal, el cual es una respuesta de irritabilidad/ansiedad ante desacuerdo o comentarios interpretados como ataque, que se manifiesta en elevación del tono, respuestas cortantes o retirada abrupta para evitar conflicto, la conducta interfiere con objetivos comunicacionales y aumenta tensión interpersonal, con el objetivo de identificar los factores que activan y mantienen este patrón de respuesta.

**Tabla 5**

*Análisis funcional de la Irritabilidad ante confrontación interpersonal*

<b>Estímulos antecedentes</b>	<b>Conducta</b>	<b>Estímulos Consecuentes</b>
<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas: figuras significativas, compañeros de trabajo, familiares.</li> <li>• Hechos: comentarios críticos, desacuerdos, confrontaciones directas.</li> <li>• Lugares: espacios laborales o familiares.</li> </ul> <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitivo: interpretación de la confrontación como ataque personal.</li> <li>• Emocional: alta reactividad emocional.</li> <li>• Fisiológico: activación ansiosa.</li> </ul>	<p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Me están atacando”.</li> <li>• “No me entienden”.</li> <li>• “Siempre me critican”.</li> <li>• “Es mejor irme antes de decir algo peor”.</li> <li>• “Si digo algo, lo voy a empeorar”.</li> <li>• “Me quieren hacer quedar mal”.</li> </ul> <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cólera.</li> <li>• Ansiedad.</li> <li>• Frustración.</li> </ul> <p>Psicológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para concentrarse.</li> </ul>	<p>Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Premio: alivio inmediato por evitación del conflicto.</li> <li>• Objetos: posibilidad de retirarse del lugar (p. ej., salida/puerta) y acceso a distractores (celular).</li> <li>• Hechos: interrupción de la discusión / menor exposición a confrontación.</li> <li>• Personas: cese momentáneo de críticas o demandas.</li> </ul> <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitivos: sensación subjetiva de control al evitar el conflicto.</li> <li>• Emocionales: reducción transitoria de ira/ansiedad.</li> </ul>

- Impulsividad verbal.
- Evitación anticipatoria.
- Irritabilidad.
- Fisiológicos: disminución momentánea de la activación corporal.

Motor:

- Elevación del tono de voz.
- Retirada abrupta.
- Discusión verbal defensiva.

Asimismo, se identificó las discusiones recurrentes con la madre, el cuál son las interacciones con la madre que escalan ante críticas o comentarios percibidos como invalidantes. Se observa reactividad defensiva inmediata, discusión verbal o retirada del lugar, con malestar posterior y tendencia a evitar conversaciones futuras o a sostener tensión relacional, con el objetivo de comprender los factores que activan y mantienen este patrón de interacción.

**Tabla 6**

*Análisis funcional de las discusiones recurrentes con la madre*

<b>Estímulos antecedentes</b>	<b>Conducta</b>	<b>Estímulos Consecuentes</b>
<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas: madre.</li> <li>• Hechos: críticas frecuentes, invalidación emocional.</li> <li>• Lugares: hogar.</li> </ul> <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitivo: anticipación de crítica y desvalorización.</li> <li>• Fisiológico: activación corporal, tensión.</li> <li>• Emocional: tristeza, ira, frustración.</li> </ul>	<p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Nunca me entiende”.</li> <li>• “Nada de lo que hago es suficiente para ella”.</li> <li>• “Siempre me minimiza”.</li> <li>• “Hablar con ella no sirve de nada”.</li> <li>• “Me quiere controlar”.</li> <li>• “No puedo fallar, porque me lo va a sacar en cara”.</li> </ul> <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza.</li> <li>• Cólera.</li> <li>• Frustración.</li> </ul> <p>Psicológico:</p>	<p>Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Premio: descarga emocional momentánea.</li> <li>• Objetos: distancia física posterior.</li> <li>• Hechos: interrupción temporal del conflicto.</li> <li>• Personas: evitación del contacto inmediato.</li> </ul> <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitivos: sensación transitoria de alivio.</li> <li>• Emocionales: reducción momentánea de tensión.</li> <li>• Fisiológicos: disminución gradual de activación.</li> </ul>

- Autocrítica aumentada.
- Baja tolerancia al malestar.
- Rumiación posterior.

Motor:

- Discusión verbal.
  - Evitación.
- 

La relevancia de esta problemática radica en que, de no ser abordada, la paciente podría cronificar su sintomatología depresiva, intensificar el aislamiento emocional, deteriorar sus relaciones interpersonales y restringir aún más su repertorio de afrontamiento emocional. La literatura señala que la depresión no tratada se asocia con recaídas frecuentes, conflictos familiares y la consolidación de patrones evitativos que perpetúan el malestar psicológico (Smith & Alloy, 2021). Asimismo, el sobre control emocional y la inhibición incrementan el riesgo de soledad emocional y desconexión social, variables estrechamente vinculadas a cuadros depresivos persistentes (Dixon-Gordon et al., 2020).

En este sentido, el abordaje se justifica debido a que el perfil clínico descrito presenta características que la literatura asocia con el mantenimiento de cuadros depresivos de mayor complejidad, tales como autocrítica severa, evitación emocional, aislamiento afectivo, rigidez cognitiva y dificultad para expresar vulnerabilidad (Werner et al., 2020). Estos procesos suelen vincularse con un incremento del malestar y con patrones de afrontamiento menos flexibles, por lo que resulta pertinente incorporar estrategias que fortalezcan la regulación emocional, la validación interna, la autocompasión y una mayor apertura interpersonal. En coherencia con ello, se propone integrar recursos basados en el entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) y, de manera específica, elementos de su variante orientada al sobre control emocional (Radically Open DBT; RO-DBT), la cual ha reportado utilidad en

perfiles caracterizados por inhibición emocional, perfeccionismo, retraimiento interpersonal y dificultades para establecer vínculos sociales significativos (Lynch et al., 2021). Desde esta perspectiva, el uso de dichos recursos se orienta a promover mayor apertura emocional, flexibilidad cognitiva y reconexión interpersonal, dimensiones relevantes para modificar los patrones que sostienen el malestar psicológico.

### **3.1.2. Justificación del Problema**

La necesidad de intervención se justifica por la presencia de síntomas depresivos persistentes que afectan de manera significativa el bienestar emocional, interpersonal y funcional de la paciente. La sintomatología reportada, tristeza constante, disminución del interés, autocrítica elevada, rumiación y agotamiento emocional, coincide con lo señalado por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2021), en tanto la depresión no abordada se asocia a mayor deterioro funcional y a la posibilidad de episodios más prolongados y complejos. En el caso descrito, dichos síntomas interfieren en la capacidad de la paciente para afrontar demandas laborales y personales, comprometiendo su funcionamiento cotidiano y su calidad de vida.

Asimismo, se observa una configuración de factores psicológicos que intensifican el malestar y favorecen su mantenimiento, tales como invalidación emocional temprana, duelos no elaborados, sensibilidad interpersonal, perfeccionismo y conductas de sobre control emocional. La evidencia reciente indica que la autocrítica severa y la rumiación constituyen procesos que incrementan el riesgo de cronificación y recaídas depresivas cuando no se implementan estrategias específicas orientadas a la regulación emocional y al manejo de dichos procesos cognitivos (Joormann & Stanton, 2021). En consecuencia, la ausencia de un abordaje orientado a recursos puede favorecer mayor aislamiento, deterioro de vínculos cercanos y mayor interferencia en el desempeño laboral y personal.

En este marco, el abordaje se sustenta desde un proceso de orientación y consejería psicológica, entendido como un espacio de apoyo estructurado, psicoeducativo y focalizado, orientado a clarificar el problema, fortalecer recursos de afrontamiento y promover cambios conductuales aplicables a la vida diaria. Dentro de este encuadre, se incorporan recursos provenientes del entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) enfatizando su uso como herramientas prácticas para el manejo del malestar (mindfulness, chequeo de hechos, autovalidación, STOP, límites y habilidades interpersonales). La literatura sobre DBT ha mostrado utilidad de estos recursos en perfiles depresivos vinculados a autocrítica, rigidez cognitiva, inhibición emocional y dificultades interpersonales (Harley et al., 2021). Por tanto, la orientación psicológica, apoyada en el entrenamiento en habilidades, se justifica como un medio para disminuir la reactividad emocional, incrementar conciencia emocional, fortalecer autocompasión y mejorar flexibilidad interpersonal, componentes relevantes para los mecanismos que sostienen el malestar.

**Aporte teórico.** El trabajo contribuye a la comprensión del abordaje de sintomatología depresiva desde un enfoque de orientación y consejería psicológica apoyado en recursos de entrenamiento en habilidades DBT, destacando la pertinencia de intervenir sobre procesos mantenedores como rumiación, autocrítica y sobre control emocional (Joormann & Stanton, 2021; Harley et al., 2021). Asimismo, favorece la articulación entre conceptualización clínica y elección de recursos de afrontamiento basados en regulación emocional.

**Aporte práctico.** A nivel aplicado, se sistematiza un proceso de orientación estructurado (entrevista inicial, formulación focal, planificación por sesiones, tareas y autorregistros), mostrando cómo el entrenamiento breve de habilidades puede organizarse para atender demandas específicas del funcionamiento laboral e interpersonal. Además, se describen procedimientos de seguimiento mediante registros (autorregistros de habilidades

y lista de cotejo pre–post), los cuales operan como medios de verificación del progreso dentro de un estudio de caso, reconociendo los límites de no contar con una evaluación psicométrica estandarizada aplicada desde la línea base.

**Aporte social.** En el plano social, el trabajo aporta al fortalecimiento de prácticas de orientación psicológica basadas en evidencia y centradas en recursos, que buscan reducir el sufrimiento asociado a la depresión y prevenir deterioro funcional. Al promover estrategias concretas de afrontamiento y habilidades emocionales e interpersonales, se favorece el bienestar y el funcionamiento de la persona en sus contextos cotidianos (laboral y familiar), contribuyendo a una atención en salud mental más oportuna y accesible.

### **3.1.3 Intervención**

#### **Objetivos de la intervención**

##### **Objetivo general:**

Disminuir la sintomatología depresiva en una paciente mujer a través del entrenamiento en habilidades DBT dentro de un proceso de orientación psicológica.

##### **Objetivos específicos:**

Incrementar el uso de habilidades DBT en 4 conductas problemas en una paciente mujer que presenta sintomatología depresiva.

Fortalecer el autodiálogo interno en 2 conductas problemas compasivos en una paciente mujer que presenta sintomatología depresiva.

##### **Indicadores de Logro:**

Se espera que la paciente alcance mediante la intervención psicológica lo siguiente:

- La paciente mujer disminuye el número de síntomas depresivos.
- La paciente mujer incrementa el número de veces que hace uso de habilidades DBT

ante las 4 conductas problemas.

- La paciente mujer incrementa el número de veces que utiliza el diálogo interno frente a las conductas problema.

### **Público objetivo de intervención:**

La muestra estuvo conformada por una paciente mujer adulta que acudió a orientación psicológica por sintomatología depresiva, residente en Lima Metropolitana.

### **Descripción del programa de intervención:**

#### **Plan de intervención**

El plan de orientación psicológica se realizó de manera individual, fue de forma virtual mediante sesiones sincrónicas por videollamada y se desarrolló desde la primera semana del mes de septiembre hasta la última semana del mes de diciembre del año 2026.

#### **Desarrollo de la intervención sesión por sesión**

A continuación, se describe de manera detallada el desarrollo de la intervención sesión por sesión. En cada sesión se precisa el objetivo, la habilidad o recurso principal trabajado y el procedimiento aplicado en sesión, así como la tarea de generalización y el medio de verificación.

#### **Sesión 1**

Se realizó entrevista inicial para clarificar motivo de consulta, curso del malestar, antecedentes y contexto actual. Se estableció el encuadre del proceso (objetivos, modalidad virtual, confidencialidad y tareas). Se identificaron las conductas problema (CP) y se levantó una línea base con criterios DSM-5 y registro de síntomas.

Cómo se aplicó el recurso (ABC): (1) se eligió un episodio reciente, (2) se registró antecedente (A), (3) se describió la conducta/respuesta (B: pensamientos–emoción–acción),

(4) se identificó la consecuencia inmediata (C) y su función, y (5) se definió una alternativa inicial para el siguiente episodio.

Con respecto a la tarea, se le asignó completar 1–2 autorregistros ABC y registro breve de síntomas.

## **Sesión 2**

Se introdujo mindfulness de respiración como habilidad base para detectar malestar temprano y disminuir la respuesta automática. Se practicó respiración consciente como ancla y observación/descripción sin juicio.

Cómo se entrenó Mindfulness de Respiración: (1) ancla en respiración por 60–120 s, (2) notar pensamiento/emoción/sensación, (3) nombrar (“estoy notando...”) sin evaluaciones, (4) volver al ancla cada vez que la mente se distrae, (5) cerrar con una micro acción efectiva. Con respecto a la tarea, se le dejó una práctica diaria 1–2 veces + registro (detonante, emoción 0–10, efecto).

## **Sesión 3**

Se trabajó comunicación efectiva en una situación real de confrontación laboral/interpersonal. Se construyó un guión DEAR MAN y se realizaron ensayos conductuales.

Cómo se aplicó DEAR MAN: (1) describir hechos sin interpretación, (2) expresar emoción en primera persona, (3) afirmar la petición o límite de forma concreta, (4) reforzar mostrando beneficio/impacto, (5) mantener atención en el objetivo, (6) apariencia segura, (7) negociar alternativas. Con respecto a la tarea, se le dejó ensayar el guión y registrar el resultado.

## **Sesión 4**

Se abordó diálogo interno negativo y se entrenó autovalidación para reducir vergüenza/culpa y sostener cambios sin autoexigencia extrema.

Cómo se aplicó Autovalidación: (1) nombrar emoción (0–10), (2) ubicar causa contextual (“tiene sentido que...”), (3) diferenciar validar emoción vs justificar conducta, (4) formular respuesta compasiva–realista, (5) elegir acción efectiva pequeña. Con respecto a la tarea, se le dejó realizar un registro de autocrítica → autovalidación → acción efectiva.

## **Sesión 5**

Se entrenó la habilidad chequeo de hechos para reducir interpretaciones automáticas y disminuir la intensidad emocional asociada a rumiación/autocrítica.

Cómo se aplicó Chequeo de hechos: (1) escribir hechos observables, (2) identificar interpretación/pensamiento automático, (3) listar evidencia a favor/en contra, (4) generar alternativa más realista, (5) elegir conducta efectiva basada en hechos, (6) comparar emoción 0–10 antes/después. Con respecto a la tarea aplicar la habilidad chequeo de hechos en 2 situaciones.

## **Sesión 6**

Se exploraron experiencias relevantes asociadas a invalidación/duelos y se conectaron con patrones actuales (sobre control, sensibilidad interpersonal, perfeccionismo).

Cómo se trabajó: (1) línea de tiempo breve, (2) identificación de patrón repetido (disparador → emoción → respuesta → consecuencia), (3) elección de punto de intervención para aplicar una habilidad (MR/STOP/CH), (4) definición de plan semanal

de práctica. Con respecto a la tarea, se le dejó registrar de 2–3 patrones repetidos + aplicación de pausa (MR) en el momento.

### **Sesión 7**

Se entrenó *Mente Sabia* para integrar mente emocional y mente racional y tomar decisiones más efectivas ante estrés.

