



## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL CASO DE UNA MUJER

JOVEN CON DEPRESIÓN

**Línea de investigación:**  
**Salud mental**

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad

Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

**Autora**

Ortiz Zelada, Kelly Roxana

**Asesor**

Campana Cruzado, Frey Antonio

ORCID: 0000-0003-2828-4554

**Jurado**

Aguirre Morales, Marivel Teresa

Córdova Gonzales, Luis Alberto

Cirilo Acero, Ingrid Belú

**Lima - Perú**

**2025**



# INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL CASO DE UNA MUJER JOVEN CON DEPRESIÓN

---

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

---

1	<b>repositorio.unfv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>9%</b>
2	<b>es.scribd.com</b> Fuente de Internet	<b>1 %</b>
3	<b>www.dspace.uce.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>1 %</b>
4	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>1 %</b>
5	<b>vsip.info</b> Fuente de Internet	<b>1 %</b>
6	<b>cybertesis.unmsm.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1 %</b>
7	<b>renati.sunedu.gob.pe</b> Fuente de Internet	<b>1 %</b>
8	<b>repositorio.udc.cl</b> Fuente de Internet	<b>1 %</b>
9	<b>repositorio.autonomadeica.edu.pe</b> Fuente de Internet	

---



## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

### **INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL CASO DE UNA MUJER JOVEN CON DEPRESIÓN**

**Línea de investigación:**

Salud Mental

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

**Autora:**

Ortiz Zelada, Kelly Roxana

**Asesor:**

Campana Cruzado, Frey Antonio  
ORCID: 0000-0003-2828-4554

**Jurado:**

Aguirre Morales, Marivel Teresa  
Córdova Gonzales, Luis Alberto  
Cirilo Acero, Ingrid Belú

Lima - Perú

2025

## Pensamiento

“Si nuestro pensamiento es sencillo y claro, estamos mejor equipados para alcanzar nuestras metas”.

*Aaron Beck*

**Dedicatoria**

A mis padres por brindarme su apoyo, confianza y amor incondicional, a mi hijo por su amor, paciencia y compañía para culminar esta meta.

### **Agradecimientos**

A mis padres por ser mi gran ejemplo, por su apoyo y enseñanzas. Gracias por todo.

A mis docentes de la Facultad de Psicología por compartir sus conocimientos.

## INDICE

Resumen.....	XI
Abstract.....	XII
I. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Descripción del Problema .....	3
1.2. Antecedentes .....	4
<i>1.2.1. Antecedentes nacionales .....</i>	<i>4</i>
<i>1.2.2. Antecedentes Internacionales .....</i>	<i>7</i>
<i>1.2.3. Fundamentación Teórica .....</i>	<i>10</i>
1.3. Objetivos .....	18
<i>1.3.1. Objetivo General.....</i>	<i>18</i>
<i>1.3.2. Objetivos Específicos .....</i>	<i>18</i>
1.4. Justificación .....	19
1.5. Impactos esperados del trabajo académico .....	20
II. METODOLOGIA .....	22
2.1. Tipo y Diseño de Investigación .....	22
2.2. Ámbito temporal y espacial .....	22
2.3. Variables de Investigación .....	23
<i>2.3.1. Variable Independiente .....</i>	<i>23</i>
<i>2.3.2. Variable Dependiente .....</i>	<i>23</i>
2.4. Participante / Sujeto .....	23
2.5. Técnicas e Instrumentos.....	24
<i>2.5.1. Técnicas .....</i>	<i>24</i>
<i>2.5.2. Instrumentos: .....</i>	<i>29</i>
<i>2.5.3. Evaluación Psicológica.....</i>	<i>37</i>

<i>2.5.4. Evaluación Psicométrica .....</i>	59
<i>2.5.5. Informe psicológico integrador .....</i>	64
2.6. Intervención .....	67
<i>2.6.1. Plan de Intervención y Calendarización Cognitivo Conductual .....</i>	67
<i>2.6.2. Sesiones del programa de Intervención .....</i>	70
2.7. Procedimiento .....	89
2.8. Consideraciones Éticas .....	89
III. RESULTADOS.....	90
3.1. Análisis de Resultados .....	90
<i>3.1.1. Línea de Tratamiento .....</i>	91
3.2. Discusión de Resultados .....	99
3.3. Seguimiento .....	103
IV. CONCLUSIONES.....	106
V. RECOMENDACIONES.....	107
VI. REFERENCIAS .....	108
VII. ANEXOS.....	114

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Puntajes de los niveles del inventario de depresión de Beck II.....</i>	30
Tabla 2 <i>Puntajes de los niveles del Inventario de Autoestima.....</i>	34
Tabla 3 <i>Puntajes para la obtención de los pensamientos Automáticos de Beck .....</i>	35
Tabla 4 <i>Puntajes Efecto Emocional de los pensamientos Automáticos de Beck .....</i>	36
Tabla 5 <i>Diagnóstico funcional de la conducta .....</i>	46
Tabla 6 <i>Ánálisis funcional de la conducta .....</i>	47
Tabla 7 <i>Conductas adaptativas / Desadaptativas.....</i>	49
Tabla 8 <i>Línea Base.....</i>	49
Tabla 9 <i>Registro de frecuencia de pensamientos de la usuaria, línea base .....</i>	51
Tabla 10 <i>Registro semanal de frecuencia e intensidad (1 – 10) de emociones de la usuaria, línea base .....</i>	52
Tabla 11 <i>Registro semanal de frecuencia y duración de conductas problema, línea base .....</i>	54
Tabla 12 <i>Línea base de frecuencia e intensidad (1 – 10) de las respuestas fisiológicas .....</i>	56
Tabla 13 <i>Criterios según el DSM V para Depresión Moderada .....</i>	58
Tabla 14 <i>Resultados del Inventario de autoestima de Stanley Coopersmith versión adultos.</i>	63
Tabla 15 <i>Cronograma de Sesiones .....</i>	67
Tabla 16 <i>Sesión 01,02 y 03 de la fase de inicio del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....</i>	71
Tabla 17 <i>Sesión 04 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....</i>	72
Tabla 18 <i>Sesión 05 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....</i>	73
Tabla 19 <i>Sesión 06 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....</i>	74
Tabla 20 <i>Sesión 07 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....</i>	75
Tabla 21 <i>Sesión 08 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....</i>	76
Tabla 22 <i>Sesión 09 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....</i>	77

Tabla 23 Sesión 10 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....	78
Tabla 24 Sesión 11 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....	79
Tabla 25 Sesión 12 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....	80
Tabla 26 Sesión 13 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....	81
Tabla 27 Sesión 14 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....	82
Tabla 28 Sesión 15 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....	83
Tabla 29 Sesión 16 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....	84
Tabla 30 Sesión 17 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....	85
Tabla 31 Sesión 18 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....	86
Tabla 32 Sesión 19 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....	87
Tabla 33 Sesión 20 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.....	88
Tabla 34 Resultados pre y post test del inventario de depresión de Beck - II .....	90
Tabla 35 Registro de frecuencia de pensamientos de la usuaria pre y post test .....	91
Tabla 36 Registro de frecuencia e intensidad de emociones de la usuaria pre y post test.....	93
Tabla 37 Registro de frecuencia y duración de las de conductas problema, pre y post test ...	95
Tabla 38 Registro de frecuencia e intensidad de las respuestas fisiológicas pre y post test...	97

**INDICE DE FIGURAS**

Figura 1 <i>Línea Base de Pensamientos Negativos .....</i>	52
Figura 2 <i>Línea Base de Frecuencia de Emociones .....</i>	53
Figura 3 <i>Línea Base de Intensidad de Emociones .....</i>	53
Figura 4 <i>Línea Base de Frecuencia de Conductas Problema.....</i>	55
Figura 5 <i>Línea Base de duración de Conductas Problema .....</i>	55
Figura 6 <i>Línea Base de frecuencias e intensidad de las respuestas fisiológicas.....</i>	57
Figura 7 <i>Puntaje del inventario de depresión de Beck II (pre y post test).....</i>	91
Figura 8 <i>Línea de Tratamiento Pensamientos Negativos pre test y Post test.....</i>	92
Figura 9 <i>Línea Base registro de la frecuencia de emociones, pre y post test.....</i>	94
Figura 10 <i>Línea Base registro de la intensidad de emociones, pre y post test .....</i>	94
Figura 11 <i>Línea de Tratamiento de la Frecuencia de las conductas problema Pre test y post test.....</i>	96
Figura 12 Línea de Tratamiento de la Duración de las Conductas problema Pre test y Post tes .....	96
Figura 13 <i>Línea de Tratamiento de la Frecuencia de las respuestas fisiológicas Pre test .....</i>	98
Figura 14 <i>Línea de Tratamiento de la Intensidad de las respuestas fisiológicas Pre test y Post test.....</i>	98

## Resumen

Se presenta el caso clínico de una mujer adulta que manifiesta sintomatología depresiva de nivel moderado, motivo por el cual se implementó un programa de intervención basado en la terapia cognitivo conductual (TCC). El **objetivo:** fue disminuir los síntomas depresivos de la usuaria a nivel fisiológico, cognitivo, conductual y emocional. El **método:** corresponde a una investigación aplicada, con un diseño experimental de caso único tipo AB. Los datos se recolectaron mediante entrevista psicológica conductual, observación y autorregistros. La participante fue una mujer de 35 años, residente en el distrito de Puente Piedra, con educación técnica superior. Se utilizaron los siguientes instrumentos psicométricos: el Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II), el Inventario Multiaxial de Millon II (Millon II), el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Luján, 1991) y el inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos. La intervención se desarrolló en tres fases: una de recolección de información (tres sesiones), una de intervención (quince sesiones) y una de seguimiento (dos sesiones). Las técnicas aplicadas incluyeron programación de actividades, técnica de agrado y dominio, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, solución de problemas, afrontamiento y entrenamiento en habilidades sociales. Los **resultados:** mostraron una disminución del 90 % en la sintomatología depresiva tras las 20 sesiones, lo que evidencia la efectividad de la TCC para este caso particular. Se **concluye:** que la terapia cognitivo conductual fue eficaz en la reducción de los síntomas depresivos, permitiendo que la usuaria recupere funcionalidad en su vida cotidiana.

*Palabras clave:* programa cognitivo conductual, terapia cognitivo conductual, diseño tipo AB.

## Abstract

The clinical case of an adult woman presenting with moderate depressive symptoms is described, for which a cognitive-behavioral intervention program (CBT) was implemented.

**The objective:** was to reduce the user's depressive symptoms at the physiological, cognitive, behavioral, and emotional levels. **The method:** corresponds to an applied research study, using a single-case experimental design (type AB). Data were collected through behavioral psychological interviews, observation, and self-records. The participant was a 35-year-old woman residing in the district of Puente Piedra, with a higher technical education level. The following psychometric instruments were used: the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), the Millon Clinical Multiaxial Inventory II (Millon II), the Automatic Thoughts Inventory (IPA; Ruiz y Luján, 1991), and the Coopersmith Self-Esteem Inventory for Adults. The intervention was carried out in three phases: an information gathering phase (three sessions), an intervention phase (fifteen sessions), and a follow-up phase (two sessions). The applied techniques included activity scheduling, pleasant and mastery activity techniques, diaphragmatic breathing, cognitive restructuring, problem-solving, coping strategies, and social skills training. **The results:** showed a 90% reduction in depressive symptoms after the 20-session intervention, demonstrating the effectiveness of CBT in this particular case. **It is concluded:** that cognitive-behavioral therapy was effective in reducing depressive symptoms, enabling the participant to regain functionality in her daily life.

*Keywords:* cognitive-behavioral program, cognitive-behavioral therapy, AB-type design.

## I. INTRODUCCIÓN

A nivel global, se ha identificado a la depresión como uno de los trastornos relacionados a la salud mental con mayor prevalencia y con mayores repercusiones en la población. Según estimaciones recientes, está afectando a 280 millones de ciudadanos, representando así un 3.8%. Este trastorno se caracteriza por una mayor incidencia en mujeres y se posiciona como una de las causas principales de discapacidad en todo el mundo, además contribuye significativamente a la carga global de enfermedad. En términos sociales, la depresión no solo deteriora la calidad de vida del ser humano, sino que tiende a implicar un alto costo económico debido a que se disminuye la productividad laboral y se incrementa la demanda de servicios de salud. También, en naciones que tienen tanto ingresos bajos como medios, el acceso limitado a tratamientos efectivos, sumado al estigma social, agrava la situación (Organizacion Mundial de la Salud [OMS], 2022).

El abordaje terapéutico de la depresión ha sido objeto de diversas investigaciones, destacándose como una intervención eficaz la terapia cognitivo-conductual (TCC). Este enfoque, desarrollado inicialmente por Beck, busca la identificación y la modificación de los patrones de pensamiento que son negativos, mientras se promueven estrategias conductuales adaptativas. La terapia cognitivo conductual ha mostrado resultados prometedores en la personalización del tratamiento, especialmente en el estudio de casos únicos, lo que permite diseñar intervenciones ajustadas a las necesidades específicas del individuo (Beck et al., 2006).

En ese contexto, el estudio ha abordado el caso de una mujer joven con diagnóstico de trastorno depresivo moderado, caracterizado por síntomas como perdida de energía, tristeza persistente y aislamiento social.