Cómo se aplicó MS: (1) pausa + respiración breve, (2) identificar qué dice mente emocional, (3) qué dice mente racional, (4) preguntar “¿qué sería lo más sabio aquí?”, (5) traducirlo en un paso pequeño observable, (6) registrar resultado. Con respecto a la tarea, se le dejó registrar MS de 2 situaciones.

### **Sesión 8**

Se entrenó STOP como habilidad puente para interrumpir respuestas impulsivas y sostener tolerancia al malestar.

Cómo se aplicó STOP: S (detenerse), T (tomar distancia), O (observar emoción/urgencia/pensamientos), P (proceder con mente sabia). Se definieron alternativas mínimas (respirar, estirar, pedir tiempo, cambiar de ambiente). Con respecto a la tarea, se le dejó aplicar la habilidad STOP ante una urgencia y registrar señal temprana + resultado.

### **Sesión 9**

Se fortaleció la autoestima basada en evidencia, reduciendo el sesgo de atención hacia lo negativo.

Cómo se trabajó: (1) identificar creencia autocrítica, (2) buscar evidencias conductuales de competencia/funcionamiento, (3) registrar logros/actos de esfuerzo, (4) aplicar chequeo de hechos ante autocrítica intensa. Con respecto a la tarea, se le dejó registrar el diario de logros para su uso personal.

## **Sesión 10**

Se definieron límites concretos y se ensayó comunicación breve para sostenerlos sin confrontación.

Cómo se aplicó Límites: (1) identificar situación repetida, (2) definir límite (qué sí/qué no), (3) frase breve en primera persona, (4) conducta consecuente si se vulnera el límite (pausar/retirarse), (5) ensayo con posibles respuestas del otro. Con respecto a la tarea, se le dejó implementar un límite y registrar resultado.

## **Sesión 11**

Se entrenó detección de señales corporales como alerta temprana (tensión, respiración, urgencia).

Cómo se aplicó: (1) escaneo corporal breve, (2) respiración diafragmática 2–3 min, (3) grounding 5-4-3-2-1 si hay alta activación, (4) micro acción efectiva. Con respecto a la tarea, se le dejó una práctica diaria + registro de señal corporal y respuesta para su uso diario.

## **Sesión 12**

Se revisaron cambios observados, se reforzó el uso de habilidades clave y se elaboró un plan de mantenimiento (señales de alerta, habilidades a usar y red de apoyo). Se ajustó DEAR MAN en una situación de conflicto reciente y se dejó un esquema práctico “si pasa X → aplicó Y”. Con respecto a la tarea, se le dejó un plan escrito de mantenimiento.

A continuación, en la Tabla 7 se presenta a detalle cada sesión y en la Tabla 8 se presenta el cronograma de participación de la intervención.

**Tabla 7***Cronograma de orientación psicológica*

<b>N.º de sesión</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Actividades realizadas (descripción breve y específica)</b>	<b>Materiales utilizados</b>	<b>Tiempo</b>
Sesión 1	Establecer alianza terapéutica e identificar conductas problema y sintomatología clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica semiestructurada orientada por criterios DSM-5 (motivo de consulta, historia del problema, antecedentes, factores precipitantes y de mantenimiento).</li> <li>Espacio inicial de validación emocional y establecimiento de acuerdos de trabajo (objetivos generales, confidencialidad, modalidad virtual).</li> <li>Aplicación guiada del registro ABC con 1–2 situaciones reales para identificar: antecedente, pensamiento automático, emoción, respuesta conductual y efecto inmediato.</li> <li>Registro de síntomas (frecuencia/intensidad y áreas: sueño, apetito, energía, cogniciones, ansiedad) y línea base subjetiva (0–10).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guía de entrevista clínica</li> <li>Criterios DSM-5</li> <li>Formato de registro ABC</li> <li>Formato de registro de síntomas</li> </ul>	60 min
Sesión 2	Fortalecer la conciencia emocional y reducir respuestas automáticas frente al malestar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en mindfulness de respiración: ancla en la respiración + conteo de 10 respiraciones, notando distracciones y regresando sin juicio.</li> <li>Ejercicio “Observar-Describir-Participar”: notar sensaciones corporales y nombrarlas con lenguaje descriptivo (sin interpretación).</li> <li>Técnica breve de grounding 5-4-3-2-1 (cinco sentidos) para usar en momentos de ansiedad.</li> <li>Cierre con plan de práctica: 5 minutos diarios de respiración consciente + registro corto (qué noté/qué sentí).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ficha DBT de mindfulness</li> </ul>	60 min
Sesión 3	Desarrollar habilidades para el manejo de	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exploración de 1 situación laboral específica (quién, qué pasó, qué se dijo, qué se interpretó).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guía DEAR MAN</li> <li>Registro</li> </ul>	60 min

	conflictos laborales sin reactividad emocional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento DEAR MAN: elaboración paso a paso del guión (Describir, Expresar, Acertar, Reforzar; Mindful, Aparecer confiada, Negociar).</li> <li>• Diferenciación hechos vs. juicios: subrayado de hechos observables y reformulación de juicios en descripciones concretas.</li> <li>• Acción opuesta (cuando aplique): identificar impulso (evitar/rumiar) y diseñar conducta alternativa breve y observable.</li> </ul>	situacional / guión escrito	
Sesión 4	Reducir el diálogo interno autocrítico y promover la autovalidación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del diálogo interno autocrítico: frases típicas, disparadores y tono (qué me digo/qué me exijo).</li> <li>• Entrenamiento en autovalidación (validar emoción + contexto + necesidad): “Tiene sentido que me sienta..., porque...; y necesito...”.</li> <li>• Reforzamiento positivo orientado a esfuerzos: listado de conductas de esfuerzo (no de resultado) y selección de 1 refuerzo saludable semanal.</li> <li>• Tarea: registro “logro/esfuerzo del día” (1 línea) + práctica de autovalidación ante un error.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de autovalidación</li> <li>• Registro de logros/esfuerzos</li> </ul>	60 min
Sesión 5	Diferenciar hechos de interpretaciones y reducir la reactividad emocional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeo de hechos: completar el formato con una situación reciente (evento, interpretación, emoción, evidencia a favor/en contra, interpretación alternativa).</li> <li>• Mindfulness de pensamientos: observar el pensamiento como “evento mental” (etiquetar: ‘estoy teniendo el pensamiento de...’).</li> <li>• Identificación guiada de distorsiones cognitivas frecuentes (p. ej. lectura de mente, sobre generalización) en ejemplos del registro.</li> <li>• Plan de práctica: seleccionar 1 pensamiento recurrente y aplicar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de chequeo de hechos</li> </ul>	60 min

Sesión 6	Comprender el origen histórico del miedo al error y su impacto actual.	<p>‘chequeo de hechos’ durante la semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Validación histórica: explorar experiencias tempranas asociadas a crítica/exigencia y aprendizaje emocional.</li> <li>• Trabajo de línea de vida / cadena biográfica: ubicar hitos relevantes y conectar con creencias nucleares (“si erro... entonces...”).</li> <li>• Identificación de patrones: cómo el miedo al error se traduce en conductas actuales (evitación, rumiación, sobreesfuerzo).</li> <li>• Mindfulness emocional: localizar emoción en el cuerpo, nombrarla y permitirle por 60–90 segundos sin actuar.</li> <li>• Tarea: completar la línea de vida con 2–3 eventos adicionales y registrar emociones asociadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea de vida</li> <li>• Registro emocional</li> </ul>	60 min
Sesión 7	Manejar la ansiedad desde un equilibrio entre emoción y razón (Mente sabia).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación breve de los estados mentales: mente emocional, mente racional, mente sabia (con ejemplos cotidianos).</li> <li>• Ejercicio guiado “Mente sabia”: respiración + pregunta clave (“¿qué sería lo más sabio aquí?”) y registrar la respuesta.</li> <li>• Aplicación a 1 decisión real: matriz breve (opciones, pros/contras, valor personal implicado, paso pequeño).</li> <li>• Ensayo de una frase de autocontrol basada en mente sabia para momentos de ansiedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fichas DBT de mente sabia</li> </ul>	60 min
Sesión 8	Procesar el dolor emocional sin evitación ni impulsividad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en Aceptación Radical: identificar qué aspectos son ‘hechos’ y qué parte es ‘lucha con la realidad’.</li> <li>• Habilidad STOP (DBT): S-Stop, T-Toma distancia, O-Observa, P-Procede con mente sabia; práctica con un escenario reciente.</li> <li>• Compromiso conductual: definir 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía STOP</li> <li>• Tarjeta de recordatorio STOP</li> </ul>	60 min

		conducta pequeña compatible con valores pese al malestar (p. ej., terminar una tarea breve).		
		• Tarea: tarjeta STOP (llevarla a mano) + registrar 1 uso de aceptación radical.		
Sesión 9	Fortalecer la autoestima basada en hechos concretos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeo profundo de creencias autocríticas: identificar afirmación central y buscar evidencia conductual concreta.</li> <li>• Mindfulness de logros: práctica breve de atención a un logro/acto de esfuerzo (qué hice, cómo lo hice, qué habilidad usé).</li> <li>• Registro de evidencias: construir una lista de ‘hechos de competencia’ (3–5) y actualizarla semanalmente.</li> <li>• Plan de mantenimiento: elegir 1 acción semanal que alimente autoestima (actividad valiosa/competente).</li> <li>• Tarea: completar el registro de logros/evidencias durante la semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de logros/evidencias</li> <li>• Guía breve de chequeo de creencias</li> </ul>	60 min
Sesión 10	Preparar el manejo de interacciones familiares de manera regulada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de desencadenantes familiares (temas, frases, tonos) y señales tempranas de activación.</li> <li>• Validación de fortalezas personales para sostener límites (p. ej., respeto, claridad, autocuidado).</li> <li>• Ensayo de límites: redactar 1–2 límites concretos (qué aceptó/qué no aceptó + qué haré si ocurre).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía de límites interpersonal es</li> </ul>	60 min
Sesión 11	Identificar señales fisiológicas tempranas del malestar emocional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapa corporal del estrés: ubicar señales (tensión, respiración, ritmo cardíaco, inquietud) y asignar intensidad 0–10.</li> <li>• Mindfulness somático: (3–5 min) enfocándose en sensaciones sin cambiarlas.</li> <li>• Estrategia de regulación fisiológica: respiración diafragmática 4-6 (inhalar 4, exhalar 6) por 2–3 minutos.</li> <li>• Plan de ‘señales de alerta’ y acciones: si noto X, hago Y (STOP +</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía de mindfulness corporal</li> <li>• Registro de señales corporales</li> </ul>	60 min

Sesión 12	Mejorar la comunicación asertiva en conflictos interpersonales.	<p>respiración + grounding).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarea: 1 práctica diaria de respiración + registrar señal corporal principal.</li> <li>• Revisión de un conflicto reciente y definición de objetivo interpersonal (qué quiero lograr).</li> <li>• DEAR MAN avanzado: ajustar el tono, validar sin ceder el límite, y negociar opciones realistas.</li> <li>• Habilidades de asertividad: práctica de ‘mensaje en primera persona’ (yo siento/yo necesito/yo pido).</li> <li>• Tarea: aplicar el DEAR MAN en una interacción real o simularla por escrito y registrar la experiencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía DEAR MAN avanzado 60 min</li> <li>• Hoja de mensajes asertivos</li> </ul>
-----------	---	---	---

---

**Tabla 8**

*Cronograma de participación por orientación*

<b>CRONOGRAMA DE ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA</b>																	
<b>N</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MES</b>															
		<b>SEPTIEMBRE</b>				<b>OCTUBRE</b>				<b>NOVIEMBRE</b>				<b>DICIEMBRE</b>			
		<b>S 1</b>	<b>S 2</b>	<b>S 3</b>	<b>S 4</b>	<b>S 1</b>	<b>S 2</b>	<b>S 3</b>	<b>S 4</b>	<b>S 1</b>	<b>S 2</b>	<b>S 3</b>	<b>S 4</b>	<b>S 1</b>	<b>S 2</b>	<b>S 3</b>	<b>S 4</b>
1°	Entrevista clínica semiestructurada	X															
2°	Entrenamiento en mindfulness		X														
3°	Entrenamiento DEAR MAN			X													
4°	Entrenamiento en autovalidación				X												
5°	Entrenamiento de chequeo de hechos					X											
6°	Entrenamiento de mindfulness emocional						X										
7°	Entrenamiento de Mente Sabia							X									
8°	Entrenamiento en Aceptación Radical								X								
9°	Chequeo profundo de creencias autocríticas									X							
10°	Validación de fortalezas personales										X						
11°	Mapa corporal del estrés											X					
12°	DEAR MAN avanzado													X			

## **Metodologías empleadas según el programa:**

### **Descripción de los instrumentos utilizados**

Se utilizaron las siguientes herramientas para recopilar datos:

#### **Cuestionarios y/o instrumentos de evaluación: Validez y confiabilidad**

Para el presente proceso de orientación y consejería psicológica en modalidad virtual, se emplearon técnicas e instrumentos orientados a la exploración clínica, el análisis funcional de conductas y el seguimiento del malestar emocional a lo largo de las sesiones. A continuación, se describen los principales procedimientos utilizados:

a) Entrevista clínica semiestructurada: Constituyó el instrumento central para la recolección sistemática de información (motivo de consulta, historia del problema, antecedentes relevantes, contexto psicosocial, recursos y factores de riesgo/protección). La entrevista se organizó por áreas, manteniendo flexibilidad clínica, y permitió formular hipótesis funcionales iniciales y delimitar objetivos terapéuticos. La información obtenida se contrastó con los criterios diagnósticos del DSM-5 para orientar la conceptualización del caso y considerar el diagnóstico diferencial.

b) Registro ABC (Antecedente-Conducta-Consecuencia) y análisis funcional: Se utilizó como registro personalizado del centro para identificar situaciones precipitantes, pensamientos automáticos, respuestas emocionales y conductuales, así como consecuencias de corto y largo plazo que mantenían las conductas problema en el contexto laboral y familiar. Este instrumento favorece la validez ecológica del proceso de evaluación al recoger información en tiempo real o cercano a los eventos, reduciendo el sesgo de memoria y permitiendo un monitoreo continuo del patrón de respuesta de la paciente (Kazdin, 2017).

c) Registro de síntomas: Se implementó un registro estructurado y personalizado del centro para monitorear la intensidad, frecuencia y duración de síntomas (p. ej., ansiedad,

tristeza, irritabilidad, cansancio mental), incluyendo señales corporales y contexto de aparición. Este procedimiento permite seguir la evolución del malestar a lo largo del tratamiento y vincularlo con eventos activadores, facilitando la toma de decisiones clínicas sesión a sesión y la asignación de tareas entre sesiones. Los registros son ampliamente recomendados en intervenciones cognitivo-conductuales y basadas en habilidades por su utilidad para la evaluación continua y la generalización de aprendizajes.

d) Guías de sesión y registro de tareas terapéuticas: Se emplearon formatos de registro por sesión para consignar objetivos, actividades realizadas, materiales utilizados y tareas asignadas entre sesiones (p. ej., práctica de mindfulness, aplicación de habilidades DBT, ejercicios de comunicación asertiva). Estos documentos aportan confiabilidad procedimental al estandarizar el seguimiento del plan de intervención y facilitar la trazabilidad del proceso clínico, especialmente en modalidad virtual.

e) Consentimiento Informado: Antes de iniciar el proceso de orientación y consejería psicológica, se proporciona al consultante información clara y detallada sobre la naturaleza del servicio, sus objetivos, procedimientos, alcances y posibles limitaciones. Asimismo, se explican aspectos relacionados con la confidencialidad, el manejo de la información, sus excepciones legales, la voluntariedad de la participación y el derecho a formular preguntas o retirarse del proceso en cualquier momento sin perjuicio. Este procedimiento garantiza que la persona otorgue su consentimiento de manera libre, consciente y debidamente informada, promoviendo una relación terapéutica basada en el respeto, la transparencia y la responsabilidad profesional.

d) Listado de cotejo: Como instrumento complementario de recolección y verificación, se utilizó una lista de cotejo basada en los criterios DSM-5 para episodio depresivo, aplicada en dos momentos del proceso: PRE (Sesión 1) y POST (Sesión 12). Esta lista permite registrar la presencia (Sí) o ausencia (No) de cada síntoma en el momento

evaluado y comparar cuantitativamente los resultados mediante un conteo simple de síntomas presentes (Sí = 1; No = 0), obteniéndose un total para PRE y otro para POST, así como la diferencia entre ambos. La información se completó a partir de entrevista clínica, observación y autor reportes consignados en notas de sesión y autorregistros. (ANEXO 18)

### **Monitoreo y/o Evaluación**

El proceso de orientación y consejería psicología incluyó procedimientos sistemáticos de monitoreo y evaluación continua, orientados a registrar la evolución del malestar emocional y la frecuencia/intensidad de las conductas problema en el transcurso de las sesiones. El monitoreo se inició desde la sesión 1, en la que se realizó el primer contacto clínico, entrevista psicológica y registro inicial del motivo de consulta, así como la identificación de conductas problema y variables asociadas.