La investigación pretende contribuir al entendimiento del trastorno depresivo desde una perspectiva integral, considerando los factores individuales y contextuales que lo configuran.

Además, busca evidenciar la efectividad de la terapia Cognitivo Conductual para mejorar síntomas depresivos e incrementar el bienestar general de la paciente. Este análisis ha de servir como cimiento para desarrollar estrategias terapéuticas adaptadas a la realidad, donde la atención en salud mental presenta limitaciones significativas.

En este caso el objetivo general es disminuir la sintomatología depresiva de la usuaria a nivel fisiológico, cognitivo, conductual y emocional a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual. Mientras que los objetivos específicos son: determinar el nivel de depresión en una mujer joven a través de la línea base mediante la aplicación de pruebas psicométricas, reducir las respuestas fisiológicas que se asocian a la depresión empleando técnicas de relajación progresiva de Jacobson y respiración 3 x 3 y respiración diafragmática, incrementar la frecuencia de actividades placenteras y funcionales de la usuaria por medio de la programación de actividades y la técnica de dominio y agrado, disminuir la frecuencia de los pensamientos negativos que se asocian a la depresión a través de la detención de pensamientos, registro de pensamiento y la reestructuración cognitiva, fortalecer la autoestima a través de la psicoeducación y la implementación de estrategias de afrontamiento, además fortalecer su nivel de asertividad y habilidades sociales para establecer límites y toma de decisiones para alcanzar mayor efectividad interpersonal y determinar el nivel de eficacia de aplicar un programa cognitivo conductual en relación a la línea base de una mujer joven que presenta depresión.

El alcance de este estudio se limita a los aspectos psicológicos del caso, excluyendo evaluaciones médicas o farmacológicas. Además, al centrarse en un único caso, los hallazgos no pueden ser generalizados, aunque pueden ofrecer datos valiosos para la práctica clínica y la investigación local.

### **1.1. Descripción del Problema**

La depresión se considera un trastorno mental que tiende a afectar aproximadamente al 3.8% de ciudadanos en todo el mundo, lo que equivale a alrededor de 280 millones de personas. Este porcentaje incluye un 5% de adultos (6% mujeres y 4% hombres) y un 5.7% de adultos que tiene una edad mayor a los 60 años, posicionándola como una de las principales causas que producen discapacidad. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS), informa que aproximadamente el 8% de los jóvenes experimentará depresión en alguna etapa de su vida, donde los suicidios son la cuarta causa que produce muerte en personas que se encuentran entre los 15 a 29 años. También, la mujer cuenta con un 50% más de probabilidades para desarrollar depresión en comparación al hombre, subrayando las diferencias de género en su prevalencia (Organizacion Mundial de la Salud [OMS], 2025).

La depresión es caracterizada por la pérdida de placer o interés en la realización de tareas diarias, un estado de ánimo decaído, alteraciones en la alimentación y sueño, dificultades cognitivas como la falta de concentración e incluso pensamientos suicidas en casos severos, se ha estimado que todos los años alrededor de 700 mil ciudadanos mueren producto de los suicidios, representando un desafío crítico para los sistemas de salud pública global (Organizacion Mundial de la Salud [OMS], 2025).

En Perú, la depresión afecta entre el 12.5% de la ciudadanía en las áreas rurales y un 14% en zonas urbanas. Según el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud [MINSA], 2023), se atendieron más de 280,000 casos de depresión, de los cuales el 75.5% correspondieron a mujeres y el 16.5% a menores de edad. Los trastornos depresivos representan entre el 30% y el 40% de las hospitalizaciones en unidades especializadas en salud mental, especialmente en los casos de mujeres de entre 20 y 40 años. Asimismo, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) indicó que un 32.3% de personas entre 15 a 29 años reportaron haber enfrentado problemas de salud mental

durante el último año, siendo el sexo femenino las más afectadas, con un 30.2%.

A pesar del avance en la implementación de servicios, como los 279 Centros de Salud Mental Comunitaria en funcionamiento, donde la meta corresponde a alcanzar 506 para 2026, los retos persisten. Actualmente, solo uno de cada 27 pacientes recibe tratamiento adecuado, reflejando brechas para acceder a un servicio de calidad en salud mental (Ministerio de Salud [MINSA], 2023).

Dado el incremento global y nacional en los casos de depresión, es fundamental contar con intervenciones terapéuticas eficaces. Además, la TCC ha demostrado ser una de las estrategias que presentan mayor efectividad en reducir los síntomas depresivos, al abordar los patrones de pensamiento negativos y fomentar comportamientos funcionales. La investigación presenta un análisis detallado de aplicar la TCC en el caso específico de una mujer joven que presenta diagnóstico de depresión moderada, destacando la importancia de personalizar las intervenciones en contextos locales.

## **1.2. Antecedentes**

### ***1.2.1. Antecedentes nacionales***

Zapana (2023), argumenta que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es altamente efectiva para reducir síntomas de depresión en adultos jóvenes. Este enfoque terapéutico tiene como propósito central disminuir los síntomas que se asocian a la depresión por medio de un diseño cuasi experimental que se basa en casos. El proceso de evaluación inicial incluyó entrevistas estructuradas, observación directa y la aplicación de múltiples instrumentos psicométricos, tales como el inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el inventario Multiaxial de Millón II, el inventario de Personalidad de Eysenck EPQ-B, la Escala de Riesgo de Suicidio de Beck y el Test de Raven.

Posteriormente, se elaboró una línea basal que se basa en la integración de autoinformes, entrevistas conductuales y análisis funcional de la conducta, permitiendo una

comprensión integral del caso. Durante las 14 sesiones de intervención, se implementaron diversas técnicas terapéuticas, incluyendo psicoeducación, asignación de tareas orientadas al dominio y disfrute, relajación progresiva, pruebas de comportamiento, respiración diafragmática, habilidades sociales e imaginería emocional racional. Los hallazgos revelaron una reducción de síntomas depresivos, medida mediante las puntuaciones obtenidas en los instrumentos psicométricos. Asimismo, se identificaron mejoras notables en el aspecto emocional, cognitivo y conductual del participante. Estas transformaciones positivas también se reflejaron en una mejor adaptación personal, académica y familiar, consolidando la efectividad de la TCC como estrategia terapéutica para tratar la depresión en esta población.

Alarcón (2022), realizó un estudio de caso único empleando la Terapia Cognitivo-Conductual para intervenir en una joven de 22 años con diagnóstico clínico de depresión persistente. Este estudio experimental se elaboró de acuerdo al esquema Univariable Multicondicional ABA, lo que permitió evaluar la efectividad de la intervención al medir las variaciones antes, durante y después del tratamiento. Para la recopilación de datos se emplearon diferentes herramientas psicométricas como, por ejemplo, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y el inventario Clínico Multiaxial de Millón II. Los resultados preliminares mostraron una sintomatología alta de ansiedad y depresión. Se evidenció una reducción significativa de los síntomas depresivos recurrentes luego de la implementación de la TCC, reforzando así la efectividad de este método terapéutico en casos de ansiedad y depresión. Además, el empleo de la TCC como una intervención efectiva para este trastorno fue respaldada gracias al diseño experimental que nos permitió observar variaciones clínicamente significativas en los indicadores psicológicos.

Llamo (2022), el presente estudio tuvo como propósito principal reducir los síntomas depresivos en una mujer joven mediante la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). La metodología empleada fue un diseño experimental de caso único. En la etapa inicial,

se llevaron a cabo evaluaciones mediante entrevistas, observación directa y la aplicación de instrumentos psicométricos, como el Inventory de Depresión de Beck (BDI-II), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Inventory Multiaxial de Millón II (MCMI-II). Durante el tratamiento, que comprendió un total de 13 sesiones, se implementaron técnicas terapéuticas como la psicoeducación, asignación de tareas orientadas al dominio y agrado, relajación progresiva, respiración diafragmática, ensayo conductual, imaginación racional emotiva y entrenamiento en habilidades sociales. Se observaron mejoras importantes en los aspectos emocionales, conductuales y cognitivos de la participante, reflejándose en una mejor adaptación en los ámbitos personal, académico y familiar.

Calderón (2020), elaboró un estudio en Lima, Perú sobre la intervención por medio de la Terapia Cognitivo-Conductual en una mujer de 29 años con depresión moderada. Este estudio se organizó utilizando un diseño de caso único con un esquema bicondicional ABA, con el propósito de disminuir los síntomas depresivos y fomentar un desarrollo integral en las áreas personal, familiar y laboral de la persona tratada. Para la evaluación preliminar se incluyeron instrumentos psicométricos como el Inventory de Depresión de Beck, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck, y el Inventory Clínico Multiaxial de Millón, también entrevistas y observación psicológica. Para el programa de intervención, se implementaron diferentes técnicas propias de la TCC, encuadre terapéutico, psicoeducación, relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, visualización, entrenamiento en solución de problemas, técnica de la flecha descendente, asignación de tareas graduadas, autorregistros, termómetro del estado de ánimo, autorreforzamiento, programación de actividades, y reestructuración cognitiva, entre otras. Estas técnicas hicieron posible abordar de forma integral los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con la depresión. Al finalizar la intervención, los resultados del post- test mostraron una reducción significativa en la sintomatología depresiva de la persona tratada, lo que corrobora la

efectividad de la TCC en el tratamiento de la depresión moderada.

Puelles (2022), este trabajo presenta un estudio de caso clínico en el que se utilizó la Terapia Cognitivo-Conductual para tratar a una joven de 23 años diagnosticada con depresión, cuyos síntomas incluían tristeza persistente, sentimientos de inutilidad y culpa, frustración, dolores de cabeza, irritabilidad, apatía hacia sus actividades diarias, dificultades de concentración y tensión muscular. El propósito principal fue disminuir estos síntomas por medio de la implementación de un programa de intervención basado en TCC. Para analizar la condición de la joven, se emplearon diferentes herramientas psicométricas, incluyendo el Inventario de Depresión de Beck, entrevistas clínicas, observación conductual, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck, el Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck, el Test de Inteligencia Raven y la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Golstein. La información recolectada nos permitió realizar una historia clínica detallada y elaborar un análisis funcional del comportamiento depresivo, identificando patrones de exceso conductual asociados con la sintomatología. El estudio adoptó un diseño preexperimental con protocolos de pruebas previas y posteriores administrados a un grupo. La intervención incluyó métodos específicos como la psicoeducación, relajación diafragmática, reestructuración cognitiva de pensamientos distorsionados, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, y actividades orientadas al dominio y el agrado. Estas técnicas enfocaron los factores emocionales y cognitivos, así como los conductuales implicados en la depresión. Después de la intervención, los resultados mostraron una reducción significativa en los síntomas depresivos de la joven tratada. Certificando la eficacia de la TCC como tratamiento para la depresión. Este caso resalta la importancia de un abordaje integral y personalizado en la atención psicológica.

### ***1.2.2. Antecedentes Internacionales***

Betancur (2020) en Colombia, implementó un programa de Intervención Cognitivo-

Conductual basado en el modelo cognitivo para atender a una paciente con trastorno depresivo persistente. Este estudio, elaborado con la metodología de caso único, se centró en una mujer de 32 años que estudia psicología y reside en Medellín. El propósito principal fue analizar la eficacia de un enfoque cognitivo-conductual en la intervención terapéutica de la paciente. Durante la etapa de evaluación se emplearon diferentes instrumentos psicométricos, como el Inventario de Depresión de Beck II, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Personalidad para el DSM-5. En la intervención, se aplicaron métodos como el plan de seguridad, actividades diarias, dominio y agrado, reestructuración cognitiva, relajación y asignación de tareas. Los resultados que se obtuvieron mostraron que la intervención fue exitosa, con mejoras evidentes desde las primeras sesiones, lo que resalta la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento de trastornos depresivos persistentes.

En un estudio elaborado por Berrío (2019) en Colombia, se aplicó una intervención de terapia cognitiva mediante plataformas remotas en una mujer de 31 años con trastorno depresivo persistente. Este estudio experimental de caso único, prospectivo y longitudinal, con enfoque explicativo, tomó un diseño de series temporales interrumpidas. La mujer estudiaba psicología y estaba ya en su séptimo semestre, además residía en Miami con su pareja. El objetivo de la investigación fue analizar la eficiencia de la terapia cognitiva remota en el tratamiento del trastorno depresivo persistente. Para medir la intensidad de los síntomas depresivos, se emplearon el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Salud. Luego de las 13 sesiones, los resultados evidenciaron una reducción significativa de los niveles de depresión en la mujer, lo que corrobora la eficiencia de la intervención de terapia cognitiva aplicada de manera remota.