A lo largo del proceso, el seguimiento se realizó mediante registros clínicos sesión a sesión y herramientas de autorregistro (p. ej., registro ABC, monitoreo de síntomas y registros breves vinculados a situaciones gatillo), que permitieron observar la relación entre antecedentes, respuestas emocionales y conductas. De forma paralela, se empleó el análisis funcional de las conductas problema como estrategia para precisar disparadores, respuestas y consecuencias que mantenían el patrón conductual.

Durante las sesiones intermedias se mantuvo un monitoreo periódico del avance mediante la revisión de tareas, el registro de situaciones recientes (especialmente en contextos laboral y familiar) y la verificación del uso de habilidades entrenadas (p. ej., mindfulness, chequeo de hechos, acción opuesta, DEAR MAN, STOP y estrategias de validación). Finalmente, en las últimas sesiones se realizó una revisión estructurada del proceso, consolidando el uso de habilidades aprendidas y estableciendo lineamientos de seguimiento y prevención de recaídas, considerando señales tempranas de activación emocional y estrategias de afrontamiento disponibles.

Dado el formato virtual, el seguimiento se complementa con coordinaciones puntuales fuera de sesión cuando fue necesario, con el propósito de resolver dudas sobre tareas, sostener la adherencia al plan de trabajo y asegurar la continuidad del proceso de orientación.

### **Consideraciones éticas:**

El siguiente proceso de orientación y consejería psicológica se desarrolló respetando los principios éticos fundamentales de la práctica profesional, priorizando el bienestar y la protección de la consultante durante todo el proceso.

En relación con el principio de beneficencia y no maleficencia, el proceso de orientación se orientó a promover el cuidado del bienestar emocional, cognitivo y conductual, utilizando procedimientos acordes al motivo de consulta, al nivel de malestar reportado y a las necesidades identificadas durante la evaluación clínica. Asimismo, se procuró evitar cualquier práctica que pudiera generar daño, revictimización o incremento innecesario del malestar, aplicando estrategias graduales y verificando comprensión y disposición antes de cada actividad clínica.

Respecto al principio de autonomía, se explicó a la consultante el encuadre terapéutico, los objetivos generales del acompañamiento, la modalidad de trabajo virtual, el uso de registros y tareas, y el carácter voluntario de su participación. Se enfatizó su derecho a realizar preguntas, expresar desacuerdo, solicitar ajustes, pausar ejercicios y retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que ello implique perjuicio. El consentimiento informado fue abordado al inicio del proceso y reafirmado cuando se incorporaron nuevas actividades o instrumentos de registro.

En cuanto al principio de confidencialidad, se garantizó la reserva de la información brindada en sesión y de los registros elaborados, empleando medidas de cuidado acordes a

la modalidad virtual (p. ej., uso de plataformas de comunicación conocidas por la consultante, coordinación de un espacio privado para la sesión, y resguardo de notas/archivos clínicos). La información se utilizó únicamente con fines clínicos y académicos, cuidando el anonimato de sus datos (sin nombres reales, sin información que permita identificar a la consultante o su entorno).

Finalmente, se precisaron los límites de la confidencialidad, indicando que esta podría levantarse únicamente ante situaciones de riesgo grave e inminente de acuerdo con el marco ético profesional y la normativa vigente. En dichos supuestos, se prioriza la protección de la vida y la integridad, informando a la consultante sobre los pasos a seguir y recurriendo, de ser necesario, a redes de apoyo o servicios de emergencia.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### 4.1 Descripción de los resultados hallados

**Objetivo específico 1:** Incrementar el uso de habilidades DBT en 4 conductas problema en una paciente mujer que presenta sintomatología depresiva

**Indicador de logro:** La paciente mujer incrementa el número de veces que hace uso de habilidades DBT ante las 4 conductas problemas.

Este objetivo se evaluó principalmente a través de los autorregistros de los 14 días, complementados con la secuencia de entrenamiento planificada en las 12 sesiones iniciales.

#### Tabla 1

*Resultados de las conductas problemas*

<b>Conducta problema</b>	<b>Manifestación inicial</b>	<b>Uso de habilidades</b>	<b>Estado actual</b>
CP1. Diálogo interno negativo en contexto laboral	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autocrítica intensa ante errores mínimos.</li><li>• Anticipación de evaluación negativa.</li><li>• Rumiación: “Si fallo, voy a quedar mal”, “No debí decir eso”, “Si no lo hago yo, nadie lo hará bien”.</li><li>• Tendencia a sobreesfuerzo o evitación.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mindfulness de pensamientos.</li><li>• STOP / pausas breves.</li><li>• Chequeo de hechos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Baja la autoexigencia; se acepta “suficientemente bien” y reduce conductas de perfeccionismo/so breesfuerzo.</li><li>• Mejor tolerancia a la crítica interna: reconoce “es un pensamiento, no un hecho” y mantiene el funcionamiento.</li><li>• Más regulación en el momento: usa pausas/respiración y autovalidación para sostener el</li></ul>

<p>CP2. Ingesta de dulces en horario laboral</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulso de consumo de dulces ante estrés/cansancio como estrategia de alivio inmediato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindfulness breve.</li> <li>• Respiración breve.</li> <li>• STOP / pausas breves.</li> <li>• Pausa sensorial (estiramientos).</li> <li>• Identificación temprana del impulso (reconoce el “quiero dulce”).</li> <li>• Estrategia sustitutiva (snack saludable).</li> </ul>	<p>desempeño sin desbordarse.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce la urgencia más temprano y la nombra antes de actuar.</li> <li>• Tolera el malestar sin actuar: “deja pasar” la urgencia usando pausa/STOP y respiración breve.</li> <li>• Sustituye la conducta con alternativas planificadas (p. ej., hidratación/pausa sensorial/snack alternativo) antes de decidir comer.</li> <li>• Pausa antes de responder (STOP): baja la impulsividad (menos elevación de tono / menos respuesta inmediata).</li> <li>• Comunicación más efectiva (DEAR MAN): expresa lo que necesita de forma clara, con tono más estable, sin escalar.</li> <li>• Mayor establecimiento de límites: delimita qué acepta y qué no,</li> </ul>
<p>CP3. Respuesta con irritabilidad/evitación ante confrontación interpersonal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretación de comentarios como ataque: “Me está criticando”, “Lo hace para provocarme”, “Me quiere hacer quedar mal”.</li> <li>• Incremento rápido de irritabilidad/ansiedad.</li> <li>• Elevación del tono o retirada abrupta para evitar conflicto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• STOP.</li> <li>• DEAR MAN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pausa antes de responder (STOP): baja la impulsividad (menos elevación de tono / menos respuesta inmediata).</li> <li>• Comunicación más efectiva (DEAR MAN): expresa lo que necesita de forma clara, con tono más estable, sin escalar.</li> <li>• Mayor establecimiento de límites: delimita qué acepta y qué no,</li> </ul>

CP4. Discusiones recurrentes con la madre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta sensibilidad: reacciona de inmediato para defenderse ante críticas maternas.</li> <li>• Evitación o retirada del lugar.</li> <li>• Discusión verbal y evitación posterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autovalidación.</li> <li>• Mente sabia.</li> <li>• Límites.</li> <li>• STOP.</li> </ul>	<p>sin entrar en confrontación inmediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrumpe el impulso de discutir: ante una crítica hace pausa (STOP) antes de responder.</li> <li>• Evita entrar en discusión inmediata.</li> <li>• Límites más claros y sostenidos: expresa límites concretos (“puedo hablarlo sin gritos”, “lo conversamos luego”) y los repite sin engancharse.</li> </ul>
---	---	--	---

---

De acuerdo con la Tabla 1, se observa que en la CP1 (diálogo interno negativo en contexto laboral) la manifestación inicial se caracterizaba por autocrítica intensa ante errores mínimos, anticipación negativa y rumiación (“si fallo voy a quedar mal”), lo cual incrementaba la ansiedad y favorecía sobreesfuerzo o evitación. Por otro lado, a partir de la semana 5 se identificó el uso de mindfulness de pensamientos, pausas, chequeo de hechos y autovalidación, lo que permite disminuir la tendencia a involucrarse con la rumiación y poder reorganizarse una mejor respuesta. En sesión, el entrenamiento se enfocó en mindfulness de pensamientos (MR) y chequeo de hechos (CH): se trabajó con un episodio laboral reciente, se identificó el pensamiento automático y la emoción asociada, se practicó el etiquetado (“estoy notando el pensamiento”) y se completó el formato de chequeo de hechos (hechos vs. interpretación, evidencia y alternativa realista), dejando la tarea de autorregistro para la

generalización dónde se verificó mediante los autorregistros y la frecuencia de uso reportada de las habilidades (Tabla 2). En el estado actual, el diálogo interno se observa más funcional y orientado al afrontamiento (“puedo hacerlo paso a paso”, “si aparece un error lo corrijo”), acompañado de pausas/respiración para regular la activación. Este cambio es consistente con el indicador, dado que la paciente recurre con mayor frecuencia a habilidades DBT cuando aparece el patrón de autocrítica/rumiación.

Luego, de acuerdo con la Tabla 1, en la CP2 (ingesta de dulces en horario laboral) al inicio se observaba un impulso de consumo ante estrés o cansancio con función de alivio inmediato, lo que reforzaba el comportamiento impulsivo. En sesión, el entrenamiento se centró en STOP como habilidad principal para interrumpir la urgencia, complementado con respiración breve. Se realizó psicoeducación breve sobre el ciclo “urgencia → alivio inmediato → mantenimiento del impulso” y la función de STOP como pausa conductual. Posteriormente, se trabajó con un episodio real reciente dónde se identificaron señales tempranas (pensamientos tipo “quiero dulce”) y se aplicó STOP paso a paso (detenerse, tomar distancia, observar la urgencia y proceder con una acción efectiva). Luego se definió una alternativa concreta de sustitución (estiramientos/agua/pausa sensorial o snack planificado) y se ensayó su implementación en el momento de urgencia. Finalmente, se asignó una tarea de autorregistro para practicar la secuencia en situaciones similares y revisar resultados en la sesión siguiente; la generalización se verificó mediante autorregistros y frecuencia de uso reportada de las habilidades (Tabla 2). En el estado actual, el impulso aparece de forma más esporádica y con mayor control: la paciente logra postergar la respuesta, elegir con mayor conciencia y, cuando consume, lo hace con menor automatismo, priorizando previamente estrategias alternativas. Este cambio evidencia el indicador, al observarse un aumento en la frecuencia con que activa habilidades DBT específicamente ante el impulso alimentario

Por otro lado, de acuerdo con la Tabla 1, se observa que en la CP3 (irritabilidad y evitación ante confrontación interpersonal) inicialmente predominaba la interpretación de comentarios como ataque, con incremento rápido de irritabilidad, elevación del tono o retiro abrupto como forma de evitar el conflicto. En sesión, el entrenamiento se enfocó en STOP como pausa previa y en DEAR MAN como estructura de comunicación efectiva para reducir escalada y evitación. Se brindó psicoeducación breve sobre cómo la interpretación de amenaza (“me están atacando”) incrementa activación y precipita respuestas impulsivas (elevar el tono o retirarse). Posteriormente, se seleccionó una interacción reciente de confrontación y se aplicó STOP para disminuir la reactividad antes de responder. A continuación, se elaboró un guión DEAR MAN con el episodio real y se practicó, ajustando tono, claridad y brevedad. Finalmente, se dejó tarea de aplicar/ensayar el guión y registrar el resultado (qué se dijo, respuesta del otro y nivel de activación 0–10); la verificación se realizó mediante revisión de los autorregistros y la frecuencia de uso reportada de las habilidades (Tabla 2). En el estado actual, se observa mayor tolerancia a la confrontación: la paciente logra realizar una pausa antes de responder, reduce impulsividad, valida, expresa necesidades sin escalar y establece límites con respuestas más planificadas. En términos del indicador, la mejora se sostiene porque el uso de habilidades deja de ser ocasional y pasa a constituir una estrategia recurrente que se activa en situaciones interpersonales desafiantes, reduciendo el patrón de confrontación inmediata o evitación.

Finalmente, de acuerdo con la Tabla 1, en la CP4 (discusiones recurrentes con la madre) al inicio se observaba una reactividad alta ante críticas maternas, discusión verbal y posterior evitación. Por otro lado, a partir de la semana 5 se observó un mayor uso de estrategias de pausa antes de responder y recursos de autovalidación, lo cual contribuyó a disminuir la escalada inmediata y a reorganizar una respuesta más regulada. En sesión, el entrenamiento se centró en límites y STOP para prevenir escalada, apoyado por

autovalidación y mente sabia. Posteriormente, se trabajó con un episodio reciente: se identificaron detonantes, señales corporales y pensamientos típicos, y se practicó STOP antes de responder. A continuación, se definió un límite concreto (qué conducta se acepta/no se acepta y cuál será la acción consecuente si se vulnera) y se ensayaron frases breves, incorporando autovalidación para disminuir reactividad y mente sabia para elegir el momento de hablar o pausar. Finalmente, se asignó la tarea de implementar un límite específico y registrar situación, respuesta y resultado; la generalización se verificó mediante los autorregistros y el uso reportado de las habilidades (Tabla 2). En el estado actual, la paciente muestra respuestas más reguladas: hace pausas, respira, mantiene un tono más estable, utiliza frases de límite (“puedo hablarlo, pero sin gritos”, “ahora no voy a discutir, lo conversamos luego”) y sostiene dichos límites sin engancharse, aplicando consecuencias conductuales (pausar o retirarse y retomar cuando está calmada). Este cambio evidencia el indicador, ya que se observa un aumento del uso de habilidades durante la interacción y no solo posterior a ella, favoreciendo una recuperación emocional más rápida y menor rumiación.

**Tabla 2**

*La frecuencia de uso durante 14 días de las Habilidades DBT*

<b>Habilidad</b>	<b>Frecuencia durante 14 días</b>	<b>Conductas problemas</b>
MR (Mindfulness/respiración/pensamientos)	4	CP1 y CP2
AV (Autovalidación)	3	CP1 y CP4
LI (Límites)	3	CP2
STOP	3	CP3 y CP4
TMD (DEAR MAN)	2	CP3
MS (Mente sabia)	1	CP1 y CP4
CH (Chequeo de hechos)	1	CP1 y CP3

De acuerdo con la tabla 2 permite evidenciar que, durante los últimos 14 días, la paciente ha utilizado de manera activa y diferenciada un conjunto de habilidades DBT asociadas a las cuatro conductas problema (CP1, CP2, CP3 y CP4). Esto muestra que el uso de habilidades no se limita a un contexto único, sino que se distribuye en áreas laborales e interpersonales, lo cual es consistente con un proceso de generalización de habilidades hacia situaciones reales.

De manera específica, se observa mayor frecuencia en MR (mindfulness/respiración/observación de pensamientos) (4 veces), seguida de AV (autovalidación), LI (límites) y STOP (3 veces cada una). Este patrón sugiere que la paciente recurre con mayor regularidad a habilidades orientadas a la regulación inicial de la activación (mindfulness/respiración), la pausa y control del impulso (STOP), y la modulación del diálogo interno y el establecimiento de límites (autovalidación y límites), estrategias que resultan especialmente relevantes en sintomatología depresiva por su impacto sobre la rumiación, la autocrítica y la reactividad interpersonal.

Asimismo, la tabla 2 evidencia la relación directa entre habilidades y conductas problema, el MR se vincula principalmente con CP1 y CP2, AV con CP1 y CP4, LI con CP4, STOP con CP3 y CP4, y DEAR MAN (2 veces) con CP3, mostrando su aplicación en efectividad interpersonal. Finalmente, aunque MS (mente sabia) y CH (chequeo de hechos) registran menor frecuencia (1 vez cada una), su presencia es relevante porque refleja la incorporación de habilidades de toma de perspectiva y verificación de interpretaciones, contribuyendo al indicador al mostrar que la paciente utiliza un repertorio amplio de habilidades DBT ante las cuatro conductas problema. En conjunto, la frecuencia registrada en el periodo evaluado respalda el avance del objetivo específico 1, al evidenciar un incremento del uso de habilidades DBT en relación con las conductas problema identificadas.

En conjunto, estos hallazgos significan que la paciente está pasando de un afrontamiento más automático a un afrontamiento basado en habilidades, es decir, cuenta con más recursos para detenerse, regular la activación y elegir respuestas funcionales ante las cuatro conductas problema. El predominio de mindfulness/respiración, STOP, autovalidación y límites sugiere que la paciente está reduciendo la intensidad emocional, lo cual favorece la reducción de síntomas como ánimo bajo, culpa/inutilidad y alteraciones del sueño. Además, el uso de DEAR MAN y límites indica avances en el área interpersonal, la paciente no sólo regula lo que siente, sino que comienza a comunicar necesidades y sostener límites sin escalar conflictos, especialmente en contextos familiares. Por otro lado, que mente sabia y chequeo de hechos aparezcan, aunque con menor frecuencia sugiere un proceso gradual de consolidación, la paciente empieza a incorporar estrategias cognitivas de mayor complejidad para revisar interpretaciones y tomar perspectiva, lo que contribuye al mantenimiento del cambio y a la prevención de recaídas.

Finalmente se evidencia que la paciente incrementa el número de veces que aplica habilidades DBT frente a cuatro conductas problema, y además muestra una generalización del repertorio, las habilidades se transfieren del espacio terapéutico a situaciones reales, disminuyendo reactividad, rumiación, evitación, y aumentando respuestas planificadas como funcionales.

### **Discusión de resultados – Objetivo específico 1**

Se observa un incremento en la aplicación de habilidades DBT ante las cuatro conductas problema (CP1–CP4) en contextos laborales y familiares/interpersonales. A diferencia del inicio, donde predominaban respuestas automáticas vinculadas a la sintomatología depresiva (rumiación, autocrítica, evitación o escalamiento interpersonal), el patrón actual evidencia un uso más activo de habilidades en momentos críticos, lo que sugiere un cambio desde un afrontamiento reactivo hacia uno más regulado y planificado.

En comparación con otros estudios, estos hallazgos coinciden con investigaciones, como Arocutipá (2022) dónde reporta que, en las mujeres adultas, la depresión puede sostenerse por autocrítica elevada, sobrecarga emocional y ambientes invalidantes, por lo que sugiere intervenciones centradas en regulación emocional y fortalecimiento de habilidades de regulación emocional para una mejor regulación de estas. Hatoum et al (2024) reportan disminuciones de sintomatología depresiva, mejoras en flexibilidad emocional y afrontamiento cuando se entrenan habilidades como mindfulness, tolerancia al malestar y regulación emocional en enfoques derivados de las terapias de tercera generación. Daros et al. (2021) encontraron que cuando las personas con ansiedad y depresión participan en entrenamiento estructurado de habilidades derivados de las terapias de tercera generación, no solo lo consideran útil, sino que además se observan cambios favorables como mayor capacidad para manejar emociones intensas y menor malestar emocional, lo que respalda la importancia de aprender y aplicar habilidades en situaciones reales. Por último, Villalongo et al. (2024) en una revisión breve, reportaron que los grupos de entrenamiento en habilidades DBT han sido aplicados en problemas de ansiedad, como la ansiedad social, con efectos clínicamente relevantes sobre variables emocionales y conductuales, destacando el entrenamiento en habilidades como componente central.

En síntesis, el incremento del uso de habilidades DBT ante las cuatro conductas problema no solo confirma el indicador de logro, sino que también explica clínicamente la mejoría observada, al aumentar la frecuencia de habilidades, disminuye la reactividad, se reduce el enganche con la autocrítica y se fortalece una respuesta más regulada tanto en el desempeño laboral como en la dinámica familiar/interpersonal. En consecuencia, este patrón respalda que la paciente está consolidando un cambio terapéutico relevante para la sintomatología depresiva, al reemplazar respuestas automáticas por repertorios de afrontamiento basados en habilidades aplicadas en situaciones reales.

## Objetivo específico 2

**Objetivo específico 2:** Fortalecer el autodiálogo interno compasivo en dos conductas problemáticas en una paciente mujer que presenta sintomatología depresiva.

**Indicador de logro:** La paciente mujer incrementa el número de veces que utiliza el diálogo interno frente a las 2 conductas problemáticas.

Este objetivo se evaluó principalmente a través de los autorregistros de los 14 días, complementados con la secuencia de entrenamiento planificada en las 12 sesiones iniciales.

### Tabla 3

#### *Resultados de las conductas problemáticas*

<b>Conducta problema</b>	<b>Manifestación inicial</b>	<b>Uso de habilidades</b>	<b>Estado actual</b>
CP1. Diálogo interno negativo en contexto laboral	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autocrítica intensa como: “Esto no está perfecto... seguro me van a criticar”, “Debí haberlo mejor”, “Si descanso, me atraso”, “tengo que seguir”.</li><li>• Comparación y anticipación de evaluación negativa.</li><li>• Sensación de incapacidad.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autovalidación.</li><li>• Chequeo de hechos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reformula el pensamiento catastrófico donde identifica “esto es un pensamiento, no un hecho” y reduce la anticipación negativa.</li><li>• Aumenta tolerancia al error donde si aparece un error, lo corrige sin engancharse en rumiación.</li><li>• Mejora el autocontrol emocional donde se regula durante la exigencia laboral.</li></ul>
CP4. Discusiones recurrentes con la	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alto diálogo de invalidación y desesperanza como: “No debería</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mayor uso de pausa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hace una pausa antes de</li></ul>

madre	sentirme así, estoy exagerando”, “Si me afecta es porque estoy mal yo”. • Disminución del manejo autónomo del vínculo. • Evitación abrupta tras críticas.	autovalidación. • Establecimiento gradual de límites.	responder, lo que reduce la impulsividad y evita escalar la discusión. • Usa autovalidación: lo que disminuye la desesperanza e invalidación y baja la intensidad emocional. • Establece límites más claros y específicos (qué acepta conversar, cuándo y cómo), aumentando su manejo autónomo del vínculo.
-------	--	--	---

---

De acuerdo con la Tabla 3, en la CP1 (diálogo interno negativo en contexto laboral) se observa que la manifestación inicial se caracterizaba por autocrítica intensa y exigente ante errores mínimos o tareas urgentes, junto con comparación y anticipación de evaluación negativa, lo que reforzaba rumiación y sensación de incapacidad. En sesión, el entrenamiento se orientó a fortalecer un autodiálogo interno compasivo y regulador mediante autovalidación (AV) y chequeo de hechos (CH). Se brindó psicoeducación breve sobre la función de la autocrítica en el sobre control (“exigencia para evitar error”) y su relación con el incremento de rumiación y ansiedad. Posteriormente, se trabajó con un episodio laboral reciente, donde se identificó el pensamiento autocrítico principal, la emoción asociada y la conducta consecuente. A continuación, se aplicó autovalidación (nombrar emoción, ubicar contexto y responder con un mensaje interno realista y amable) y se completó el chequeo de hechos para diferenciar hechos de interpretaciones (evidencia a favor/en contra y alternativa realista). Finalmente, se definió un “mensaje interno funcional” para el momento crítico (p.

ej., “puedo hacerlo paso a paso”, “suficientemente bien es funcional”, “esto es un pensamiento, no un hecho”) y se asignó una tarea de autorregistro para practicar esta secuencia en situaciones similares; la generalización se verificó mediante revisión de los autorregistros y reporte de uso entre sesiones. En el estado actual, se identifica un auto diálogo más funcional y compasivo, expresado en frases orientadas al afrontamiento (“puedo hacerlo paso a paso”, “si aparece un error, lo corrijo”), con mayor tolerancia al error y menor urgencia por la perfección. Este cambio es coherente con el indicador, ya que evidencia un incremento en la frecuencia con que la paciente utiliza el auto diálogo regulador como herramienta activa para sostener el desempeño laboral con mayor autocontrol emocional.

Luego, de acuerdo con la Tabla 3, en la CP4 (discusiones recurrentes con la madre) se observa que al inicio predominaba un auto diálogo de invalidación y desesperanza (“no debería sentirme así”, “estoy exagerando”, “si me afecta es porque estoy mal yo”, “soy demasiado sensible”), el cual incrementaba la reactividad o conducía a evitación abrupta posterior a las críticas, manteniendo el malestar y favoreciendo la rumiación. En sesión, el entrenamiento se enfocó en transformar este autodiálogo invalidante hacia un auto diálogo validante y regulador, mediante pausa y autovalidación, complementado con establecimiento gradual de límites. Se realizó psicoeducación breve sobre invalidación interna y escalada emocional, destacando cómo los mensajes de culpa y descalificación incrementan reactividad y facilitan evitación posterior. Posteriormente, se trabajó con un episodio reciente de interacción con la madre: se identificaron detonantes, pensamientos automáticos, emoción y la respuesta impulsiva típica. A continuación, se entrenó una pausa previa antes de responder (detenerse y regular activación) y se aplicó autovalidación para nombrar la emoción y formular un mensaje interno compasivo (“tiene sentido que me afecte; puedo responder con calma”). Luego se definieron límites concretos (qué se acepta/no se acepta y qué se hará si se vulnera) y se ensayaron frases breves para sostenerlos sin escalar la

discusión. Finalmente, se asignó la tarea de aplicar una pausa + autovalidación en una interacción crítica y registrar el resultado; la verificación se realizó mediante autorregistros y revisión de ejemplos en sesiones posteriores. En comparación con la manifestación inicial, se reporta menor escalamiento de la discusión y una recuperación emocional más rápida, con menor prolongación del malestar posterior. Este cambio evidencia el indicador, debido a que la paciente incrementa el uso de autodiálogo interno compasivo y validante ante interacciones críticas, lo que reduce la evitación abrupta y fortalece la regulación emocional en el vínculo materno.

Finalmente, de acuerdo con la tabla 3, se observa que el cuadro general permite observar un cambio clínicamente significativo, la paciente no solo reconoce con mayor claridad los momentos en los que se activa la autocrítica o la invalidación, sino que incrementa la frecuencia con la que utiliza un autodiálogo más compasivo, funcional y regulador para responder a dichas situaciones. Este aumento se expresa como un patrón transversal, donde inicialmente predominaban narrativas internas rígidas y actualmente se registra una mayor tendencia a reformular pensamientos, validar la propia experiencia y dirigir la conducta con mensajes internos más realistas, lo cual contribuye a mayor autocontrol emocional y menor prolongación del malestar. En el estado actual, se observa un mayor uso de auto diálogo compasivo, incluyendo autovalidación, flexibilización de exigencias y planificación gradual de respuesta, el cual actúa como un regulador de la reactividad emocional y favorece conductas más adaptativas. El cumplimiento del indicador se evidencia en la aplicación consistente de este auto diálogo en situaciones reales asociadas a ambas conductas problema.

## **Discusión de resultados – Objetivo específico 2**

Se evidencia un cambio clínicamente significativo, la paciente incrementa el uso de un diálogo interno más validante, realista y regulador frente a demandas laborales exigentes

(CP1) y críticas/discusiones con la madre (CP4). A diferencia del inicio, donde predominaba la autocrítica intensa, la invalidación emocional y el enganche rumiativo, el patrón actual muestra que el auto diálogo se utiliza como una herramienta activa de regulación (“freno”), dónde permite pausar, organizar la respuesta, pedir tiempo, reformular exigencias y establecer límites, lo que se asocia con menor escalamiento emocional y recuperación más rápida tras interacciones estresoras.

En comparación con otros estudios, estos hallazgos coinciden con investigaciones, como Lynch et al., (2019) dónde reporta en su ensayo que la RO-DBT produce mejoras clínicas, especialmente al finalizar el tratamiento y fortalece procesos como flexibilidad psicológica y afrontamiento emocional, respaldando la pertinencia de intervenir sobre estilos internos rígidos que mantienen el malestar. Gilbert et al (2023) señala que la reducción del malestar depresivo se acompaña de mejoras en procesos emocionales e interpersonales, lo cual es coherente con la idea de que transformar el estilo de respuesta interna (por ejemplo, de autocrítica a autovalidación y guía conductual) tiene impacto clínico en síntomas y funcionamiento. Asimismo, Han & Kim (2023) realizaron un metaanálisis sobre intervenciones de autocompasión dónde muestra reducciones significativas en depresión, apoyando que fortalecer un diálogo interno más compasivo es un componente terapéutico clave para disminuir autocrítica y desesperanza. Por último, Millard et al (2023) reportaron una revisión sistemática y un metaanálisis en poblaciones de personas mayores donde reporta efectos favorables de la terapia focalizada en la compasión sobre depresión y malestar emocional, donde sugiere que aumentar la capacidad de validarse y responderse con amabilidad constituye un mecanismo clínicamente relevante

En síntesis, el incremento del autodiálogo regulador en CP1 y CP4 no solo confirma el indicador, sino que explica clínicamente la mejoría observada, al pasar de una narrativa interna autocrítica a una más realista, validante y orientada a la acción, la paciente reduce el

enganche con la rumiación, disminuye la reactividad y sostiene respuestas más planificadas (pausa, organización, petición de tiempo, límites), consolidando un cambio terapéutico relevante para el mantenimiento de la mejoría en sintomatología depresiva y su funcionamiento cotidiano.