En un estudio elaborado por Espinosa (2019) en Panamá, se implementó una intervención a base de la Terapia Cognitiva de Aaron Beck a personas diagnosticadas con depresión en un establecimiento de salud de la ciudad de Panamá. El propósito principal de la

investigación fue disminuir la sintomatología depresiva mediante esta intervención. Se utilizó un diseño preexperimental con un grupo de 10 personas, usando el enfoque pretest y post-test en el estudio de casos. Para analizar los síntomas, se usaron muchas herramientas, entre ellas el Inventario de Ansiedad de Beck, la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck, y el Inventario de Depresión de Beck - II. La intervención se realizó en 15 sesiones, con una frecuencia de dos veces por semana, y se emplearon técnicas como psicoeducación, identificación y reevaluación de pensamientos automáticos, juego de roles terapeuta/paciente, entrenamiento en habilidades de dominio y agrado, y asignación gradual de tareas. Los resultados revelaron una reducción significativa en los síntomas de depresión, ansiedad, intencionalidad suicida y desesperanza. Los pacientes reportaron una visión más positiva de sí mismos, así como de su entorno, y experimentaron una mejora tanto en las áreas físicas como emocionales. Espinosa llega a la conclusión de que la Terapia Cognitiva de Beck prueba ser eficaz para la disminución de los síntomas depresivos y la mejora del bienestar general de los pacientes. Además, esta terapia apoya al afrontamiento racional de los problemas, ayudando así a promover una mejor salud y calidad de vida.

Pinzón (2018) realizó un análisis sobre la implementación de la Terapia Cognitivo-Conductual en el caso de una mujer de 40 años con trastorno depresivo en Bolivia. El propósito del estudio fue elaborar un plan terapéutico adaptado a las necesidades específicas de la paciente con el fin de disminuir o erradicar los síntomas depresivos. El diseño del estudio fue experimental, utilizando un enfoque de caso único. La evaluación preliminar del caso se desarrolló a través de una entrevista clínica, observación directa y la aplicación del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). El tratamiento tuvo como base a la Terapia Cognitiva de Beck, y se llevó a cabo en 14 sesiones que comprendieron técnicas como la reestructuración cognitiva, información y orientación, auto instrucciones, autosugestión, solución de problemas, ensayo conductual y modelamiento.

Los propósitos del plan terapéutico estuvieron orientados a disminuir los síntomas depresivos, entrenar habilidades sociales y fortalecer las redes de apoyo de la paciente. Al terminar el tratamiento, se notó una notable disminución en los síntomas depresivos, una mejora en las habilidades sociales y un fortalecimiento de las redes de apoyo. Además, se realizó un seguimiento tres meses después, que evidenció la persistencia de los avances obtenidos.

En un estudio elaborado por Acebedo y Gélvez (2018), en Chile, se implementó una intervención psicológica basada en el enfoque cognitivo-conductual a una mujer de 35 años con trastorno depresivo persistente. La investigación, elaborada bajo la metodología de estudio de caso, tuvo como propósito examinar las características y la naturaleza del trastorno en la mujer. La paciente, contaba con formación técnica y tenía dos hijos, residía en un municipio de Bucaramanga, Santander. El propósito del estudio fue analizar la efectividad de las técnicas cognitivas previamente investigadas y reforzar los procedimientos de la intervención psicológica. Se emplearon instrumentos psicométricos como el inventario de Depresión Estado/Rasgo y el inventario de Depresión de Beck para la evaluación de la sintomatología depresiva. Los resultados releyeron que la terapia cognitiva fue eficaz para disminuir significativamente los síntomas depresivos de la mujer y, adicionalmente, aportó una mejora en su bienestar psicológico. Esto demuestra la efectividad de las intervenciones cognitivas en el tratamiento del trastorno depresivo persistente.

### **1.2.3. Fundamentación Teórica**

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), el trastorno depresivo es una condición mental común que se distingue por una persistente sensación de tristeza o la pérdida del interés en actividades que previamente resultaban placenteras. Este trastorno va más allá de los cambios emocionales habituales, pues puede perjudicar significativamente en varias áreas de la vida, como las relaciones interpersonales, el desempeño académico y laboral, entre otras. Además, la depresión está vinculada a factores de riesgo como experiencias

traumáticas, abusos o pérdidas significativas.

Los criterios diagnósticos utilizados para la depresión tanto en el ámbito clínico como en la investigación, se fundamentan en las clasificaciones establecidas por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), estos manuales proporcionan un marco estandarizado para el análisis de los síntomas y el diagnóstico del trastorno depresivo.

### **Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)**

La CIE-10 categoriza la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 abarca el episodio depresivo, mientras que la F33 la de trastorno depresivo recurrente, además, la primera se desglosa a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado.

En cualquier caso, el episodio de depresión debe durar por al menos dos semanas y en todo momento, deben manifestarse al menos dos de los tres síntomas considerados característicos de la depresión:

**A. Síndrome Somático.** Algunos síntomas depresivos pueden ser prominentes y tener un significado clínico especial. Por lo general, el síndrome somático se considera presente cuando se presentan cuatro o más de los siguientes aspectos:

- Disminución significativa del interés o la capacidad para disfrutar de actividades que normalmente solían ser placenteras.

- Falta de reacciones emocionales ante situaciones que normalmente generan una respuesta.
  - Por las mañanas, despertarse dos o más horas antes de la hora habitual.
  - Deterioro del estado de ánimo depresivo en las primeras horas de la mañana.
  - Manifestación de enlentecimiento motor o agitación.
  - Reducción significativa del apetito.
  - En el último mes, presentar al menos un 5% de pérdida de peso.
  - Notable reducción del interés sexual.
- B. El episodio depresivo debe persistir por al menos dos semanas.
- C. El episodio no debe ser causado por el abuso de sustancias psicoactivas ni por un trastorno mental orgánico.

### **Episodios depresivos - CIE 10 F32**

En los episodios de depresión típicos, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido, una reducción en el interés y placer por las actividades, una disminución de su energía, lo que lleva a una reducción de su actividad y a un agotamiento severo, incluso tras realizar un esfuerzo mínimo.

También forman parte de las manifestaciones de los episodios depresivos:

- a. Pensamientos suicidas o tendencias autolesivas.
- b. Ideas de culpa y de inutilidad (incluso episodios leves).
- c. Disminución del apetito.
- d. Dificultad para concentrarse y mantener la atención.
- e. Trastornos del sueño.
- f. Pérdida de confianza en sí mismo y presentar sentimientos de inferioridad.
- g. Visión pesimista del futuro.

### **Episodio Depresivo Moderado - F32.1**

Es común que se presenten de cuatro a más síntomas, los cuales tienen mayor probabilidad de generar dificultades en la vida diaria de los pacientes. En este episodio, existen parámetros que deben ser considerados.

Se harán presentes los siguientes síntomas: Un inusual estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza persistente que se extiende durante el día hasta por dos semanas, sin que intervengan factores externos. Un estado melancólico acompañado de la incapacidad para disfrutar de actividades placenteras, lo que conlleva a sentir una sensación de agotamiento físico.

Se pueden presentar hasta un mínimo de seis síntomas como: Disminución de seguridad, ideas intrusivas de autocritica, acciones o ideas suicidas, regulación de la concentración, inquietud o hiperactividad que no se controla, alteraciones en el sueño e hiperfagia o hiporexia. Se puede o no presentar el síndrome somático.

### **Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)**

Obligatoriamente deben estar presentes los tres síntomas del criterio B, y que sean muy evidentes al menos ocho síntomas del criterio C, incremento de baja autoestima, autocritica negativa, además de comportamientos e ideas de suicidio.

### **Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)**

Este episodio adquiere mayor relevancia debido a la incorporación de síntomas que perjudican la percepción de la realidad, así como una reducción de velocidad de las respuestas físicas y emocionales.

### **Criterios diagnósticos de la Depresión - DSM 5:**

A. Durante las dos semanas, se presentó cinco a más síntomas, Los cuales son importantes para originar cambios visibles, con excepción del (1) y (2).

- Sensación de vacío emocional que persiste durante la mayor parte del día y se extiende a lo largo de los días hasta que produce un cambio en su perspectiva o a través de factores que lo colocan en situaciones de vulnerabilidad. La actitud emocional en niños y adolescentes es delicada, lo que puede generar reacciones desmesuradas ante situaciones de sus rutinas diarias.
  - No disfrutar de igual manera las actividades de su rutina diaria, lo que se vincula con sus ideas y observaciones.
  - Dificultad para dormir o, por lo contrario, somnolencia excesiva.
  - Pensamientos negativos recurrentes relacionados con el estado emocional o culpa por la situación actual, los cuales pueden carecer de base lógica.
  - Problemas de concentración o tomar decisiones acertadas, los cuales son condicionados por los pensamientos propios y la forma en la que se siente observado por los demás. Pensamientos suicidas recurrentes con el temor de no morir, llegando incluso a planificar estrategias para realizar el acto.
  - Presentar la mayor parte del día agotamiento físico.
  - Sensación y reducción de velocidad en actividades frecuentes, el cual es visible por los demás.
  - Frecuente variación del apetito, produciendo alteraciones en el peso corporal.
- B. El episodio no debe ser relacionado con los efectos físicos de alguna sustancia o con otra condición médica.
- C. No se ha presentado nunca un episodio maníaco o hipomaníaco.
- D. Los síntomas provocan un malestar clínicamente relevante o un deterioro en áreas clave del funcionamiento.
- E. El episodio de depresión mayor no se justifica de manera más adecuada por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, o

cualquier otro trastorno especificado o no especificado dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

**Definición de Depresión.** Según la OPS (2021), describe la depresión como un trastorno mental común caracterizado por un estado de ánimo que persiste bajo, acompañado de la pérdida de interés o placer en actividades que anteriormente eran agradables. Esta condición, que puede durar un tiempo considerable, afecta negativamente a relaciones interpersonales y en el funcionamiento diario, afectando diversos aspectos de la vida de la persona afectada.

A diferencia de las fluctuaciones emocionales cotidianas, la depresión tiene un efecto mucho más profundo, trascendiendo las interacciones familiares, sociales y laborales. Debido a esto es importante señalar que también deteriora la funcionalidad del individuo y los síntomas más destacados son: debilidad emocional, falta de interés, tristeza, sentimientos de culpa, autoestima baja, trastornos del sueño, reducción del apetito, cansancio y desatención.

Estos síntomas alteran significativamente la rutina diaria del paciente, provocando distanciamiento de sus familiares y amigos, desmotivación para realizar actividades cotidianas y un impacto negativo en su bienestar personal y el de su entorno.

### **Modelo Cognitivo de Depresión de Aaron Beck**

La teoría cognitiva de la depresión, desarrollada por Beck, establece que las personas que padecen este trastorno suelen procesar sus experiencias de forma distorsionada, adoptando una perspectiva negativa de sí mismas, del mundo y del futuro. Esta secuencia de pensamiento es conocido como la “triada cognitiva” y está respaldado por esquemas, que son secuencias de procesamiento cognitivo que alteran la información y mantienen los problemas emocionales (Beck et al., 2010)

La triada cognitiva se compone de tres componentes fundamentales. El primero es la visión negativa de uno mismo, donde la persona se percibe como incapaz, imperfecta y con

poco valor, lo que lleva a sentimientos de inutilidad y autocritica (Beck et al., 2010).

El segundo componente de la triada cognitiva es la visión negativa del mundo, en la cual la persona interpreta la realidad de forma pesimista, percibiendo las demandas del entorno como abrumadoras o insuperables. El tercer componente corresponde a la visión negativa del futuro, donde la persona anticipa de manera constante que las dificultades y el sufrimiento persistirán de forma inevitable. Estos patrones cognitivos son esenciales para comprender cómo las personas con depresión mantienen una percepción distorsionada y negativa de su vida.

Por otro lado, Beck propone que los esquemas, que son creencias profundas y estables, pueden estar inactivos durante largos períodos, pero se activan cuando la persona se enfrenta a estímulos ambientales específicos, distorsionando la forma en que percibe y responde a los eventos (Beck y Emery, 1985). Además, las creencias intermedias, tales como valoraciones, suposiciones y reglas, desempeñan un papel fundamental en la depresión, ya que influyen en cómo se interpretan las situaciones y afectan las respuestas emocionales y conductuales. Estas creencias intermedias pueden promover expectativas negativas sobre uno mismo y generar baja tolerancia a la frustración, lo que refuerza el ciclo depresivo (Beck et al., 2010).

Las creencias centrales o nucleares representan el nivel más profundo de las creencias, y se refieren a afirmaciones globales sobre uno mismo, el mundo y los demás. Estas creencias son rígidas, absolutas y frecuentemente distorsionadas, lo que lleva a una visión irreal y disfuncional de la vida (Beck et al, 2010). En el contexto de la depresión, los esquemas y creencias negativas influyen en la manera en que se procesan las experiencias, dificultando la adaptación y el bienestar emocional. Estos esquemas se desarrollan desde la infancia en situaciones emocionalmente significativas y son reforzados por figuras autoritarias o influyentes, lo que contribuye a la persistencia de pensamientos y comportamientos negativos (Beck y Gary, 1983).

## **Terapia cognitiva Conductual**

Puerta y Padilla (2011) destacan que la Terapia Cognitiva Conductual es un enfoque terapéutico eficaz para tratar diversos trastornos mentales, cuyo objetivo principal es ayudar a los pacientes a modificar sus pensamientos, emociones, comportamientos y respuestas fisiológicas disfuncionales, con el fin de fomentar patrones más adaptativos para abordar sus problemas. Esta terapia ha ganado popularidad debido a su efectividad comprobada en el tratamiento de una amplia variedad de trastornos emocionales.

Aunque la TCC tiene sus raíces en las investigaciones de Bandura durante la década de los 70, donde fueron los autores fue Ellis y Beck quienes desarrollaron e implementaron diversos protocolos basados en estos estudios, consolidándose como un tratamiento formal.