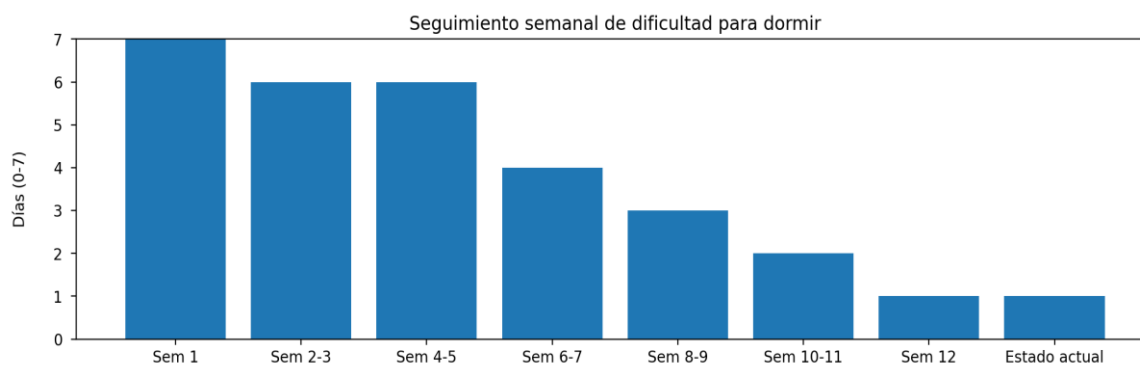
**Objetivo general:** Disminuir la sintomatología depresiva en una paciente mujer a través del entrenamiento en habilidades DBT dentro de un proceso de orientación psicológica.

**Indicador de logro:** La paciente mujer disminuye el número de síntomas depresivos.

Este objetivo se evaluó principalmente a través de los autorregistros de los 14 días, la lista de cotejo (Pre-Post sesión), complementados con la secuencia de entrenamiento planificada en las 12 sesiones iniciales.

### Gráfico 1

*Seguimiento semanal de la dificultad para dormir.*

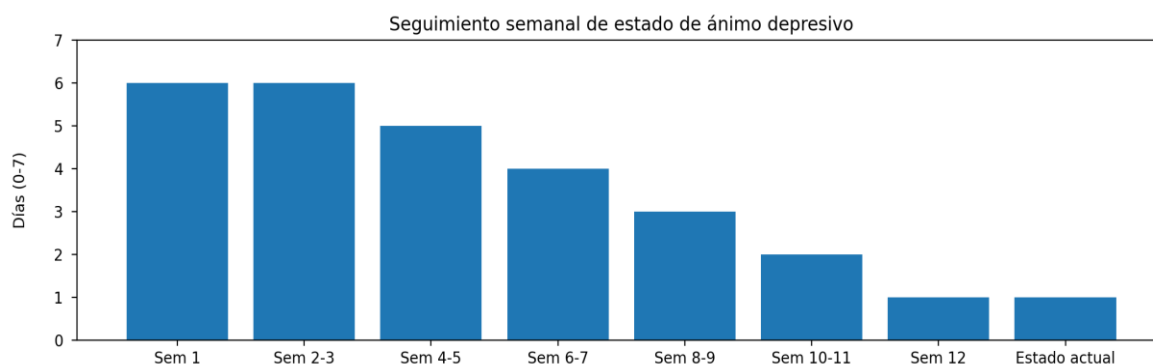


En el gráfico 1 se observa la evolución de la frecuencia semanal de la dificultad para dormir, medida en una escala de 0 a 7 días por semana, a lo largo del proceso de intervención. En la Semana 1, la paciente reportó dificultad para dormir durante 7 días, lo que indica la presencia del síntoma de manera diaria. Durante las semanas 2 y 3, la frecuencia disminuyó a 6 días por semana, manteniéndose el síntoma con alta recurrencia. En las semanas 4 y 5, se observó una frecuencia similar, con 6 días de dificultad, evidenciando una reducción

mínima en comparación con el inicio. Posteriormente, en las semanas 6 y 7, la frecuencia descendió a 4 días por semana, mostrando una disminución más marcada del síntoma. En las semanas 8 y 9, la dificultad para dormir se presentó en 3 días, mientras que en las semanas 10 y 11 se redujo a 2 días por semana. En la semana 12, la paciente reportó dificultad para dormir solo 1 día, y en el estado actual la frecuencia se mantiene en 1 día por semana, lo que indica la presencia ocasional del síntoma. Por último, se observa una reducción progresiva de la frecuencia del síntoma, pasando de 7 días por semana al inicio a 1 día por semana en el estado actual, lo que representa una disminución de 6 días en la frecuencia semanal de la dificultad para dormir a lo largo de la intervención. Esto significa que la paciente recupera progresivamente capacidad de descanso, lo que se asocia a mayor energía y estabilidad del ánimo, facilitando también la reconexión con actividades gratificantes

## Gráfico 2

*Seguimiento semanal de estado de ánimo depresivo.*

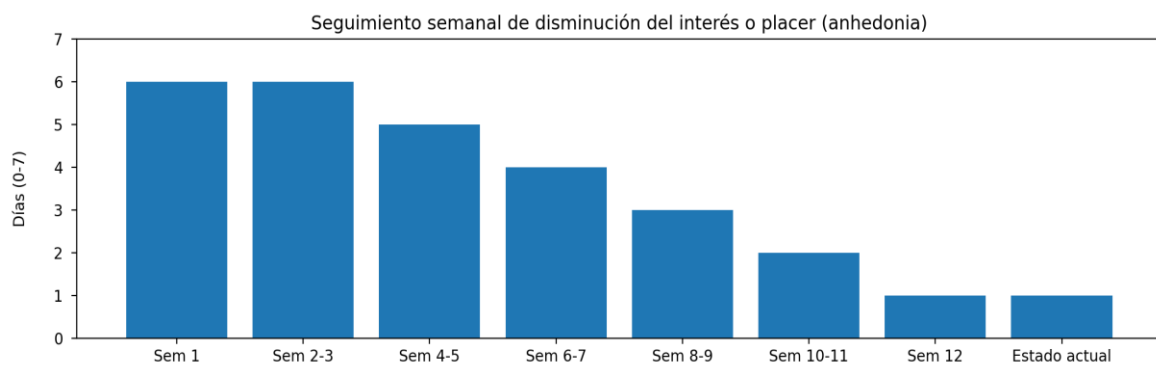


En el gráfico 2 se observa el seguimiento semanal del estado de ánimo depresivo, medido en una escala de 0 a 7 días por semana, a lo largo del proceso de intervención. En la Semana 1, la paciente reportó estado de ánimo depresivo durante 6 días por semana, manteniéndose la misma frecuencia en las semanas 2 y 3, con 6 días. En las semanas 4 y 5, la frecuencia disminuyó a 5 días por semana, evidenciando una reducción inicial del síntoma. Posteriormente, en las semanas 6 y 7, el estado de ánimo depresivo se presentó en 4 días por semana. En las semanas 8 y 9, la frecuencia descendió a 3 días, mientras que en las semanas 10 y 11 se redujo a 2 días por semana. En la semana 12, la paciente reportó dificultad para dormir solo 1 día, y en el estado actual la frecuencia se mantiene en 1 día por semana, lo que indica la presencia ocasional del síntoma.

10 y 11 se redujo a 2 días por semana. En la semana 12, la paciente reportó estado de ánimo depresivo durante 1 día, manteniéndose esta frecuencia de 1 día por semana en el estado actual, lo que indica la presencia leve e intermitente del síntoma. Por último, se observa una disminución progresiva del estado de ánimo depresivo, pasando de 6 días por semana al inicio a 1 día por semana en el estado actual, lo que representa una reducción de 5 días en la frecuencia semanal del síntoma a lo largo de la intervención. Esto implica una mayor estabilidad emocional y una reducción del estado de ánimo bajo como experiencia predominante, pasando de una presencia casi semanal a una manifestación leve e intermitente, lo que favorece un mejor funcionamiento cotidiano y mayor capacidad de afrontamiento.

### Gráfico 3

*Seguimiento semanal de disminución del interés o placer.*

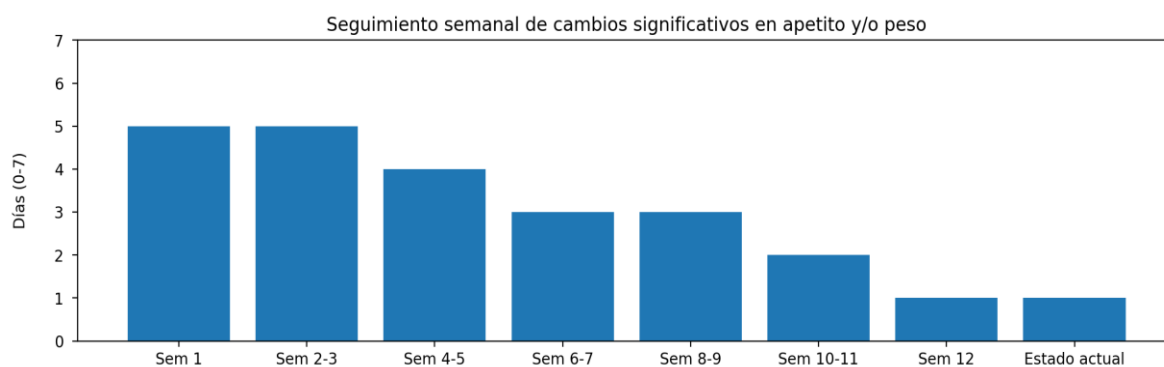


En el gráfico 3 se observa el seguimiento semanal de la disminución del interés o placer (anhedonia), medida en una escala de 0 a 7 días por semana, a lo largo del proceso de intervención. En la Semana 1, la paciente reportó disminución del interés o placer durante 6 días por semana, manteniéndose la misma frecuencia en las semanas 2 y 3, con 6 días. En las semanas 4 y 5, la frecuencia descendió a 5 días por semana, evidenciando una reducción inicial del síntoma. Posteriormente, en las semanas 6 y 7, la disminución del interés o placer se presentó en 4 días por semana. En las semanas 8 y 9, la frecuencia disminuyó a 3 días, mientras que en las semanas 10 y 11 se redujo a 2 días por semana. En la semana 12, la

paciente reportó disminución del interés o placer durante 1 día, manteniéndose esta frecuencia de 1 día por semana en el estado actual, lo que indica la presencia ocasional del síntoma. Por último, se observa una disminución progresiva de la anhedonia, pasando de 6 días por semana al inicio a 1 día por semana en el estado actual, lo que representa una reducción de 5 días en la frecuencia semanal del síntoma a lo largo del proceso de intervención. Esto implica que la paciente recupera gradualmente la capacidad de experimentar interés y placer, aumentando la probabilidad de involucrarse en actividades significativas.

#### Gráfico 4

*Seguimiento semanal de cambios significativos en apetito y/o peso.*

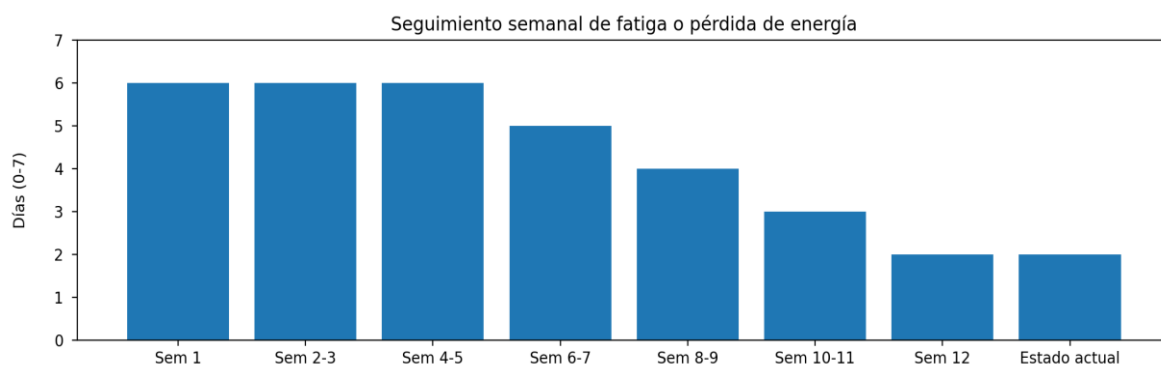


En el gráfico 4 se observa el seguimiento semanal de los cambios significativos en el apetito y/o peso, medidos en una escala de 0 a 7 días por semana, a lo largo del proceso de intervención. En la Semana 1, la paciente reportó cambios en el apetito y/o peso durante 5 días por semana, manteniéndose la misma frecuencia en las semanas 2 y 3, con 5 días. En las semanas 4 y 5, la frecuencia disminuyó a 4 días por semana, evidenciando una reducción inicial del síntoma. Posteriormente, en las semanas 6 y 7, los cambios en el apetito y/o peso se presentaron en 3 días por semana, manteniéndose esta misma frecuencia en las semanas 8 y 9, con 3 días. En las semanas 10 y 11, la frecuencia descendió a 2 días por semana. En la semana 12, la paciente reportó cambios en el apetito y/o peso durante 1 día, manteniéndose esta frecuencia de 1 día por semana en el estado actual, lo que indica la presencia leve y

ocasional del síntoma. Por último, se observa una disminución progresiva en la frecuencia de cambios significativos en el apetito y/o peso, pasando de 5 días por semana al inicio a 1 día por semana en el estado actual, lo que representa una reducción de 4 días en la frecuencia semanal del síntoma a lo largo del proceso de intervención. Esto sugiere una mayor estabilidad fisiológica y conductual, con menor impacto del malestar emocional sobre los patrones de alimentación.