El tratamiento basado en la Terapia Cognitiva Conductual se fundamenta en tres premisas clave: en primer lugar, que los procesos cognitivos tienen un impacto directo sobre las emociones y conductas; en segundo lugar, que las cogniciones son modificables; y, por último, que, al cambiar las creencias disfuncionales, se puede promover un estilo de vida más saludable. Según Landa (2020), el tratamiento típico de la TCC consta de entre 15 y 20 sesiones, con una frecuencia semanal. No obstante, en casos más graves, la frecuencia de las sesiones puede incrementarse a dos por semana, seguidas de sesiones de seguimiento mensual.

Desde una perspectiva teórica, la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) se sustenta en cuatro paradigmas de aprendizaje: el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante, el aprendizaje social y las teorías del procesamiento cognitivo, siendo este último el que tiene mayor relevancia en su desarrollo. La TCC combina diversas técnicas tanto conductuales como cognitivas, entre las cuales se incluyen el moldeamiento, el encadenamiento, el entrenamiento en habilidades sociales y el manejo de contingencias (Mendoza, Intervención cognitivo conductual en un adulto con trastorno de ansiedad generalizada. [Trabajo académico, Universidad Nacional Federico Villarreal], 2020). Entre las técnicas cognitivas más frecuentes

se encuentran el autorregistro, el descubrimiento guiado, el debate socrático, la reestructuración cognitiva y la técnica de las tres columnas (Vigo Psicología, 2024).

Diversos estudios han respaldado la alta efectividad de la TCC en el tratamiento de la depresión. Por ejemplo, Lorenzo et al. (2021), llevaron a cabo un estudio en Cuba con pacientes hospitalizados que presentaban depresión leve y moderada, observando una significativa reducción de los comportamientos asociados a la depresión tras la intervención con TCC. Asimismo, Pérez y García (2001), sugieren que los efectos terapéuticos de la TCC son comparables a los obtenidos con la medicación antidepresiva, destacando su efectividad en el tratamiento de este trastorno.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo General***

Disminuir la sintomatología depresiva de la usuaria a nivel fisiológico, cognitivo, conductual y emocional mediante la aplicación de la terapia cognitivo conductual.

#### ***1.3.2. Objetivos Específicos***

- Determinar el nivel de depresión en una mujer joven a través de la línea base mediante la aplicación de pruebas psicométricas.
- Reducir las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión con las técnicas de relajación progresiva de Jacobson y respiración 3 x 3 y respiración diafragmática.
- Incrementar la frecuencia de actividades placenteras y funcionales de la usuaria mediante la programación de actividades y la técnica de dominio y agrado.
- Disminuir la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos asociadas a la depresión mediante la detención de pensamientos, registro de pensamiento y la reestructuración cognitiva.
- Fortalecer la autoestima a través de la psicoeducación y la implementación de estrategias de afrontamiento.

- Fortalecer su nivel de asertividad y habilidades sociales para establecer límites y toma de decisiones para alcanzar mayor efectividad interpersonal.
- Determinar el nivel de eficacia de la aplicación de programa cognitivo conductual en relación a la línea base de una mujer joven con depresión.

#### **1.4. Justificación**

Según la OPS (2021), señala que la depresión es una de las enfermedades más prevalentes a nivel mundial, pero lamentablemente solo la mitad de la población afectada recibe una intervención adecuada. Este hecho ha motivado la elección de este tema para investigar, analizar y proponer programas de intervención que contribuyan a reducir la sintomatología de la depresión y, de este modo, brindar apoyo a la población afectada.

En la actualidad, las afecciones psicológicas, especialmente la depresión, han adquirido una relevancia creciente. Según el Ministerio de Salud del Perú, en 2021, más de 77,000 personas diagnosticadas con depresión recibieron atención a través de los Centros de Salud Mental Comunitaria en el país. La depresión, dependiendo de su gravedad, puede alterar de manera significativa la funcionalidad del individuo en diversas áreas de su vida, tales como lo personal, familiar, académico, laboral y social.

El enfoque cognitivo de la depresión se centra en cómo los individuos interpretan y reaccionan ante diversas experiencias, especialmente aquellas relacionadas con situaciones pasadas de carácter negativo. Según este modelo, las personas con depresión tienden a procesar la información de una manera distorsionada, lo que puede estar relacionado con experiencias previas, particularmente en etapas tempranas de la vida. Estas experiencias pueden quedar almacenadas en la memoria de forma que, ante situaciones similares en el futuro, los recuerdos negativos se activan, desencadenando una respuesta emocional y cognitiva que perpetúa el estado depresivo (Beck et al., 2010). Este patrón de procesamiento de la información contribuye a la formación de creencias disfuncionales y a la persistencia de la depresión a lo

largo del tiempo.

La capacidad de captar el mundo está influenciada por modelos cognitivos internos, los cuales están formados por experiencias previas y rasgos personales. Estos modelos, al ser el resultado de vivencias pasadas, pueden influir inconscientemente en cómo una persona discierne y responde a las situaciones actuales. Se ponen en marcha a los modelos depresógenos cuando se experimenta nuevamente una experiencia que pudo haber estado inactiva por mucho tiempo. La forma de percibir la realidad se ve afectado producto de estos modelos, la información negativa prevalece, por lo que este modelo anula la positiva inconscientemente (Vallejo y Comeche, 2016).

### **1.5. Impactos esperados del trabajo académico**

La depresión representa una de las problemáticas más significativas en el ámbito de la salud, no solo por su prevalencia, sino también por su capacidad para desencadenar diversas enfermedades físicas y mentales. Su impacto es tan profundo que afecta la actividad diaria de quienes la padecen, limitando su capacidad para realizar tareas cotidianas y deteriorando su calidad de vida (Organizacion Mundial de la Salud [OMS], 2025).

La información estadística del Sistema Integral de Salud refleja el creciente desafío que representa la depresión en la población. Durante la pandemia, en el año 2020, se registraron más de 83 mil atenciones relacionadas con esta afección. Sin embargo, el número de atenciones siguió aumentando, alcanzando más de 270 mil en 2021, y hasta octubre de 2022 se habían registrado más de 292 mil atenciones, lo que subraya la creciente demanda de servicios de salud mental y la urgencia de implementar programas de intervención adecuados. Esta tendencia resalta la necesidad urgente de políticas de salud pública eficaces para abordar el tratamiento y la prevención de la depresión, mejorando así el bienestar de la población afectada.

Por lo visto anteriormente, se puede ver cómo los casos de trastornos depresivos han aumentado en los últimos años, agravando la salud pública, especialmente entre aquellos que

no buscan ayuda. Esto resalta la necesidad de revisar y mejorar los planes de intervención actuales. Es crucial fortalecer las estrategias clínicas personalizadas y desarrollar programas preventivos que promuevan la salud mental, sensibilicen sobre estos trastornos y faciliten el acceso a servicios adecuados. De esta manera, se podría reducir el impacto de la depresión y mejorar el bienestar general de la población.

## II. METODOLOGIA

### **2.1. Tipo y Diseño de Investigación**

#### **Tipo de investigación**

Es aquella que tiene fines prácticos en el sentido de solucionar problemas detectados en un área del conocimiento (Hernandez et al., 2014).

#### **Diseño de investigación**

El diseño pre- experimental de caso único, específicamente el modelo comúnmente conocido como diseño AB. Este diseño pre-experimental de caso único es un enfoque metodológico que se centra en la observación sistemática del comportamiento de un solo individuo en un entorno controlado. Este tipo de diseño permite evaluar los efectos de una intervención específica al observar cómo varía el comportamiento del sujeto a lo largo de diferentes condiciones experimentales (Hernandez et al., 2014).

Asimismo, otros investigadores resaltan el tipo de diseño A-B ya que, con este se puede llegar a la conclusión de que el tratamiento es el causante de los cambios producidos en la variable dependiente. Después de medir la línea base (fase A), se introduce el tratamiento (fase B) y se produce un cambio en la medida de la variable dependiente (Quintanilla et al., 2020).

### **2.2. Ámbito temporal y espacial**

Las atenciones se realizaron en un centro de salud mental comunitario, ubicado en el distrito de Puente Piedra, en la región de Lima, del departamento de Lima, Perú. La evaluación y posterior intervención se llevó a cabo en un programa de 20 sesiones, las sesiones se desarrollaron en un tiempo aproximado de 45 a 60 minutos según lo convenido con la usuaria al momento del contrato terapéutico.

## 2.3. Variables de Investigación

### 2.3.1. Variable Independiente

Terapia cognitivo - conductual

La Terapia Cognitivo Conductual según Beck y Clark (2013), es un campo centrado en ideas y actividades motrices donde se relaciona como la percepción da un giro anormal y las emociones varían en una persona, debido a las respuestas que originan en las personas, y por respuestas ocasionadas por agentes externos siendo base del modelo estímulo-respuesta.

### 2.3.2. Variable Dependiente

**Depresión**

**Definición Conceptual:** Según la Organización Panamericana de la Salud (2021), la depresión se identifica por una tristeza persistente y la pérdida de interés en actividades que solían ser placenteras, esto afecta la capacidad para llevar a cabo las actividades diarias durante por lo menos dos semanas. Las personas con depresión experimentan síntomas como fatiga, variaciones en el apetito y el sueño, ansiedad, dificultad para concentrarse, indecisión, inquietud, y sentimientos de inutilidad, culpabilidad o desesperanza. En algunos casos, también pueden tener pensamientos suicidas o de autolesión.

**Definición operacional:** El inventario de Depresión de Beck - II donde los ítems de cada área de evaluación se suman para obtener una puntuación total, la cual puede ir de 0 puntaje mínimo a 63, puntaje máximo. 0-13 depresión mínima de 14-19, depresión leve de 20-28 depresión moderada, y de 29 a 63 depresión grave.

## 2.4. Participante / Sujeto

Usuaria de sexo femenino, de 35 años de edad, con grado de instrucción técnica superior, técnica en administración, además estudio costura y cosmetología lo cual venía ejerciendo al inicio de la intervención, estado civil soltera y vive en casa de sus padres junto a sus hermanos.

## **2.5. Técnicas e Instrumentos**

### **2.5.1. Técnicas**

**Entrevista.** Se organiza en un formato interactivo y forma parte de un ciclo continuo de evaluación e intervención. Según Morrison (2015), los entrevistadores efectivos comparten tres cualidades esenciales: 1) Obtienen información relevante y precisa que facilita el diagnóstico y la intervención, 2) Realizan esta recolección de datos de manera eficiente en cuanto al tiempo, y 3) Son consistentes en establecer y mantener una buena relación con el entrevistado.

**Observación.** La observación es una herramienta clave en el método científico y, por ende, cualquier técnica empleada en la evaluación psicológica la incorpora en mayor o menor grado. Además, es una conducta humana común que se manifiesta durante el proceso de evaluación entre el sujeto y el evaluador, independientemente del modelo teórico utilizado (Fernández, 2011).

#### **A. Técnicas Conductuales**

##### **Programación de actividades.**

Una de las estrategias terapéuticas más relevantes en la terapia cognitiva consiste en motivar al paciente a planificar sus actividades diarias. Para ello, se crea una secuencia de tareas considerando las dificultades del paciente. El objetivo principal es que el individuo reconozca su capacidad para gestionar su tiempo y realizar actividades, al mismo tiempo que identifica evidencias positivas sobre sus habilidades. Es importante que las metas sean realistas, ya que, si se programan demasiadas actividades o no se ajusta la dificultad, el paciente podría sentirse abrumado, lo que reforzaría la sensación de incapacidad para enfrentar la situación (Ruiz et al., 2013)

##### **Técnicas de dominio y agrado.**

Este método se basa en ayudar a que los pacientes planifiquen una lista de actividades

para que ocupen su tiempo, con el fin de combatir la falta de motivación, la inactividad y las preocupaciones asociadas a pensamientos depresivos. A través de la evaluación del dominio (grado de realización) y el agrado (sentimientos de satisfacción o disfrute) de cada actividad, se abordan las creencias relacionadas con la inutilidad y la pérdida de placer (Ruiz et al., 2012).

Wenzel (2016) destacan la importancia de enseñar a los pacientes a utilizar herramientas para comprender, evaluar y resolver sus problemas, así como para superar obstáculos que puedan dificultar la identificación o aplicación de soluciones. A medida que los pacientes resuelven sus problemas actuales, adquieren y perfeccionan habilidades que les servirán para enfrentar dificultades futuras. Esto aumenta su confianza en su capacidad para resolver problemas, fomenta el optimismo y mejora su capacidad para manejar adversidades. Según el enfoque de D'Zurilla y Nezu, el proceso de resolución de problemas consta de cuatro pasos: 1) Definir el problema, 2) Generar alternativas, 3) Tomar decisiones, y 4) Implementar y verificar la solución.

### **Técnicas de Afrontamiento.**

Lazarus y Folkman (1986), desde una perspectiva cognitivo-sociocultural, definen el afrontamiento como "los esfuerzos cognitivos y conductuales que son constantemente cambiantes, destinados a manejar las demandas externas e internas que se perciben como excesivas o desbordantes para los recursos del individuo" (p. 164). Según esta perspectiva, el afrontamiento se entiende como un proceso dinámico que refleja cómo las condiciones del contexto sociocultural influyen en la interacción del individuo consigo mismo y con su entorno. Además, se reconoce la interacción mutua entre el individuo y las instituciones sociales a las que pertenece, las cuales forman parte del ambiente que lo rodea.

## **B. Técnicas Cognitivas**

**Psicoeducación.** Se refiere a brindar a los pacientes y sus familias información sobre la naturaleza de la enfermedad, su tratamiento y pronóstico. Va más allá de simplemente explicar

el diagnóstico; también aborda las situaciones complejas causadas por la falta de conocimiento sobre el trastorno. Incluye tanto consejería como entrenamiento en estrategias para afrontar la enfermedad (Felix et al., 2020).

**Autorregistros.** El autorregistro más utilizado es el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados (DTR), desarrollado por Beck et al., (1979). Este registro consta de seis columnas. La primera se usa para anotar el día y hora de los eventos, la segunda describe las situaciones específicas experimentadas, indicando su intensidad (1%-100%). En la cuarta columna, se registran los pensamientos automáticos e imágenes mentales que surgen. Estas cuatro columnas son útiles para identificar los pensamientos automáticos y su relación con las emociones. Después de haber debatido y buscado evidencia y alternativas a los pensamientos automáticos, se completan las dos columnas restantes. La quinta recoge las respuestas alternativas, junto con la credibilidad asignada a estas. Finalmente, la sexta columna registra la reevaluación de la credibilidad de los pensamientos automáticos originales y la intensidad de las emociones asociadas.

**Biblioterapia.** La biblioterapia, en sus dos enfoques principales, se ha consolidado como un modelo educativo y terapéutico efectivo. Como estrategia educativa, la lectura proporciona nueva información e instrucción, mientras que, en su dimensión terapéutica, mejora el estado de ánimo y favorece el bienestar físico y emocional de los participantes, incluso aquellos que no presentan problemas de salud pero que, al igual que todos, se enfrentan a factores estresantes en su entorno. La biblioterapia clínica o de autoayuda se utiliza principalmente en el ámbito de la salud mental y se basa en un enfoque metodológico fundamentado en meta-análisis de estudios controlados, con el objetivo de evaluar la eficacia de recomendar lecturas específicas para tratar condiciones como la depresión, la ansiedad, el alcoholismo o los trastornos alimentarios.

**Bloqueo de pensamiento.** La parada de pensamiento es una técnica de la terapia cognitivo- conductual que busca interrumpir los pensamientos negativos que generan malestar emocional y reemplazarlos por pensamientos más positivos y adaptativos. Consiste en interrumpir los pensamientos no deseados mediante una palabra clave asociada, entrenando a la persona para que sea capaz de detener estos pensamientos antes incluso de que se formen. El objetivo es frenar la cadena de pensamientos negativos, evitando que se generen emociones destructivas o perturbadoras (Ibañez y Manzanera, 2012).

**Registro de Pensamiento.** La reestructuración cognitiva utiliza una herramienta que consiste en registrar las situaciones que desencadenan pensamientos, emociones y conductas. Este registro incluye, en ocasiones, los pensamientos alternativos que se pueden aplicar a cada situación, proceso que suele verse en etapas avanzadas del tratamiento. Esta herramienta tiene como objetivo ayudar a los pacientes a tomar conciencia de las distorsiones cognitivas que ocurren de manera automática y que antes no eran cuestionadas. A medida que se práctica, los pacientes aprenden a identificar y modificar estas distorsiones cuando surgen. Con el tiempo, este proceso permite a los pacientes gestionar mejor sus recursos, cuestionando las interpretaciones que hacen de la realidad y cómo estas difieren de los hechos objetivos. Esto ayuda a identificar los desencadenantes de emociones como la ansiedad o la tristeza, reconociendo las distorsiones que las originan, lo que facilita la mejora progresiva durante el tratamiento (Myles y Shafran, 2015).

**Auto instrucciones.** Las auto instrucciones son una técnica cognitiva efectiva que consiste en verbalizar internamente los pasos o pensamientos para guiar la conducta y mejorar el rendimiento. Esta estrategia, utilizada en diferentes contextos, ha demostrado ser útil para desarrollar habilidades, gestionar el estrés y mejorar el autocontrol emocional. Para implementar esta técnica, es necesario evaluar el tipo de diálogo interno que una persona mantiene mientras aborda tareas y responsabilidades diarias. Esto se puede hacer mediante el

uso de autoregistros, donde se le pide al individuo que observe y registre su diálogo interno durante una tarea o situación específica. El objetivo es identificar qué auto instrucciones forman parte del repertorio natural de la persona, determinar cuáles son útiles y deben mantenerse, y cuáles son desajustadas, interferentes o irrelevantes y, por lo tanto, deben ser eliminadas o utilizadas solo en situaciones específicas (Ruiz et al., 2012).

**Reestructuración Cognitiva.** La reestructuración cognitiva es una técnica central en las terapias cognitivo-conductuales, cuyo objetivo es cambiar la forma en que una persona interpreta y valora subjetivamente sus experiencias. Esto se logra mediante el uso de herramientas como el diálogo socrático, la modelación y la práctica de nuevos hábitos cognitivos (Ruiz et al., 2012).

Lo que años después se conocería como reestructuración cognitiva, fue desarrollado e introducido en la literatura psicológica en el año 1958, por Albert Ellis. A través de las décadas fue ampliado y profundizado por la escuela de Aaron Beck.

### Técnicas Emocionales

**Técnica de Respiración.** El reentrenamiento respiratorio es una de las técnicas más empleadas para disminuir los niveles de activación en un individuo, ya que el ritmo respiratorio está influenciado por diversos mecanismos de regulación, incluidos factores emocionales y fisiológicos. El objetivo de esta técnica es enseñar un patrón respiratorio adecuado, centrado en el abdomen, y realizar movimientos exclusivamente en esta área, sin involucrar los músculos torácicos u otros (Ruiz et al., 2012). La técnica de respiración 3-3-6 es un ejercicio de respiración que consiste en inhalar durante 3 segundos, retener el aire durante 3 segundos y exhalar durante 6 segundos. Se recomienda para aprender a respirar en situaciones de ansiedad o depresión.

**Relajación Progresiva de Jacobson.** Es una técnica que busca suprimir progresivamente todas las tensiones musculares con el fin de provocar una tranquilidad mental;

está dirigida a lograr niveles profundos de relajación muscular, enseñando al sujeto a identificar la tensión en distintas áreas de su cuerpo. Con el tiempo, el individuo adquiere la capacidad de alcanzar una relajación muscular profunda, reduciendo la tensión fisiológica y contrarrestando la sensación subjetiva de ansiedad (Jacobson, 1939).

### **2.5.2. *Instrumentos:***

#### **Inventario de Depresión de Beck II**

Título original de la Prueba: Beck Depression Inventory (BDI - II)

Título en español	: Inventario de Depresión de Beck II
Autor	: Aron Beck
Año de Publicación	: 1979
Forma de Administración	: Individual y colectiva
Edad de Aplicación	: Adultos (16 a 64 años)
Tiempo de Aplicación	: No hay tiempo límite
Validez	: Concurrente. Correlación media con la Escala de Hamilton de 0.73 para pacientes psiquiátricos y de 0.74 para sujetos no psiquiátrico.
Confiabilidad	: Confiabilidad test retest $r = 0.69$ a $0.90$ y dos mitades: $r = 0.58$ a $0.93$ , y validez concurrente $r = 0.62$ a $0.77$ .

**Descripción de la prueba.** Se trata de un inventario auto aplicado de 21 ítems, cuyo objetivo es detectar y cuantificar el síndrome depresivo. Dentro de la versión de 1961 se empleaban las respuestas de 4 a 6, clasificando de menor a mayor el nivel de severidad; para la versión de 1979, se redujeron a tan sólo 4 alternativas jerarquizadas. Los contenidos de este inventario están centrados sobre los síntomas cognitivos de la depresión mediante un bloque principal de 15 ítems, del mismo modo, los síntomas somático-vegetativos constituyen otro bloque de 6 ítems.

**Administración.** Se le indica al participante: “En este inventario hay oraciones sobre el modo que te has comportado, sentido y actuado en estas últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy, marca con una X sólo una de las alternativas. No hay respuestas correctas ni incorrectas”. Además, se recomienda utilizar dos pruebas simultáneas, el evaluador debe leer las preguntas junto con el paciente en caso de sospechar niveles moderados o severos de depresión (en casos de marcada tristeza y baja funcionalidad), también es aconsejable leer las preguntas y guardar la puntuación en un inventario separado, y terminar haciendo exámenes cruzados para profundizar en la causalidad de los síntomas.

### **Calificación.**

El puntaje total de este inventario es obtenido mediante la sumatoria del puntaje obtenido a través de cada una de las opciones en el primer y segundo ítems (21 ítems). Las respuestas en cada ítem se clasifican del menor al mayor grado, de 0 a 3.

**Interpretación.** Los resultados están clasificados por niveles según la suma de los ítems.

### **Tabla 1**

*Puntajes de los niveles del inventario de depresión de Beck II*

<b>Puntaje</b>	<b>Niveles</b>
0-13	Depresión Mínima
14-19	Depresión Leve
20-28	Depresión moderada
29 a 63	Depresión grave

### **Inventario clínico multiaxial de Millón II.**

Autor/es	: Theodore. Millón
Publicación	: Madrid: TEA, 1999
Notas a la medición	: Exploración e identificación de personas con dificultades emocionales que puedan requerir atención profesional.
Adaptación Peruana	: Se realizó la aplicación en hospitales de salud mental durante el 2007 Ámbito de aplicación clínica.
Número total de ítems	: 175 con respuesta dicotómica
Forma de aplicación	: Individual y Colectiva 20 a 25
Confiabilidad	: Solís hayo la fiabilidad de sus escalas clínicas por encima del 0.80

**Descripción de la prueba:** El Millón-II es un cuestionario de personalidad de 22 escalas diseñado en base a la teoría de la personalidad de Theodore Millón, cuyo objetivo es obtener información para la toma de decisiones en el tratamiento de participantes con dificultades emocionales e interpersonales; se aplicó e investigó en nuestra población con pacientes de salud mental.

**Administración.** Consta de 175 ítems con un formato de respuesta de dos opciones, Verdadero/Falso, que requiere un tiempo relativamente corto de 15 a 25 minutos.

**Calificación.** La puntuación se realiza de forma manual o informática, sumando las afirmaciones de los ítems dentro de sus respectivas escalas, siendo las más importantes aquellas puntuaciones superiores a 85 puntos. Además, existen escalas internas de validez, sinceridad, deseabilidad y alteraciones para corroborar que los resultados no han sido manipulados por el evaluado.

**Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith, versión Adultos.**

Autor: Stanley Coopersmith

Administración: Individual y colectiva.

Duración: Aproximadamente 15 minutos.

Niveles de aplicación: De 16 años de edad en adelante.

Finalidad: Medir las actitudes valorativas hacia sí mismo, en las áreas: Personal, Familiar y Social de la experiencia de un sujeto.

**Descripción del instrumento:**

El Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos, de acuerdo al análisis del inventario en referencia se puede observar que a diferencia de la versión Escolar (original), el Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos toma como referencia los primeros 25 ítems del primer inventario en mención, modificando los reactivos correspondientes al de las áreas “Hogar Padres” por el de “Familiar” (06 reactivos), y unifica las áreas “Social Pares y Escolar” en uno solo, al que denomina “Área Social” (07 reactivos); y con relación al contenido de los ítems, éstos son similares a los que se mencionan en el inventario original.

Está compuesto por 25 ítems, en los que no se encuentran incluidos ítems correspondientes a la escala de mentiras. La prueba se encuentra diseñada para medir las actitudes valorativas con adolescentes y adultos a partir de los 16 años de edad en adelante.

Los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de verdadero o falso. Los 25 ítems del inventario generan un puntaje total, así como puntajes separados en tres áreas:

**Si mismo general.** El cual refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.

**Social.** Se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. Así como sus referentes a la vivencia en el

interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional.

**Familiar:** Expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.

**Administración.** La administración puede ser llevada a cabo en forma individual o grupal (colectivo). colectiva y tiene un tiempo aproximado de 20 minutos.

**Puntaje y calificación.** El puntaje máximo es de 100 puntos. Cada respuesta vale un punto, así mismo un puntaje total de autoestima que resulta de la suma de los totales de las subescalas multiplicadas por 4.

La calificación es un procedimiento directo, el sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de Verdadero (Tal como a mí) o Falso (No como a mí).

Los puntajes se obtienen haciendo uso de la clave de respuestas se procede a la calificación. El puntaje se obtiene sumando el número de ítem respondido en forma correcta (de acuerdo a la clave) y multiplicando éste por dos (4), siendo al final el puntaje máximo 100.

#### **Clave de respuesta:**

- Ítems Verdaderos: 1,4,5,8,9,14,19,20.
- Ítems Falsos: 2,3,6,7,10,11,12,13,15,16,17,18,21,22,23,24,25.

#### **Sub escalas:**

- Si mismo general: (13 ítems) 1,3,4,7,10,12,13,15,18, 19,23,24,25.
- Social: (6 ítems) 2,5,8,14,17,21.
- Familiar: (6 ítems) 6,9,11,16,20,22.