## Gráfico 5

*Seguimiento semanal de fatiga o pérdida de energía.*

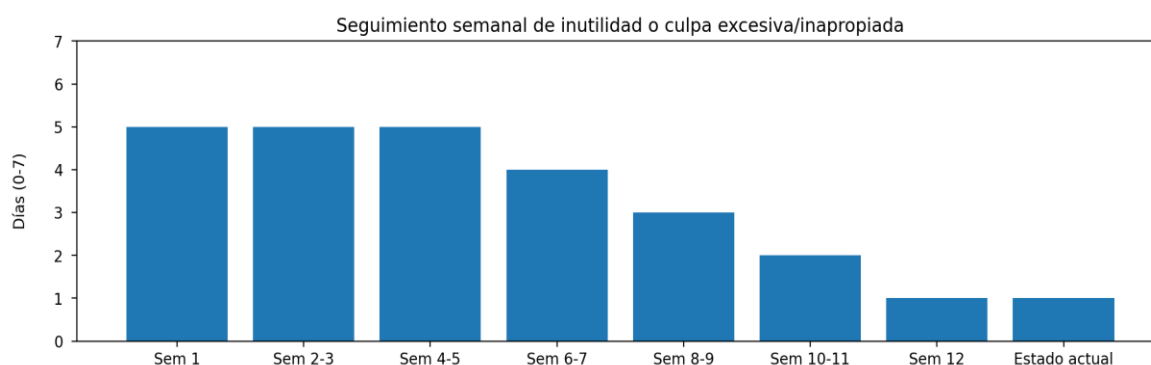


En el gráfico 5 se observa el seguimiento semanal de la fatiga o pérdida de energía, medida en una escala de 0 a 7 días por semana, a lo largo del proceso de intervención. En la Semana 1, la paciente reportó fatiga o pérdida de energía durante 6 días por semana, manteniéndose la misma frecuencia en las semanas 2 y 3, con 6 días, así como en las semanas 4 y 5, donde se mantiene en 6 días por semana. Posteriormente, en las semanas 6 y 7, la frecuencia descendió a 5 días por semana, mostrando una reducción inicial del síntoma. En las semanas 8 y 9, la fatiga se presentó en 4 días, mientras que en las semanas 10 y 11 disminuyó a 3 días por semana. En la semana 12, la paciente reportó fatiga durante 2 días, manteniéndose esta frecuencia de 2 días por semana en el estado actual, lo que indica la presencia ocasional del síntoma. Por último, se observa una disminución progresiva en la frecuencia semanal de la fatiga o pérdida de energía, pasando de 6 días por semana al inicio a 2 días por semana en el estado actual, lo que representa una reducción de 4 días en la

frecuencia semanal del síntoma a lo largo del proceso de intervención. Esto sugiere una mejoría gradual en la activación y el funcionamiento diario, con menor interferencia del cansancio en la rutina. No obstante, al mantenerse en 2 días por semana en el estado actual, el resultado es compatible con síntomas residuales leves.

## Gráfico 6

### *Seguimiento semanal de inutilidad o culpa excesiva/inapropiada*

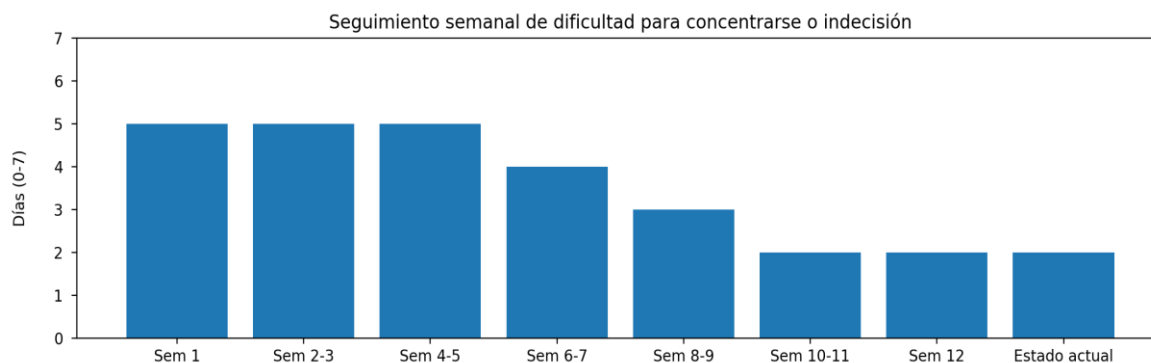


En el gráfico 6 se observa el seguimiento semanal de los sentimientos de inutilidad o culpa excesiva/inapropiada, medidos en una escala de 0 a 7 días por semana, a lo largo del proceso de intervención. En la Semana 1, la paciente reportó sentimientos de inutilidad o culpa durante 5 días por semana, manteniéndose esta misma frecuencia en las semanas 2 y 3, con 5 días, así como en las semanas 4 y 5, donde el síntoma continúa presentándose en 5 días por semana. Posteriormente, en las semanas 6 y 7, la frecuencia disminuyó a 4 días por semana, evidenciando una reducción inicial del síntoma. En las semanas 8 y 9, los sentimientos de inutilidad o culpa se presentaron en 3 días, mientras que en las semanas 10 y 11 descendieron a 2 días por semana. En la semana 12, la paciente reportó estos sentimientos durante 1 día, manteniéndose esta frecuencia de 1 día por semana en el estado actual, lo que indica la presencia ocasional del síntoma. Por último, se observa una disminución progresiva en la frecuencia semanal de los sentimientos de inutilidad o culpa excesiva/inapropiada, pasando de 5 días por semana al inicio a 1 día por semana en el estado actual, lo que representa una reducción de 4 días en la frecuencia semanal del síntoma a lo

largo del proceso de intervención. Esto sugiere una reducción del componente cognitivo autocrítico característico de la depresión.

### Gráfico 7

#### *Seguimiento semanal de dificultad para concentrarse o indecisión*



En el gráfico 7 se observa el seguimiento semanal de la dificultad para concentrarse o indecisión, medida en una escala de 0 a 7 días por semana, a lo largo del proceso de intervención. En la Semana 1, la paciente reportó dificultad para concentrarse o indecisión durante 5 días por semana, manteniéndose esta misma frecuencia en las semanas 2 y 3, con 5 días, así como en las semanas 4 y 5, donde el síntoma se mantuvo en 5 días por semana. Posteriormente, en las semanas 6 y 7, la frecuencia descendió a 4 días por semana, evidenciando una reducción inicial del síntoma. En las semanas 8 y 9, la dificultad para concentrarse o indecisión se presentó en 3 días por semana. En las semanas 10 y 11, la frecuencia disminuyó a 2 días por semana, manteniéndose en 2 días durante la semana 12 y en el estado actual, lo que indica la presencia leve y ocasional del síntoma. Por último, se observa una disminución progresiva en la frecuencia semanal de la dificultad para concentrarse o indecisión, pasando de 5 días por semana al inicio a 2 días por semana en el estado actual, lo que representa una reducción de 3 días en la frecuencia semanal del síntoma a lo largo del proceso de intervención. Esto sugiere sugiere una mejoría gradual en el funcionamiento cognitivo y en la capacidad de toma de decisiones. Sin embargo, al mantenerse en 2 días por semana en el estado actual, el hallazgo es compatible con síntomas

residuales leves, especialmente sensibles a estrés o fatiga, por lo que se recomienda continuar fortaleciendo estrategias de organización, pausas y regulación emocional para consolidar el cambio.

### **Discusión de resultados – Objetivo específico 3**

Se evidencia una reducción progresiva en la frecuencia de los síntomas depresivos monitoreados (escala de 0–7 días por semana) a lo largo de los bloques de sesiones y en el estado actual. En conjunto, se observa que los 7 síntomas evaluados disminuyen desde el inicio hasta el estado actual, con una reducción más marcada a partir del bloque intermedio del proceso, una consolidación hacia la semana 12 y una estabilización posterior. Este patrón sugiere que la intervención basada en DBT se asocia a un cambio desde una sintomatología frecuente y limitante hacia una presentación más intermitente y manejable, compatible con sintomatología residual leve. Lo que indicaría una mayor estabilidad del ánimo, mejor recuperación del descanso y retorno gradual del interés y a la vez delimita focos de mantenimiento para prevenir recaídas.

En comparación con otros estudios, estos hallazgos coinciden con investigaciones que han evaluado intervenciones basadas en DBT o terapias contextuales como Hatoum et al. (2024) dónde reportaron disminuciones clínicamente significativas en síntomas depresivos mediante RO-DBT, destacando mejoras en flexibilidad emocional y en la capacidad para expresar necesidades; de forma similar, Torbati et al. (2022) encontraron reducciones significativas en depresión y rumiación tras un entrenamiento sistemático en habilidades DBT dónde se usó mindfulness, regulación emocional y tolerancia al malestar. Asimismo, Liu et al. (2024) plantean, desde un protocolo de ensayo clínico, el potencial de una DBT individual adaptada para trastornos emocionales, incluyendo depresión, lo cual respalda la pertinencia de intervenir mediante habilidades estructuradas con práctica entre sesiones. Por último, el estudio de caso de Farro (2022) también evidencia cambios

clínicamente significativos cuando se integran estrategias estructuradas de afrontamiento y regulación, reforzando la relevancia de abordajes centrados en habilidades y seguimiento clínico en contextos universitarios de Lima.

En síntesis, el descenso sostenido en la frecuencia semanal de los síntomas y su estabilización actual en niveles leves e intermitentes respaldan el cumplimiento del objetivo general, evidenciando que la paciente reduce la sintomatología depresiva y fortalece su capacidad de afrontamiento mediante el uso de habilidades DBT, con impacto observable en su funcionamiento cotidiano y con bases para el mantenimiento del cambio terapéutico.

## CAPÍTULO V. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

### 5.1. Aspectos importantes que pudieron haberse realizado y no se llevaron a cabo

Durante el proceso de intervención psicológica se alcanzaron logros relevantes que contribuyeron al avance del caso y permitieron sostener el trabajo planificado. En primer lugar, se realizó una entrevista clínica semiestructurada, complementada con la revisión de los criterios diagnósticos correspondientes y la observación conductual durante la evaluación. lo que facilitó identificar conductas problema, factores de vulnerabilidad y eventos precipitantes en los contextos laboral y familiar. En segundo lugar, se implementó un plan de 12 sesiones en modalidad virtual con tareas entre sesiones, incorporando autorregistros de síntomas y de uso de habilidades, lo que permitió monitorear semanalmente indicadores vinculados a depresión. Asimismo, se entrenaron y practicaron habilidades DBT de manera progresiva con énfasis en su generalización a situaciones reales. Como resultado se observó una disminución progresiva de la rumiación y de la reactividad ante la crítica, mayor claridad para identificar emociones y necesidades, y un incremento en la frecuencia de uso de habilidades en situaciones estresantes, especialmente en el ámbito laboral. Finalmente, se consolidó una alianza de trabajo funcional, favoreciendo la adherencia al proceso, la asistencia regular y el cumplimiento de tareas terapéuticas.

Uno de los componentes más relevantes que no se logró implementar fue la aplicación de un instrumento estandarizado de depresión, como, por ejemplo, el Inventario de Depresión de Beck–II, previsto inicialmente para complementar la evaluación clínica y aportar una medición cuantitativa de la severidad y del cambio sintomático. Del mismo modo, hubiera sido pertinente prolongar el seguimiento posterior al cierre de sesiones, por ejemplo, con sesiones de refuerzo o controles espaciados, para observar con mayor claridad la estabilidad de los cambios y fortalecer la prevención de recaídas.

Finalmente, se considera que el proceso habría podido fortalecerse mediante la incorporación sistemática de instrumentos estandarizados adicionales, por ejemplo, medidas breves de ansiedad, así como a través de un registro más continuo de variables contextuales (como eventos críticos, apoyo social y carga laboral). Esto habría permitido una mejor triangulación de la información obtenida a partir de la entrevista clínica y los autorregistros.

## **5.2. Limitaciones de la intervención**

La principal limitación del proceso de intervención estuvo relacionada con el tiempo disponible, el cual condicionó tanto la duración del acompañamiento terapéutico como la posibilidad de aplicar instrumentos estandarizados como el BD-2. Otra limitación importante fue la imposibilidad de realizar registros más continuos y sistemáticos del estado emocional del paciente a lo largo del proceso, lo que habría permitido contar con un mayor control de la variabilidad sintomática. Asimismo, la intervención se desarrolló en un periodo acotado, lo cual restringió la posibilidad de evaluar los efectos del tratamiento a mediano o largo plazo. Estas limitaciones no invalidan los resultados obtenidos, pero sí deben ser consideradas al momento de interpretar los alcances de la intervención realizada.

## **5.3. Impacto a nivel profesional**

La experiencia clínica desarrollada tuvo un impacto significativo en mi formación profesional como psicólogo, al permitirme consolidar competencias vinculadas a la evaluación clínica y el diagnóstico presuntivo. El trabajo directo con un caso de trastorno depresivo mayor favoreció el fortalecimiento del juicio clínico y la capacidad para diferenciar cuadros con sintomatología similar, como la depresión y la distimia. Asimismo, esta experiencia contribuyó al desarrollo de una postura profesional reflexiva, reconociendo la importancia de adaptar el proceso terapéutico a las condiciones reales del contexto y a las posibilidades del paciente.

#### **5.4. Competencias profesionales desarrolladas en la atención del paciente**

Durante la atención del paciente se desarrollaron diversas competencias profesionales propias del ejercicio de la psicología clínica. Este apartado precisa las habilidades terapéuticas desplegadas por el terapeuta a lo largo del proceso, describiendo no solo cuáles fueron, sino cómo se aplicaron en el caso. Estas habilidades se ejercieron de manera articulada, combinando evaluación clínica, conducción estructurada de sesión, técnicas de validación y entrenamiento en habilidades DBT, con énfasis en su generalización a situaciones laborales y familiares.

##### **a) Encuadre y alianza terapéutica**

Desde las primeras sesiones se estableció un encuadre claro (objetivos, roles, frecuencia, tareas entre sesiones y límites de confidencialidad). Asimismo, se trabajó la alianza terapéutica mediante una actitud respetuosa y no juzgadora, facilitando que la paciente pudiera explorar experiencias de vergüenza, autocrítica y sensibilidad interpersonal sin incrementar la evitación.

##### **b) Escucha activa y validación emocional**

Se empleó escucha activa para comprender con precisión el malestar reportado y los significados atribuidos a los eventos. De forma complementaria, se aplicó validación emocional para disminuir la auto invalidación, diferenciando validar la emoción de justificar conductas desadaptativas. Esta intervención fue especialmente relevante en momentos de autocrítica laboral y conflictos familiares, reduciendo escaladas emocionales y favoreciendo un retorno más rápido a conductas orientadas a objetivos.

##### **c) Evaluación clínica integral**

Se realizó una evaluación clínica semiestructurada, integrando información de entrevista, observación clínica y contrastación con criterios DSM-5. Ello permitió sustentar

el diagnóstico principal, realizar diagnóstico diferencial y definir focos de intervención.

#### **d) Formulación del caso y análisis funcional**

Se aplicó análisis funcional para identificar antecedentes, respuestas internas (pensamientos/ emociones), conductas y consecuencias que mantenían el problema. Este trabajo permitió operacionalizar conductas problema y vincularlas con habilidades DBT específicas.

#### **e) Entrenamiento, modelado y práctica guiada de habilidades**

Las habilidades se enseñaron mediante demostración, práctica guiada con ejemplos reales y retroalimentación específica. Se utilizaron ensayos conductuales para habilidades interpersonales (DEAR MAN y límites), y se entrenó la secuencia paso a paso de habilidades de pausa (STOP) y habilidades cognitivas conductuales (chequeo de hechos). Entre sesiones, se asignaron tareas operativas para promover generalización, revisándose en la sesión siguiente para reforzar avances y corregir dificultades.