#### **Categorías**

Los intervalos para cada categoría de autoestima son:

**Tabla 2***Puntajes de los niveles del Inventario de Autoestima*

<b>Puntaje</b>	<b>Niveles</b>
0 - 24	Nivel de Autoestima Bajo
25 - 49	Nivel de Autoestima Medio bajo
50 -74	Nivel de Autoestima Medio alto
75 a 100	Nivel de autoestima Alto.

**Validez y Confiabilidad**

En las investigaciones realizadas para la elaboración del presente manual, no se han encontrado antecedentes relacionados a la aplicación de la prueba en nuestro medio que permitan dar a conocer la validez o confidencialidad de la misma. Aunque actualmente se viene trabajando en la Universidad de Lima un estudio con muestras significativas.

**El Test de Pensamientos Automáticos A****aron Beck**

- Nombre: Test de Pensamientos Automáticos
- Autor: Aaron Beck
- Tiempo: Aproximadamente 15 minutos
- Forma de aplicación: Individual y colectiva
- Población: A partir de los 15 años
- Finalidad: Identificar los principales tipos de pensamientos automáticos de las personas y sobre esta base ayudar a las mismas a interpretar de otra forma sus pensamientos y su vida.

**Características de la prueba:**

El Test está compuesto por un total de 45 ítems, los cuales se presentan en una escala de 0 a 3, de la siguiente manera: (0) Nunca pienso en eso, (1) Algunas veces lo pienso, (2)

Bastantes veces lo pienso y (3) Con mucha frecuencia lo pienso.

### Puntuación

Sumar las puntuaciones obtenidas en cada una de las siguientes preguntas, de acuerdo al siguiente orden:

**Tabla 3**

*Puntajes para la obtención de los pensamientos Automáticos de Beck*

Ítems	Pensamientos	Sumatoria
1-16-31	Filtraje: ¡Todo es negativo! Nada es positivo	
2-17-32	Pensamiento polarizado: ¡Blanco o negro! Lo hago bien o mal.	
13-18-33	Sobre generalización: ¡Siempre fracasaré!	
4-19-34	Interpretación del pensamiento: Piensa esto de mi...	
5-20-35	Visión catastrófica: "Va a suceder esto..." (que suele ser lo peor)	
6-21-36	Personalización: "Eso lo está diciendo por mí...; Yo soy más... / menos..."	
7-22-37	Falacia de control externo: "No puedo hacer nada..."	
8-23-38	Falacia de justicia: "No hay derecho a..." "Es injusto que..."	
9-24-39	Razonamiento emocional: "Si lo siento así, es que es verdad"	
10-25-40	Falacia de cambio: "Si tal cosa cambiara entonces yo podría..."	
11-26-41	Etiqueta global: ¡Qué torpe soy!	
12-27-42	Culpabilidad: "Por mi culpa...", "Por su culpa..."	
13-28-43	Debería: "Debo de...", "No debo de..."	
14-29-44	Falacia de razón: "Tengo la razón..." "Sé que estoy en lo cierto..."	
15-30-45	Falacia de recompensa divina: "El día de mañana tendrá mi recompensa"	

**Tabla 4**

*Puntajes Efecto Emocional de los pensamientos Automáticos de Beck*

<b>Puntajes</b>	<b>Niveles</b>
0 - 2	Indicador elevado
2 - 5	Indicador moderado
6 - 9	Indicador sugestivo

**Pensamientos automáticos:** una puntuación de dos o más para cada pensamiento automático suele indicar que le está afectando actualmente de manera importante ese tema.

**Distorsiones cognitivas:** Una puntuación de 6 o más, en el total de cada distorsión, puede ser indicativa de cierta tendencia a padecer determinada forma de interpretar los hechos de su vida.

#### **Tipos de Validez:**

**Contenido.** Se analiza la construcción del instrumento y su confiabilidad la cual es buena lo que da paso a su aplicabilidad.

#### **Estandarización:**

**Consistencia Interna de los ítems.** Se determina si los ítems miden de manera correcta los factores y si se correlacionan entre sí, el instrumento tiene un resultado del 0.91, que se considera una correlación muy alta, demostrando que si mide de manera confiable los factores.

**Consistencia Interna de los Factores.** Se determina si los factores miden de manera correcta y confiable la dimensión que, en este instrumento en las distorsiones cognitivas, con un resultado aceptable en la mayoría de factores, se determinó que la prueba si mide de manera confiable la dimensión de pensamientos automáticos-distorsiones cognitivas.

#### **Confiabilidad de la Prueba**

Para la confiabilidad de la prueba se dividió en dos mitades la población piloto para la realización del análisis, dando como resultado 0,82 lo cual es una puntuación buena lo que demuestra la fiabilidad de la prueba y sus resultados.

### **2.5.3. Evaluación Psicológica**

#### **Historia Psicológica**

##### **Datos de filiación:**

Nombres y apellidos : Obdulia V.R  
 Edad : 35 años  
 Fecha de nacimiento : 10 de mayo de 1987  
 Sexo : Femenino  
 Estado civil : Soltera  
 Número de hermanos : 2/8 hermanos  
 Lugar de residencia : Puente Piedra  
 Grado de instrucción : Técnica Superior  
 Ocupación : Independiente  
 Lugar de entrevista : Centro de Salud Mental Comunitario.  
 Examinador (a) : Lic. Kelly Ortiz Zelada

##### **Observación Psicológica:**

La evaluada tiene 35 años de edad, presenta una contextura delgada, tez trigueña, cabello lacio y mediano. Lleva una vestimenta de temporada y muestra buen aliño personal.

Durante la entrevista presento adecuada orientación en el tiempo, espacio y persona. Respondió a las preguntas de forma clara, manteniendo un tono de voz adecuado y mostrándose concentrada ante las preguntas realizadas. Sin embargo, con algunas preguntas presentó tonalidad de voz llorosa y llanto durante la entrevista.

El ambiente donde se realiza la entrevista es iluminado, durante el proceso de entrevista se le observa una postura corporal desganada, se mantiene recostada en el asiento y evidencia pocos movimientos corporales para acompañar sus expresiones verbales; mientras que estos son demostrados sólo cuando enfatizaba emociones como tristeza y enojo. Su rostro se mantiene

serio la mayoría del tiempo, y por momentos evidencia algunas expresiones de llanto, con lágrimas y sensación de falta de aire. Con respecto a su lenguaje es claro, el tono de voz se encuentra en un volumen moderado, el contenido es apropiado y centrado, demuestra coherencia en la organización y expresión de sus ideas. Por otro lado, mantiene una actitud de colaboración desde el inicio hasta el final del proceso de la entrevista.

### **Motivo de consulta:**

Usuaria refiere que: “hace 6 meses termine la relación con mi pareja, con el cual tenía seis años de convivencia y relata que “me entere de su infidelidad”; yo lo encare y me lo negó al inicio, pero yo llame a la mujer con quien me engañaba y me dijo que solo eran amigos; todo eso me hizo sentir muy mal”. Añade: “desde entonces me la he pasado llorando todo el día, asimismo, refiere: “Ha habido otras veces en la que me engaño, y él terminaba diciendo, que ya no me quería, pero después de un tiempo corto nos dábamos una oportunidad más, en “cambio ahora no sé qué le paso no sé, por qué me ha dicho que ya no me ama”, me hecho la “culpa de que no hayamos tenido hijos”, “el me culpa por los dos abortos espontáneos que sufrió”, al recordarlo siempre me pongo muy triste.

Expresa: “He estado muy triste, desanimada en todo este tiempo, aun así, por lo cual no puedo continuar con mis actividades diarias; como hacer los quehaceres de la casa, ya no tengo la misma energía y concentración de antes, por ratos me olvido las cosas que estoy haciendo”; añade: “tengo dificultad para concentrarme me siento triste, a veces me conversan y no presto atención, es “como si mi cuerpo está aquí y mi mente en otra parte”. Considero que todo esto es debido a que no puedo dejar de pensar en mi ex pareja. En alguna ocasión me he olvidado de darle comida a mis mascotas, además tengo muchas discusiones con mis hermanos, porque no quiere apoyar con los gastos de la casa, ni ayudar en mantener ordenada la casa... a veces eso es muy estresante”. Refiere: “A veces me quedo pensando por qué tengo mala suerte; si yo soy una buena persona, no le hago nada malo a nadie, ya no disfruto de las actividades

que me gustaban realizar antes; salir con mis amistades, ir al gimnasio, salir a pasear, no salgo; no tengo ganas. Agrega: “No puedo estar mal, tengo que enfrentarlo, no me puedo caer, porque si me caigo no tengo de quien sostenerme, siento que no hay alguien que me quiera; no le importo a nadie, ni a mí familia”. A veces pasan cosas por mi cabeza, y he llegado a pensar que sería mejor desaparecer, pero luego pienso “quien va cuidar de mi hermano” … “por el soy luchadora y fuerte, lo hago porque lo quiero mucho, es como un hijo para mí”.

En cuanto a las actividades que ha dejado de hacer expresa que: “he dejado de hacer ejercicios, salir con mis amistades, prefiero encerrarme en mi cuarto”. Además, menciona: “Ahora no tengo ganas de salir a la calle, si podría hacerlo, pero no me da ganas”. “Yo no quiero ver a nadie; me siento mejor estando sola en mi casa”.

En relación al futuro, comenta: “me siento perdida, sin saber que será de mi vida, tengo mucho miedo a quedarme sola”. Por otro lado, menciona: “desde que era adolescentes siempre he discutido con mi madre, creo que tengo que mejorar mi carácter; a veces soy muy renegona”. Durante estos años he tratado de mejorar, siendo mejor hija, hermana y pareja; “pero nada me sale bien”.

### **Problema Actual:**

Desde hace aproximadamente seis meses, la usuaria menciona presentar los siguientes síntomas durante gran parte del día, casi todos los días: estado de ánimo bajo (tristeza), aumento de la irritabilidad, disminución evidente del interés por la mayoría de actividades que antes realizaba, alteración del sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la autoestima, olvidos y problemas para concentrarse durante todo el día, además de dificultades para socializar.

Con relación a los estímulos desencadenantes que le afectan, se identifican estímulos internos: cuando recuerda la ruptura con su pareja, y cuando ya ha terminado todos los deberes de la casa y no tiene nada que hacer. Además, menciona: “Tengo la culpa por todo lo que paso”,

cuando olvida hacer deberes del hogar, cuando recuerda la frase que le dijo su expareja “ya no te amo”, cuando recuerda que su pareja le decía que “por tu culpa no tuvimos hijos”, “nadie te va querer” “no le importas a nadie”.

Presenta pensamientos distorsionados: “mi pareja me dejó porque no pude darle hijos”, “No puedo cambiar esto”, “no le importo a nadie”, “al parecer mi pareja nunca me quiso, solo fui un juego para él”, “¿por qué siempre me salen las cosas mal?”, “nadie me quiere”, “nada me sale bien”.

En lo que respecta a las emociones, siente frustración, irritabilidad, tristeza, culpa, ansiedad y angustia.

En cuanto a sus conductas motora, se encierra en su cuarto, se encierra en su casa, no sale con sus amistades, ha dejado de ir al gimnasio y de estudiar inglés. Se demora en alistarse cuando va a trabajar.

Experimenta síntomas fisiológicos: dificultad para conciliar el sueño (4 horas), energía disminuida, y también presenta llanto (5 veces por semanas, aproximadamente) cada vez que recuerda a su pareja y cuando recuerda la perdida de sus bebés.

### **Desarrollo cronológico del problema**

Obdulia argumenta que, durante su niñez y adolescencia, su relación con la madre fue una relación distanciada y con escasa atención emocional. Su madre constantemente la comparaba con su hermano mayor: “¿por qué no eres tan estudioso como tu hermano?”, y “¿cómo mis hijos son hábiles y tú no?”. Indica que se cuestionaba a sí misma “¿por qué ella es así conmigo y distinta a sus otros hijos?”, y se respondida; “seguro porque no me quiere como a ellos”.

La usuaria menciona que anteriormente, cuando tenía 11 años aproximadamente, en su casa ocurrían muchas discusiones debido a desacuerdos entre sus padres por problemas económicos, por la crianza de los hijos. Otro de los factores que contribuía a que haya pleitos,

eran las constantes comparaciones entre los hermanos.

Refiere que su madre es muy impulsiva y no la protegió, cuando la necesitaba y en algunas ocasiones llegó a pensar que “debería estar muerta”; sin embargo, no planificó o intentó hacer algo para atentar contra su vida. La usuaria refiere que el motivo de esos pensamientos es principalmente porque sentía que ambos padres no le daban cariño y escucha, y por haber preferencia hacia sus hermanos. Obdulia, pensaba “¿por qué serán así conmigo?”, “¿qué hago en este mundo?”; además de ello, pensó “ni mi pareja me quiso, me engaño y se fue con otra”.

Refiere que vino a Lima a vivir con su hermana a la edad de 14 años aproximadamente, porque ya no toleraba la relación que tenía con su madre; discutían muy seguido, ella en ocasiones la castigaba, ya no toleraba ese ambiente, por eso decidió venir a vivir a Lima con su hermana.

Obdulia recuerda que se le hizo muy difícil culminar los estudios escolares, porque no tenía nadie que la apoye, pero así llegó a terminar su secundaria.

A la edad de 15 años tuvo su enamorado, pero fue una relación corta, un amor de adolescentes, pero con él tuvo su experiencia sexual.

A los 20 años estuvo estudiando, terminó la carrera técnica de contabilidad y además estudio costura, estuvo trabajando un tiempo como técnica administrativa y costurera. Pero luego se interesó por el maquillaje y estuvo estudiando maquillaje por un año y pronto se dedicó a trabajar en maquillaje en un salón de belleza.

A los 29 años inicio una relación con su expareja hace 6 años, al inicio de la relación teníamos una relación muy bonita, pero cuando comenzamos a convivir él me insultaba y me decía que estaba “gorda”, que me cuide más. Luego quedé embarazada, pero perdí a mi bebé, eso me afectó muchísimo, él me culpaba por no haberme cuidado. Luego hace dos años atrás volví a quedar embarazada, pero tuve un aborto espontáneo y también lo perdí. Esta situación me deprimió mucho, y lloraba cuando recordaba a mis bebés.

## **Historia Personal**

### **Embarazo**

La evaluada menciona que tuvo dos abortos espontáneos.

### **Parto**

No cuenta con la información.

### **Desarrollo psicomotor**

Recuerda que para aprender a caminar, hablar y controlar los esfínteres recibió apoyo de la abuela materna; en cambio, la madre utilizaba el maltrato físico como estrategia correctiva y cada vez que cometía alguna equivocación le gritaba, le daba manotazos, le pegaba con la correa.

Refiere que sufrió un accidente, donde se rompió el brazo. Llegó a padecer una enfermedad llamada rosácea, pero fue algo tratable y llegó a superarlo.

### **Conductas inadecuadas**

Menciona que no considera que haya presentado conductas inadecuadas. Comenta que, en los niveles de inicial y primaria solía copiar las tareas, era tranquila y no les dio ningún problema a sus padres en su etapa escolar.

### **Niñez**

La usuaria menciona que los maltratos físicos y psicológicos descritos continuaron hasta aproximadamente los 13 años, aunque no con la misma intensidad, ya que vino a Lima a vivir con su hermana. No tiene buenos recuerdos de su infancia, por que menciona que su madre era poco afectiva con ella. Y su padre por evitar los problemas con su madre, no la defendía cuando su mamá le gritaba, sin embargo con el siente mayor cercanía y confianza.

### **Escolaridad**

Durante su secundaria fue una estudiante promedio, era poco sociable. Recuerda, era una estudiante promedio y alcanzaba un promedio de 15 en el rendimiento académico general.

## **Relaciones interpersonales**

Obdulia menciona que durante su adolescencia era muy tímida y poco sociable. En la secundaria, menciona que deseaba salir, tener amigos e ir a fiestas, pero sus padres no se lo permitían. Se sentía sola, y experimentaba aburrimiento al cumplir con la misma rutina.

## **Trabajo**

Señala que empezó a laborar a los 20 años, como secretaria porque estudio auxiliar en contabilidad. Luego estudio costura en el ministerio de educación y comenzó a trabajar por algunos años como costurera. Posteriormente estudio cosmetría, pero solo lo estudio por 1 año, y se interesó por el maquillaje profesional y uñas acrílicas lo cual ha estado ejercido ocasionalmente. Actualmente trabaja en atención al cliente 3 veces por semana.

## **Sexualidad**

Refiere que a los 15 años tuvo su primera relación sexual con el primer enamorado. Menciona que no ha tenido muchas parejas sexuales, por considera que le cuesta disfrutar de su sexualidad.

Su última pareja le fue infiel, después de 6 años de relación y de convivencia. Ella descubrió mensajes de otra mujer en el celular de su pareja y eso ocasionó mucha tristeza; sin embargo, no padeció un malestar de alta intensidad dado que según refiere: “la relación ya no estaba funcionando en el último año”, peleaban constantemente y el la trataba muy mal.

## **Historia Familiar**

### **Madre: Rufina**

Edad	: 57 años
Natural	: Huánuco
Ocupación	: Ama de casa
Estado civil	: Convivientes
Grado de instrucción	: Primaria

Religión : Católica

**Características Personales:** Paciente describe “Ella es fría, no le hablo mucho, no hay confianza entre ambas, sólo le converso de cosas superficiales ya que no hay suficiente cercanía, no me da consejos, y sólo apoya a mis hermanos, a quienes prefiere y cuida hasta ahora”. La relación con mi madre siempre ha sido conflictiva, porque no me gusta que mi mamá me reclame por mi último hermano porque yo me hago responsable hace 3 años, ella no me ayuda en nada. Yo he sido como una madre para mis hermanos porque yo los he criado a los tres.

### **Padre: Estele**

Edad	: 58 años
Natural	: Huánuco
Ocupación	: Agricultor
Estado civil	: Conviviente
Grado de instrucción	: Primaria
Religión	: Católica

**Características Personales:** Lo describe como una persona muy calmada, paciente. Con quien tiene una relación muy cercana y afectuosa.

Menciona que su relación con él es buena, de confianza y de apoyo mutuo, ella menciona que prefiere contarle los problemas a él, porque siente que la entiende y la apoya. Sin embargo, recuerda que cuando ella era niña, su padre estuvo muy ausente por que trabajaba y no paraba en casa. Refiere que a diferencia de su madre él es alegre, carismático y ocurrente.

### **Hermano: Percy**

Edad	: 24 años
Natural	: Huánuco

Ocupación : Trabajo ocasional

Estado civil : Soltero

Grado de instrucción :

Secundaria completa Religión :

Católica

**Características personales:** Obdulia menciona que su hermano ahora la apoya con los gastos de su último hermano, su relación es poco cercana y distante.

#### **Hermano: Esaul**

Edad : 20 años

Natural : Huánuco

Ocupación : Trabajador de limpieza

Estado civil : Soltero

Grado de instrucción : Técnico

Incompleto Religión : católica

**Características personales:** Usuaria expresa: “él no quiere dar nada para los gastos de la casa a pesar que él trabaja”, él está mal acostumbrado, yo creo que la culpa es de mi mamá porque ella lo ha criado así”. Con el he tenido varias discusiones hasta peleas, porque no apoya en nada.

#### **Hermano: Eliseo**

Edad : 14 años

Natural : Huánuco

Ocupación : Estudiante

Estado civil : Soltero

Grado de instrucción : 5to de secundaria Religión : católico

**Características personales:** Evaluada menciona: “Él es un buen hermano, tranquilo, pero tiene malas costumbres que, a veces lo hacen inmaduro (a veces no quiere ayudar con los quehaceres), él es poco afectivo y expresivo, aunque yo con él sea más afectuosa. Agrega: “Es inteligente y tiene deseos de superación, algo que me parece correcto”.

**Antecedentes psiquiátricos de la familia:** No presenta.

### **Diagnóstico Funcional**

**Tabla 5**

*Diagnóstico funcional de la conducta*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Encerrarse en su habitación		Toma de decisiones
Evita salir con sus amigos y familiares Culpa	Higiene del sueño Desgano	
Tristeza	Salir a trabajar	Comunicación asertiva
Llanto		con sus

---

Cólera	familiares y
Pensamientos distorsionados como:	amigos
“Soy una inútil” “Mi madre tenía razón, por eso nadie puede amarme”, “nadie me quiere”, “no soy importante para nadie”,	Autoaceptación
“Me da miedo ser padre algún día y ser como mis padres” “Por mi culpa, mi pareja me engaño”, “Así nunca podré tener una relación estable, ni una familia”, “Es mi culpa que la relación termine, porque no pude tener hijos” “Siempre me salen las cosas mal”, “Sí mis padres me hubiesen apoyado nada de esto me hubiera pasado”.	Estrategias de afrontamiento
	Resolución de problemas

---

## Análisis Funcional

**Tabla 6**

*Análisis funcional de la conducta*

---

<i>Estímulos discriminativos</i>	<i>Niveles de Respuesta</i>	<i>Estímulos reforzadores</i>
<i>Fisiológico:</i>		
<i>Estímulo discriminativo</i>	Dolor de cabeza	<i>Estímulo</i>
<i>Interno:</i>	Llanto	<i>Reforzador Interno:</i>

---

---

Pensar que sus amigos le preguntaran sobre su ex.	Hiperventilación <b><i>Emocional</i></b>	Tranquilidad y sensación de alivio.
Recordar cuando salía con su ex y con sus amigos.	Culpa (9/10) Tristeza (9/10) Miedo (8/10)	“Si me reúno con mis amigos, me preguntaran por mi ex pareja”
<b>Estímulo</b>	<b><i>Motor/Conductual</i></b>	<b>Estímulo</b>
<b>discriminativo Externo:</b>	Se encierra en su habitación. Evita asistir a reuniones con sus amigos.	<b>Reforzador Externo:</b> No exponerse a que sus amigos le preguntan por su ex pareja.
Revisar su celular esperando llamadas o mensajes de su ex pareja.	Dejo de ir al gimnasio. Dejo de asistir a sus clases de inglés.	Amigos dejan de llamar y/o escribir vía whatsapp.
Discusiones constantes vía telefónicas con su madre.		

---

## Conductas Adaptativas / Desadaptativas

**Tabla 7**

*Conductas adaptativas / Desadaptativas*

<b>Adaptativas</b>	<b>Desadaptativas</b>
Motivación para el cambio. Asistir a sus sesiones terapéuticas.	Se encierra en su habitación a llorar. Insomnio.
Apertura comunicativa en el tratamiento.	Deja de lado sus responsabilidades laborales.
Cumple con las actividades asignadas en cada sesión.	Pensamientos negativos.
	Desvalorización de sí mismo. No levantarse de su cama por las mañanas para no ir a trabajar.
	Evita salir con sus amigos.
	Evitar comunicarse vía telefónica y redes sociales con sus amigos.
	Relación distante con sus padres.

## Línea Base

**Tabla 8**

*Línea Base*

<b>Síntomas fisiológicos</b>	<b>Síntomas cognitivos</b>	<b>Síntomas emocionales</b>	<b>Síntomas conductuales</b>
Dificultad para dormir	“Soy una inútil” “Mi madre tenía razón, por eso nadie puede amarme” “nadie me quiere”, “no soy importante para nadie”		Llora en la cama durante tres horas y luego se queda dormida.
Dolor de cabeza			Camina de un lado a otro cuando no puede dormir.

---

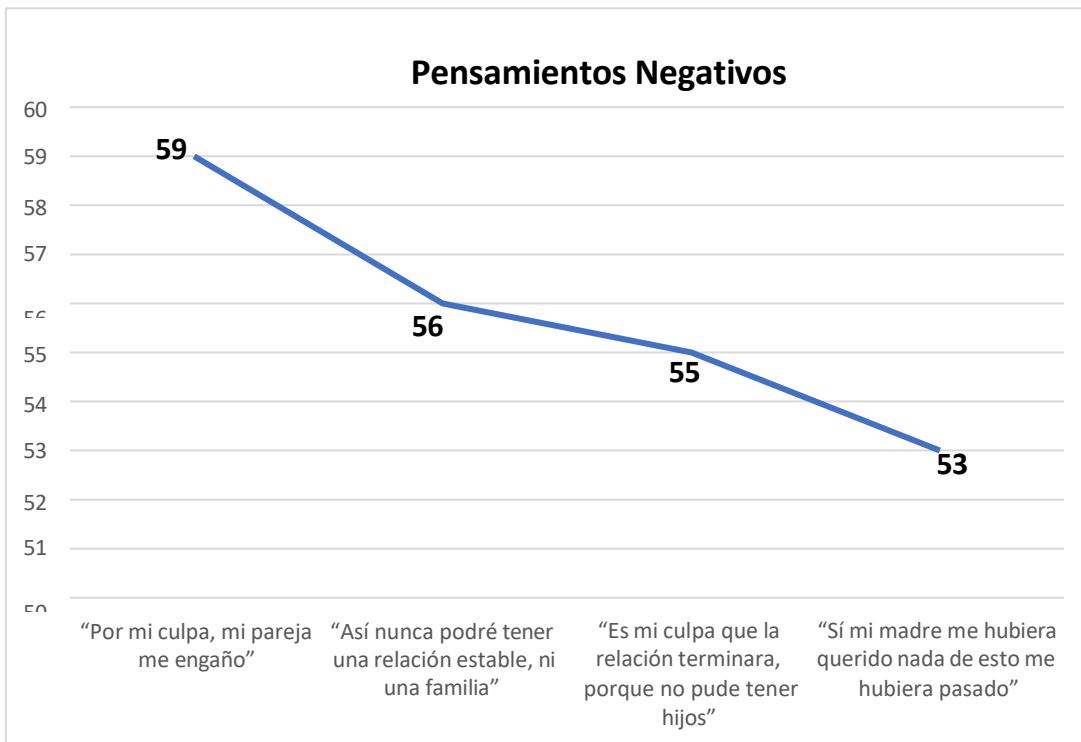
	<p>“Me da miedo ser madre algún día y ser como mis padres”</p>	Evitar salir con sus amistades y familiares.
Llanto constante	<p>“Por mi culpa, mi pareja me engaño”</p> <p>“Así nunca podré tener una relación estable, ni una familia”</p> <p>“Es mi culpa que la relación termine, porque no pude tener hijos”</p> <p>“Siempre me salen las cosas mal”</p>	<p>Tristeza (9/10)</p> <p>Culpa (9/10)</p> <p>Miedo (8/10)</p>
Desgano, desmotivación y cansancio	<p>“Sí mi madre me hubiera querido nada de esto me hubiera pasado”.</p> <p>“No puedo más”, “no vale la pena intentarlo”, “no me valoran” “nadie me quiere, no le importo a nadie”.</p>	<p>Se encierra en su cuarto a caminar.</p> <p>Ya no concurre al gimnasio</p> <p>Dejo de estudiar inglés</p> <p>Pérdida de interés por realizar actividades cotidianas.</p>