En conjunto, estas habilidades terapéuticas permitieron sostener un proceso estructurado y trazable, con evaluación continua, entrenamiento práctico y seguimiento de tareas, favoreciendo la transición de respuestas automáticas (rumiación, autocrítica, evitación o escalada interpersonal) hacia respuestas plan

### **5.5. Efectos y aportes al centro psicológico**

La intervención clínica realizada aportó al centro psicológico en la que se desarrolló la experiencia profesional, al contribuir al fortalecimiento de los procesos de atención psicológica y evaluación clínica de los usuarios. El abordaje del caso permitió generar un precedente en el análisis cuidadoso de los trastornos del estado de ánimo, resaltando la importancia del diagnóstico diferencial y del uso responsable de los instrumentos psicológicos. Así mismo, la experiencia aportó al centro una reflexión sobre los alcances y

limitaciones del trabajo clínico, destacando la necesidad de contar con tiempos adecuados para la evaluación y el seguimiento terapéutico. De este modo, el caso contribuyó indirectamente a la mejora de las prácticas clínicas institucionales, promoviendo una atención psicológica más rigurosa, ética y centrada en las necesidades del paciente.

## Conclusiones

1. Con relación al objetivo general, se concluye que la intervención basada en habilidades DBT permitió una disminución global y progresiva de la sintomatología depresiva en la paciente, evidenciada por la reducción sostenida en la frecuencia semanal de los síntomas evaluados y por la transición desde una presencia alta y persistente al inicio hacia una presencia leve y ocasional en el estado actual.
2. Con relación al objetivo específico 1, se concluye que la paciente incrementó el número de veces que utilizó habilidades DBT ante las conductas problema identificadas (CP1, CP2, CP3 y CP4), mostrando un repertorio más amplio y aplicable a contextos laborales e interpersonales. Este incremento se reflejó principalmente en el uso de mindfulness/respiración/observación de pensamientos, autovalidación, STOP/pausas, límites y habilidades de efectividad interpersonal, lo que favoreció respuestas más planificadas y menor reactividad.
3. Con relación al objetivo específico 2, se concluye que la paciente fortaleció un auto diálogo más funcional y regulador, pasando de narrativas internas autocríticas e invalidantes a formulaciones más realistas y compasivas. Esto facilitó el manejo de exigencias laborales (CP1) y la reducción del escalamiento en discusiones con la madre (CP4), al permitir mayor pausa antes de responder, validación emocional y establecimiento de límites con menor prolongación del malestar posterior.
4. De manera general, se concluye que la intervención DBT contribuyó a que la paciente desarrolle recursos psicológicos de regulación emocional, disminuyendo patrones asociados a la depresión como autocrítica, rumiación, impulsividad/evitación y reactividad interpersonal. En consecuencia, se observó una mejora en el funcionamiento cotidiano, con mayor capacidad para sostener conductas adaptativas

en situaciones de estrés, demandas laborales y tensiones familiares.

## Recomendaciones

1. Mantener y reforzar la práctica sistemática de habilidades DBT (mindfulness/respiración, STOP, autovalidación, chequeo de hechos, límites y DEAR MAN), priorizando su uso antes, durante y después de las situaciones problema, para consolidar la generalización de habilidades en contextos laborales e interpersonales.
2. Extender el seguimiento terapéutico con sesiones de consolidación orientadas a prevención de recaídas, debido a que, aunque la sintomatología disminuyó de forma progresiva, persisten síntomas residuales leves, los cuales pueden aumentar ante estrés o sobrecarga.
3. Implementar un plan de autocuidado estructurado (rutinas de sueño, pausas programadas, alimentación planificada e hidratación) asociado a “señales tempranas” de desregulación, para disminuir la vulnerabilidad emocional y prevenir conductas impulsivas (p. ej., consumo automático de dulces como alivio inmediato).
4. Reforzar habilidades de efectividad interpersonal y límites en interacciones críticas (especialmente en el vínculo materno), ensayando respuestas breves, repetición de límites y estrategias de cierre/pausa cuando el intercambio se intensifique, a fin de reducir el escalamiento y promover una recuperación emocional más rápida.
5. Sugerir el uso continuo de autorregistros breves (por ejemplo, registro semanal de situaciones problema + habilidad utilizada + resultado), para monitorear avances, detectar retrocesos tempranos y mantener la motivación al evidenciar el progreso logrado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arocutipa Patricio, E. (2022). Factores asociados a la depresión en adultos de una institución de salud en Lima Metropolitana. (Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión).

American Psychological Association. (2018). Counseling in APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/counseling>

American Psychological Association. (2023). Counseling psychology. <https://www.apa.org/education-career/guide/subfields/counseling>

Barth, J., Munder, T., & Gerger, H. (2023). Comparative effectiveness of psychological treatments for depression: A meta-analysis *Clinical Psychology Review*, 102, 102215.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*.

Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.

British Association for Counselling and Psychotherapy. (2022). Introduction to counselling and psychotherapy. <https://www.bacp.co.uk/media/15699/bacp-introduction-counselling-and-psychotherapy-client-information-sheet-july-22.pdf>

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2020). *Cognitive theory and therapy of depression*. Guilford Press.

Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression *Journal of Affective Disorders*, 149(3), 424–432.

Dimidjian, S. (2006). *Behavioral activation for depression*.

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in major depression *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 658–670.

Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression *Nature Reviews Neuroscience*, 467–477.

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P., & Geller, P. A. (2012). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression *Behavior Modification*, 749–776.

Gross, J. J. (2015). *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). Guilford Press.

Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobs, C., & Auerbach, R. P. (2021). *[Completar: referencia exacta según el artículo que citaste como “Harley et al., 2021”]*.

Hofmann, S. G., Curtiss, J., & McNally, R. J. (2022). A review of cognitive-behavioral therapy for depression: Current state of the science *Annual Review of Clinical Psychology*, 1–28.

Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression *Clinical Psychological Science*, 402–421.

Joormann, J., & Stanton, C. H. (2021). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 141, 103906.

Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1977). *Interpersonal psychotherapy*.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*.

Linehan, M. M. (2021). *DBT skills training manual*. Guilford Press.

Linehan, M. M. (2020). Manual de entrenamiento en habilidades DBT para el/la consultante (2.ª ed.). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).

Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2012). Interpersonal psychotherapy for depression. Oxford University Press.

Monasterio Ontaneda, M. A. (2019). Manifestaciones de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de un centro de orientación psicológica de Lima Metropolitana. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Depression in adults: Treatment and management.

National Health Service. (2025). Counselling. <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/counselling/>

NHS England. (2025). NHS, Talking Therapies for anxiety and depression: What does it involve. <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/>

Neacsiu, A. D. (2014). DBT skills and emotion dysregulation.

Neacsiu, A. D., Fang, C. M., Rodriguez, M., & Rosenthal, M. Z. (2022). Dialectical behavior therapy for emotional suffering: Updates and future directions *Current Opinion in Psychology*, 101–108.

Nestler, E. J. (2002). Neurobiology of depression *Journal of Neuroscience*.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford Press.

Ubaldo Farro, D. (2022). Depresión, regulación emocional y funcionamiento académico en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. (Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas).

Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2017). *The guide to interpersonal psychotherapy: IPT principles and techniques*. Oxford University Press.

Weissman, M., Markowitz, J., & Klerman, G. (2007). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Modelo de Consentimiento Informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA PSICOLÓGICA

Centro/Institución: \_\_\_\_\_

Profesional responsable: \_\_\_\_\_

Encargado Responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Código del caso: \_\_\_\_\_

#### 1. Identificación del/la participante

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI/Documento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

#### 2. Propósito del servicio

He sido informado/a de que recibiré un servicio de ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA PSICOLÓGICA, cuyo propósito es brindar apoyo, psicoeducación y estrategias de afrontamiento para mejorar el bienestar emocional y el funcionamiento cotidiano. Se me ha explicado que este servicio NO sustituye una atención médica ni un tratamiento psiquiátrico, y que, de ser necesario, se recomendará derivación a otros profesionales.

#### 3. Procedimiento

Se me ha informado que las sesiones tendrán una duración aproximada de 60 minutos, con una frecuencia de 1 día semanal y que el número total de sesiones puede variar según la evolución del caso. Durante el proceso pueden emplearse entrevistas, observación clínica y, cuando corresponda, instrumentos psicológicos de evaluación.

#### **4. Beneficios esperados y posibles limitaciones**

Comprendo que este proceso busca favorecer el aprendizaje de estrategias y habilidades psicológicas. Entiendo que pueden surgir emociones difíciles al abordar temas personales. Se me indicó que puedo pausar o detener la sesión si me siento incómodo/a, y que puedo plantear dudas en cualquier momento.

#### **5. Voluntariedad y derecho a retirar consentimiento**

Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin recibir sanción ni perjuicio. Asimismo, puedo solicitar aclaraciones sobre el proceso cuando lo requiera.

#### **6. Confirmación de lectura y aceptación**

Declaro que he leído (o se me ha leído) el presente consentimiento informado, que se me explicó su contenido en un lenguaje claro, que mis dudas fueron respondidas, y que acepto participar en el proceso descrito.

Firma del/la participante: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma del/la profesional responsable: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2: AUTORREGISTRO (14 DÍAS) – APLICACIÓN DE HABILIDADES Y ESTADO EMOCIONAL

### Códigos de habilidades (ejemplo):

MR = Mindfulness respiración | G54321 = Grounding 5-4-3-2-1 | STOP = STOP | CH = Chequeo de hechos | MS = Mente sabia | DM = DEAR MAN | AV = Autovalidación | AO = Acción opuesta | AR = Aceptación radical | LI = Límites

### SEMANA 1 (Días 1–7)

Día	Fecha	Situación / desencadenante (hechos)	Pensamiento clave	Emoción principal (0–10)	Habilidad(es) aplicada(s) (código + qué hice)	Efectividad (0–10) / ¿qué cambió?	Autocuidado (sueño/alimentación/actividad) + notas
1	18/12	Mi jefa me pidió cambios de últimos momentos antes de retirarme con respecto a unos reportes, yo tenía mucha prisa por lo que trate de avanzar lo más rápido.	“Voy a hacer lo más rápido y de manera correcta para no tener que renegar con ella ni con mis compañeros”	Ansiedad 3/10	MR: Tomé una pausa de 1 min, luego realicé 10 respiraciones para calmar ante una posible respuesta.	8/10; respondí con tono calmada.	Sueño 7h; comí regular; caminata 15 min.
2	19/12	En el trabajo recibí un comentario de mi compañera de trabajo dónde me decía: “Tú siempre quieres arreglar el mal trabajo de tus subordinados”	“Puede que no confíe mucho en mis subordinados pero siento que es necesario para no andar atrasado con otros trabajos”	Tristeza 2/10	Autovalidación: Me validé diciendo que puede que no sea la mejor líder, pero trato de mejorar en el camino.	8/10: No pensé muchas cosas y terminé lo prioritario.	Sueño 7h; merienda saludable; estiramientos 10 min.

3	20/ 12	Después de una reunión con un cliente que estaba muy intenso sentí un impulso de comer dulce en la tarde por estrés, sin embargo, opté por un yogurt griego.	“Lo necesito para calmar me, pero debo pensar en mi salud para mí como para mi familia”	Ansiedad 2/10	MR: Use una respiración de 1 minuto para pensar si realmente necesito ese dulce o no.	9/10: impulso bajó; no consumí dulce.	Sueño 7h; buena hidratación; pausa activa.
4	21/ 12	Recibí una llamada de mi madre haciéndome un comentario crítico sobre la ropa que usé ese día para la oficina por lo que opté no hacerle caso y le colgué.	“Mi madre casi siempre me critica o inválidos lo que siento, pero solo son comentarios que no haré caso”	Irritabilidad 3/10	DM: Expresé un límite breve y cerré la conversación con respeto.	8/10: no discutí con mi madre y evité sentirme mal en todo momento.	Sueño 7h; cena ligera; respiración 5 min.

5	22/12	Mi mamá me llamó en la noche y empezó a reclamar me por cosas de la casa con tono elevado, diciendo que “nunca apoyo”.	“Va a terminar en pelea”; “si respondo, empeora”; “no me entiende”.	Ansiedad 3/10	STOP: Me detuve luego no contesté impulsivamente para evitar problemas.  Respiración: Realicé una respiración de 2 minutos.	8/10: no seguí la discusión y bajé los niveles de ansiedad que sentía a comparación de antes	Me preparé una infusión, me duché y me fui a dormir 30 min antes, además evité revisar el celular.
6	23/12	Por la mañana mi madre me dijo que “exagero” cuando me notó cansada y minimiza mi malestar.	“Nunca me entiende”; “no vale la pena explicar”. “Mejor no le respondo para evitar peleas”	Tristeza 3/10	Autovalidación:  Use una frase breve: “Estoy cansada, necesito tratarme con respeto”.	8/10: mantuve una conversación corta para luego retirarme del lugar.	Cena ligera + rutina de sueño (sin pantalla 20 min). Por último, elegí no discutir “quién tiene la razón”.
7	24/12	Mi mamá criticó mi forma de organizar la casa y me pidió hacer varias cosas al mismo tiempo por lo que mejor evite seguir la conversación.	“Si no hago todo, se molestará”; “Mejor dejo que siga diciendo las cosas para que ella sola reniegue”	Ansiedad 3/10	Mente sabia: prioricé una tarea a la vez sabiendo que tengo responsabilidades en casa e ignoré lo que decía mi madre.	8/10: menos saturación con las cosas a realizar además que mi ansiedad bajó	Pausa con agua + snack. Nota: funcionó decirlo breve y sin justificar.

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

### SEMANA 2 (Días 8–14)

Día	Fecha	Situación / desencadenante (hechos)	Pensamiento clave	Emoción principal (0–10)	Habilidad(es) aplicada(s) (código + qué hice)	Efectividad (0–10) / ¿qué cambió?	Autocuidado (sueño/alimentación/actividad) + notas
8	26/12	En el trabajo un compañero hizo un comentario diciéndome: “siempre quieres que todo sea perfecto”. El cuál opte en no hacerle caso ni tomarlo personal.	“No me están atacando”; “Sólo es un comentario y no debo tomarlo personal”.	Irritabilidad 2/10.	STOP: Le respondí, pero con tono bajo para evitar discusiones innecesarias.	8/10: no escalé a discusión además que me sentí más aliviada.	Cena ligera además de una rutina de sueño de 8h.

9	27/12	En una reunión de trabajo, mi jefa corrigió un reporte en público, frente a mis compañeros por lo que sentí que no era necesario, sin embargo, no lo tome personal como antes.	“Son solo comentarios, no debo tomarlo personal sino como una retroalimentación”	Ansiedad 4/10.	<p>STOP: Pausé antes de una posible respuesta por lo que a las finales no le respondí.</p> <p>CH (chequeo de hechos): Identifiqué la situación “me corrigió” ≠ “soy incapaz”, por lo que entendí que no soy eso.</p>	8/10: bajó la ansiedad y no le respondí como tal	Sueño 7h; hidratación; pausa 5 min al terminar la reunión.
10	28/12	Recibí un correo antes de salir de un cliente marcando “urgente” por un detalle mínimo de un contrato que mandé hacer a un subordinado mío.	“Es un detalle mínimo por lo que tendré que darle una solución rápida para poder retirarme”.	Ansiedad 4/10	<p>Mindfulness de pensamientos:</p> <p>“Estoy teniendo el pensamiento de que todo saldrá bien y está todo bajo control”.</p>	9/10: mantuve la calma todo el tiempo.	Sueño 7h; almuerzo completo; caminata 15 min.

1 1	29/ 12	En la tarde mi mamá hizo un comentario descalificador por WhatsApp: “nunca haces nada bien”, por lo que sí me puso triste pero no le hice mucho caso.	“No vale la pena responderle el mensaje, ni acá ni por persona”	Tristeza 3/10	AV (autovalidación): “Tiene sentido que duela, pero tampoco voy a dejar que me afecte totalmente”	8/10: evite ponerse muy triste, por otro lado, evite responder por los mensajes.	Cena ligera; respiración 3 min; sin redes 20 min.
1 2	30/ 01	En casa, mi mamá intentó iniciar una discusión por un tema del pasado levantando la voz por lo que mejor opté por retirarme de la sala para evitar responderle.	“Si me quedo va a explotar por lo que me va a decir cosas hirientes así que mejor me retiro”	Ansiedad 4/10.	Límite: Opté por no hablar en ese momento por lo que mejor lo retomo para mañana y me fui a mi cuarto 10 minutos después.	8/10: no grité y me retiré en el momento.	Sueño 8 h; comida casera; caminata 25 min.

1 3	31/ 01	En la noche me di cuenta de que mi mamá revisó mis cosas sin avisar y luego me criticó por mi “desorden”.	“No respeta mi espacio por lo que sí reclamo se va a enojar más”.	Irritabilidad 5/10	DEAR MAN:  Le comenté que no quiero que revises mis cosas, si necesita algo que me pregunte, por lo que si vuelve a pasar guardaré mis cosas bajo llave”.	8/10: le comenté muchas cosas sin rabia ni tanta cólera.	Caminata 15–20 min; hidratación; escribí 3 líneas de registro.
1 4	02/ 01	En la noche, mamá hizo comentarios comparándola con otra persona (“mira cómo ella sí puede”) y empezó a enumerar todo lo que hago mal mientras cenábamos.	“Son solo comentarios sin sentido ya que sé que por lo que mejor será no hacerle caso”	tristeza 4/10.	Límite breve: No voy a seguir conversando si hay comparaciones o insultos, por lo que, si quiere hablar, que sea de un tema concreto tiene que ser con respeto”.	8/10: no me quebré ni entré a discutir con ella.	Cena ligera; respiración 5m; luego pude dormir con tranquilidad (7h)

## ANEXO 3: Guía de entrevista inicial

### Datos de identificación

- Código del caso: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- Ocupación: \_\_\_\_\_

### 1. Motivo de consulta

- 1) ¿Qué te trae a consulta en este momento?
- 2) ¿Qué es lo que más te preocupa de lo que estás viviendo?
- 3) ¿Qué esperas lograr con el proceso?

### 2. Historia

- 1) ¿Desde cuándo te sientes así? ¿Qué pasó alrededor de esa época?
- 2) ¿Cómo ha ido cambiando con el tiempo (mejora/empeora/variable)?
- 3) ¿En qué momentos del día/semana suele intensificarse?
- 4) ¿Qué situaciones lo activan o lo empeoran?

### 3. Síntomas y manifestaciones

- 1) En las últimas semanas, ¿cómo ha estado tu estado de ánimo la mayor parte del tiempo?
- 2) ¿Has notado pérdida de interés o placer por cosas que antes disfrutabas?
- 3) ¿Cómo han estado tu energía y motivación?
- 4) ¿Cómo ha estado tu sueño (insomnio/hipersomnia) y apetito/peso?
- 5) ¿Te cuesta concentrarte o tomar decisiones?
- 6) ¿Aparecen sentimientos de culpa, desesperanza o autocrítica intensa?
- 7) ¿Has notado irritabilidad, llanto fácil o sensación de vacío?

#### **4. Funcionamiento actual**

- 1) ¿Cómo estás funcionando en estudios/trabajo?
- 2) ¿Cómo está tu rutina diaria (higiene, alimentación, actividades)?
- 3) ¿Cómo están tus relaciones (familia, pareja, amistades)?
- 4) ¿Qué actividades haces hoy para cuidarte o distraerte?

#### **5. Evaluación de riesgo y seguridad**

- 1) ¿En algún momento has pensado que la vida no vale la pena o que quisieras no estar?
- 2) ¿Has tenido ideas de hacerte daño?
- 3) ¿Has pensado en un plan? ¿Tienes medios disponibles?
- 4) ¿Has tenido intentos previos? ¿Cuándo? ¿Qué pasó?

#### **6. Antecedentes personales y familiares relevantes**

- 1) Antecedentes de salud mental (diagnósticos previos, tratamientos, medicación): \_\_\_\_\_
- 2) Consumo de alcohol/sustancias: \_\_\_\_\_
- 3) Enfermedades médicas relevantes: \_\_\_\_\_
- 4) Historia familiar de depresión, ansiedad u otros: \_\_\_\_\_

#### **7. Objetivos iniciales y acuerdos**

- 1) Objetivo principal del proceso (en palabras del paciente): \_\_\_\_\_
- 2) Objetivos terapéuticos iniciales (1-3): \_\_\_\_\_
- 3) Acuerdos de trabajo: frecuencia, confidencialidad, tareas: \_\_\_\_\_



## ANEXO 5: SESIÓN 2

Ficha DBT de Mindfulness (Observar – Describir – Participar)

Habilidad	Registro breve
OBSERVAR	<input type="checkbox"/> ¿Qué estoy notando ahora? - Sensación corporal: _____ - Sonido/imagen/otro: _____ - Pensamiento (solo notar): _____
DESCRIBIR	<input type="checkbox"/> Pongo palabras sin juicio (hechos/experiencia): “Estoy notando _____” “Mi cuerpo se siente _____” Emoción (0–10): ____
PARTICIPAR	<input type="checkbox"/> Me involucro por completo en la tarea elegida: Tarea/actividad: _____ ¿Qué haré en los próximos 5 minutos?: _____

## ANEXO 6: SESIÓN 3

### Guía DEAR MAN

Redactar tu guión como si lo fueras a decir. Mantén frases cortas y respetuosas. Si te ayuda, escribe primero en 'borrador' y luego pásalo a limpio.

D – Describe (Describe la situación con hechos):	
E – Express (Expresa cómo te sientes / impacto):	
A – Assert (Pide claramente lo que necesitas / marca límite):	
R – Reinforce (Explica beneficios o por qué ayuda):	
M – Mindful (Mantente en el punto; frase ancla si te desvían):	
A – Appear confident (Señales: tono, postura, ritmo):	<input type="checkbox"/> Voz clara <input type="checkbox"/> Postura erguida <input type="checkbox"/> Pausas <input type="checkbox"/> Mirada (si aplica)
N – Negotiate (Alternativas / opciones):	
Frase final (resumen corto):	
Plan si la otra persona no acepta (límite / siguiente paso):	

## ANEXO 7: SESIÓN 4

### Ficha de autovalidación

Enfocarse en validar emoción, contexto y necesidad.

Fecha / hora	
Situación (¿qué pasó?)	
Pensamiento autocrítico (frase exacta)	
Emoción(es) y nivel (0-10)	
Validación (¿por qué tiene sentido que me sienta así?)	
Necesidad (¿qué necesito ahora?)	
Respuesta amable y realista (guion breve)	



## ANEXO 9: SESIÓN 5

Diferenciar hechos de interpretaciones y reducir reactividad emocional

### 1) Formato de Chequeo de Hechos (DBT)

- Elegir una situación reciente que haya activado malestar.
- Describir el evento solo con hechos observables.
- Registrar pensamiento/interpretación y emoción.
- Redactar una interpretación alternativa más balanceada y definir una acción efectiva.

Situación / Evento (hechos observables):	
Interpretación / Pensamiento automático:	
Emoción principal + intensidad (0–100):	
Impulso / Conducta (¿qué tuve ganas de hacer? / ¿qué hice?):	
Interpretación alternativa (más balanceada):	
Emoción luego del chequeo + intensidad (0–100):	





## ANEXO 12: SESIÓN 7

### Mente sabia

#### 1. Ficha DBT: Mente sabia

Ayudar a la paciente a identificar y usar un estado mental equilibrado para manejar la ansiedad y tomar decisiones más reguladas.

Se explica que existen tres estados mentales:

- Mente emocional: responde principalmente desde la emoción (impulso, urgencia, reactividad).
- Mente racional: responde desde la lógica/datos (análisis, planificación), con riesgo de desconectarse de necesidades emocionales.
- Mente sabia: integra emoción + razón; permite una respuesta más efectiva y alineada a valores.

#### Ejercicio guiado: Respirar y preguntar: ¿qué sería lo más sabio aquí?

1. Preparación; Postura cómoda, pies en el suelo, manos relajadas. Se acuerda una señal para pausar si aumenta el malestar.
2. Ancla en la respiración: Contar 10 respiraciones (1 a 10) y reiniciar si aparece distracción, volviendo sin juicio.
3. Localizar la emoción: Identificar dónde se siente la ansiedad en el cuerpo (pecho, garganta, estómago) y nombrarla (p. ej., “ansiedad”).
4. Pregunta clave: Con cada exhalación, formular mentalmente: “¿Qué sería lo más sabio aquí?”. Esperar una respuesta breve (palabra/frase).
5. Cierre: elegir un “paso pequeño” coherente con mente sabia (acción concreta, realista, verificable).

#### Tarea: “Diario de mente sabia” (2 situaciones)

Registrar durante la semana dos momentos de ansiedad: identificar mente emocional/racional y redactar una respuesta desde mente sabia.

Fecha / hora	Situación (hechos)	Mente emocional (pensamiento/impulso)	Mente racional (análisis)	Mente sabia (respuesta equilibrada)	Paso pequeño (qué haré)

## ANEXO 13: SESIÓN 8

### Procesar el dolor emocional sin evitación ni impulsividad (STOP)

#### 1) Guía breve de la habilidad STOP (DBT)

- S – Stop (Detente): Pausa. No respondas de inmediato (no hablar, no escribir, no actuar).
- T – Toma distancia: Da un paso atrás (físico o mental). Respira 2–3 veces. Si es posible, cambia de ambiente por 30–60 segundos.
- O – Observa: Nota (a) qué pasó (hechos), (b) qué estás pensando, (c) qué sientes en el cuerpo, (d) el impulso (gritar, discutir, comer, evitar, etc.).
- P – Procede con mente sabia: Elige una acción pequeña y efectiva que te acerque a tu objetivo/valor (no a tu impulso).
- Regla práctica: STOP antes de hablar. Si es necesario, pide tiempo: “Necesito 5 minutos para calmarme y continúo luego”.

#### 2) Registro breve de práctica STOP (1 situación reciente)

Situación (hechos):	
Emoción principal (0–10):	
Sensaciones corporales:	
Impulso (qué quería hacer):	
Aplicación STOP (¿qué hice en S, T, O, P?):	
Acción efectiva elegida (mente sabia):	

#### 3) Tarjeta recordatoria

STOP
S: Me detengo. No actúo en automático.
T: Tomo distancia y respiro (2–3 respiraciones lentas).
O: Observo hechos + emoción + cuerpo + impulso.
P: Procedo con mente sabia: 1 acción pequeña y efectiva.



## ANEXO 15: SESIÓN 10

### Límites interpersonales y preparación para interacciones familiares

#### A. Identificación de desencadenantes familiares y señales tempranas de activación

Elegir 1–2 situaciones familiares recientes o probables y completar el formato. Marcar o mencionar señales tempranas que indiquen aumento de activación.

Situación / Desencadenante	Detalle (qué pasó / qué se dijo / contexto)
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

#### B. Ensayo de límites (redacción + plan si ocurre)

Redactar 1–2 límites concretos. Incluye qué aceptas, qué no aceptas y qué harás si ocurre. Mantén frases cortas, en primera persona y con tono respetuoso.

Límite	Redacción y plan
Límite 1	Acepto: _____ No acepto: _____ Si ocurre: (pauso/STOP + frase + retiro/solicito espacio):
Límite 2	Acepto: _____ No acepto: _____ Si ocurre: (pauso/STOP + frase + retiro/solicito espacio):



## ANEXO 17: SESIÓN 12

Mejorar la comunicación asertiva en conflictos interpersonales (DBT - Efectividad interpersonal)

### 1. Guía DEAR MAN

Usar esta guía para preparar un guión antes de una conversación difícil o para reconstruir una interacción reciente. Completar cada paso con frases concretas, observables y en primera persona.

Paso	Qué hacer	Mi guion (escriba aquí)
D - Describir	Describa solo hechos observables (sin interpretaciones). Incluya: quién, qué, cuándo, dónde.	
E - Expresar	Diga cómo se siente y por qué, en 1–2 frases (emoción + necesidad).	
A - Acertar	Pida o diga claramente lo que necesita. Use una petición específica y realista.	
R - Reforzar	Explique beneficios o por qué es importante (para la relación, el trabajo, el acuerdo).	
M - Mindfulness	Mantenga el foco. Repita el punto clave si se desvía la conversación. Evite discutir detalles no esenciales.	
A - Aparecer confiada	Use postura y tono firme y calmado. Hable lento. Pausas breves. Contacto visual si es posible.	
N - Negociar	Proponga 1–2 alternativas (Plan A / Plan B). Pregunte: “¿Qué alternativa te funcionaría?”.	

### 2. Hoja de mensajes asertivos

Usar esta plantilla para practicar una comunicación clara y respetuosa. Complete y luego lea en voz alta 2 veces.

Elemento	Mi mensaje
Situación (hecho):	
Emoción (1 palabra):	
Impacto (qué pasó en mí):	
Necesidad / valor:	
Pedido concreto:	
Límite / consecuencia respetuosa (si aplica):	

Ejemplos de inicio:

- Cuando ocurre \_\_\_\_\_, me siento \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_. Necesito \_\_\_\_\_. Te pido \_\_\_\_\_.
- Me siento \_\_\_\_\_ y me gustaría \_\_\_\_\_. Para mí es importante \_\_\_\_\_. ¿Podemos acordar \_\_\_\_\_?

- Entiendo tu punto. Al mismo tiempo, para mí es necesario \_\_\_\_\_. Propongo \_\_\_\_\_.

### 3. Registro de práctica (Tarea)

Completar al finalizar la práctica (en sesión o como tarea).

Fecha:	
Situación / contexto:	
Objetivo interpersonal (qué quiero lograr):	
Mi guion final (resumen de 3–5 líneas):	
Resultado (qué pasó):	
Emoción antes / durante / después (0–10):	
Qué funcionó / qué no funcionó:	
Ajuste para la próxima vez (1 cambio concreto):	

## ANEXO 18

### Lista de cotejo PRE – Sesión 1

Criterios DSM-5 (Síntomas)	Sí	No
1. Estado de ánimo depresivo.	X	
2. Disminución del interés o placer.	X	
3. Cambios significativos en el apetito y/o peso.	X	
4. Alteraciones del sueño.		X
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.		X
6. Fatiga o pérdida de energía.	X	
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva/inapropiada.	X	
8. Disminución de la capacidad para pensar/concentrarse o indecisión.	X	
9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.		X

### Lista de cotejo POST – Sesión 12

Criterios DSM-5 (Síntomas)	Sí	No
1. Estado de ánimo depresivo.		X
2. Disminución del interés o placer.		X
3. Cambios significativos en el apetito y/o peso.		X
4. Alteraciones del sueño.		X
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.		X
6. Fatiga o pérdida de energía.	X	
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva/inapropiada.		X
8. Disminución de la capacidad para pensar/concentrarse o indecisión.		X
9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.		X