---

**Tabla 9***Registro de frecuencia de pensamientos de la usuaria, línea base*

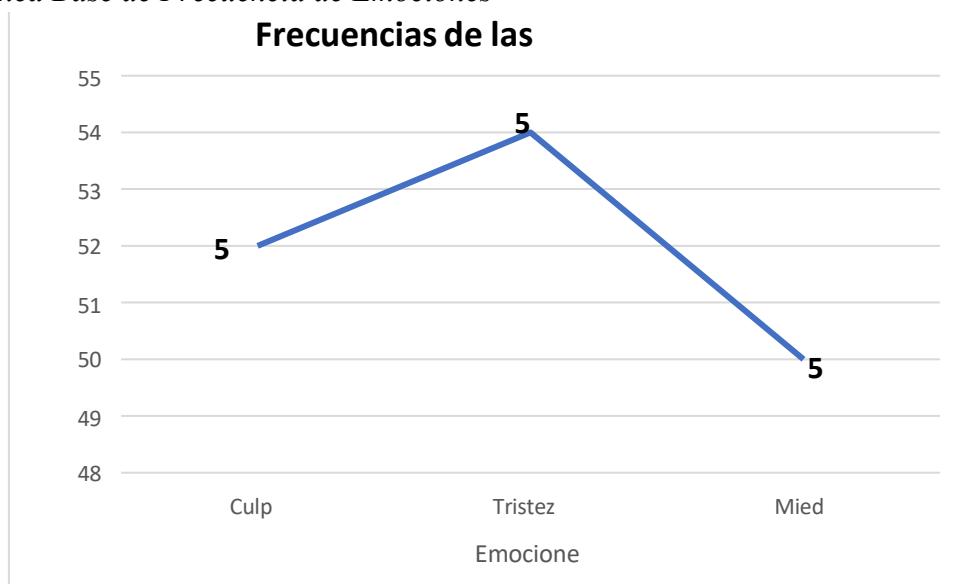
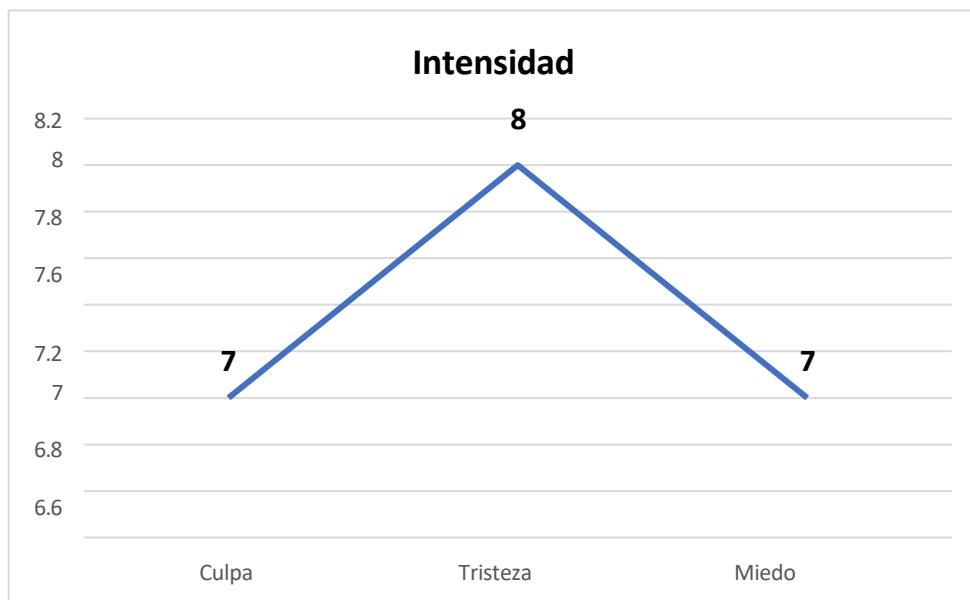
<b>Pensamientos Negativos</b>	<b>Lun.</b>	<b>Mart.</b>	<b>Mier.</b>	<b>Juev.</b>	<b>Vier.</b>	<b>Sab.</b>	<b>Dom.</b>	<b>Total</b>
“Por mi culpa, mi pareja me engaño”	9	8	8	7	9	9	9	<b>59</b>
“Así nunca podré tener una relación estable, ni una familia”	8	8	8	8	8	8	8	<b>56</b>
“Es mi culpa que la relación termine, porque no pude tener hijos”	7	8	7	9	8	7	9	<b>55</b>
“Sí mi madre me hubiera querido nada de esto me hubiera pasado”	7	8	7	7	8	8	8	<b>53</b>

En la tabla 9, la existencia de un total de 59 veces a la semana el pensamiento “Por mi culpa, mi pareja me engaño”; seguido de “Así nunca podré tener una relación estable, ni una familia” (56), “Es mi culpa que la relación termine, porque no pude tener hijos” (55) y por último el pensamiento. “Sí mi madre me hubiera querido nada de esto me hubiera pasado” (53). Indicadores de la frecuencia de pensamientos negativos e irracionales, que la usuaria repite durante toda la semana a la fecha de evaluación.

**Figura 1***Línea Base de Pensamientos Negativos***Tabla 10***Registro semanal de frecuencia e intensidad (1 – 10) de emociones de la usuaria, línea base*

Emoción	F / I	Lun.	Mart.	Mier.	Juev.	Vier.	Sab.	Dom.	Total
Culpa	F	7	8	7	8	8	7	7	52
(0-10)	I	8	7	6	7	7	6	7	7
Tristeza	F	8	7	6	7	8	9	9	54
(0-10)	I	8	8	7	7	7	8	8	8
Miedo	F	7	7	8	6	7	7	8	50
(0-10)	I	6	6	7	8	7	8	8	7

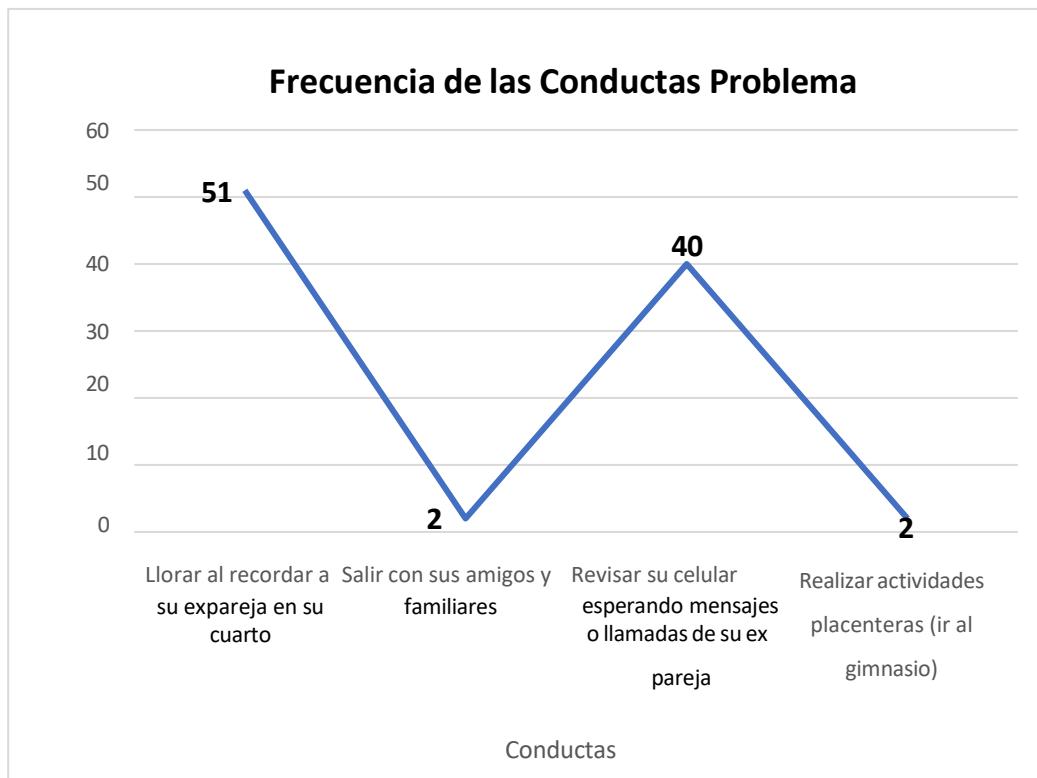
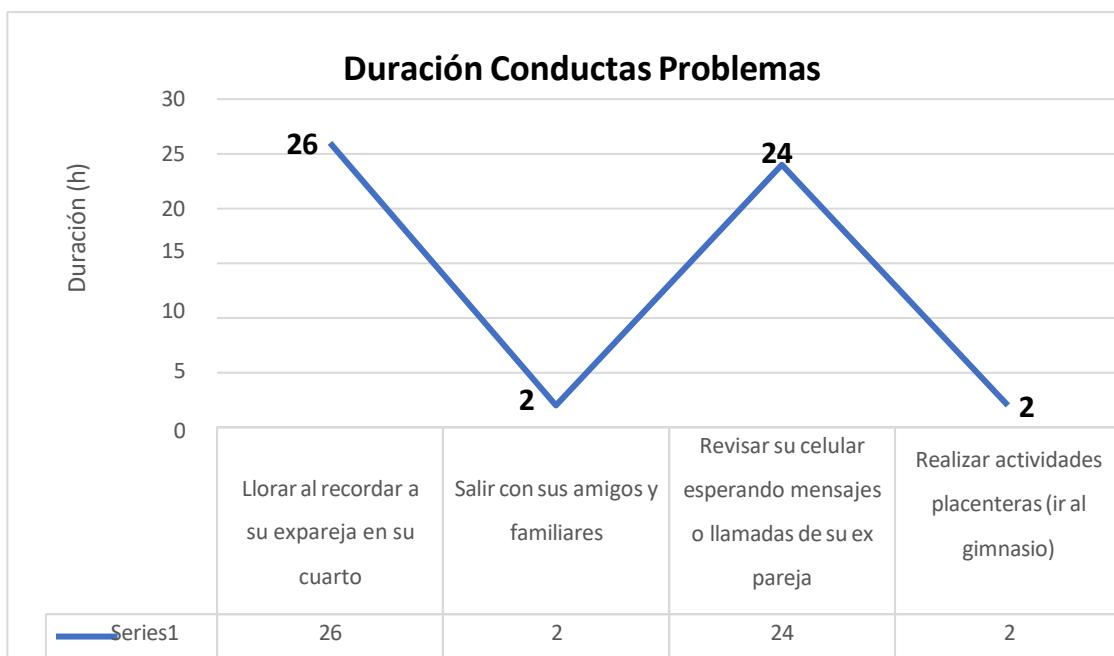
En la tabla 10 se observa que la emoción de tristeza tiene una frecuencia de 54 veces a la semana, con una intensidad de 8 como promedio; seguido de la emoción culpa con una frecuencia de 52 con un promedio de intensidad de 7 y finalmente la emoción miedo con una frecuencia de 50 veces a la semana con una intensidad de 7 como promedio.

**Figura 2***Línea Base de Frecuencia de Emociones***Figura 3***Línea Base de Intensidad de Emociones*

**Tabla 11***Registro semanal de frecuencia y duración de conductas problema, línea base*

<b>Conductas</b>	<b>F/ D</b>	<b>Lun.</b>	<b>Mart.</b>	<b>Mier.</b>	<b>Juev.</b>	<b>Vier.</b>	<b>Sab.</b>	<b>Dom.</b>	<b>Total</b>
Llorar al recordar a su expareja en su cuarto	F D	6 3 h	7 4 h	7 3 h	6 4 h	8 5 h	8 3 h	9 4 h	<b>51</b> <b>26 h</b>
Salir con sus amigos y familiares	F D	0 0h	1 1h	0 0h	1 1h	0 0h	0 0h	0 0h	<b>2</b> <b>2 h</b>
Revisar su celular esperando mensajes o llamadas de su ex pareja	F D	5 3 h	6 4 h	5 3 h	6 4 h	6 3 h	6 3 h	6 4 h	<b>40</b> <b>24 h</b>
Realizar actividades placenteras (ir al gimnasio)	F D	0 0 h	0 0 h	1 1 h	0 0 h	0 0 h	1 1 h	0 0 h	<b>2</b> <b>2 h</b>

En la tabla 11 se observa que la conducta de llorar cuando recuerda a su ex pareja en su cuarto tiene una frecuencia de 51 veces a la semana con una cantidad de 26 horas; seguido de la conducta de revisar su celular esperando mensajes o llamadas de su ex pareja con una frecuencia de 40 veces a la semana con una cantidad de 24 horas; así mismo la conducta de salir con sus amigos y familiares tiene una frecuencia de 2 veces a la semana con una cantidad de 2 horas, seguido de la conducta de realizar actividades placenteras como ir al gimnasio con una frecuencia de 2 veces a la semana con una cantidad de 2 horas de duración.

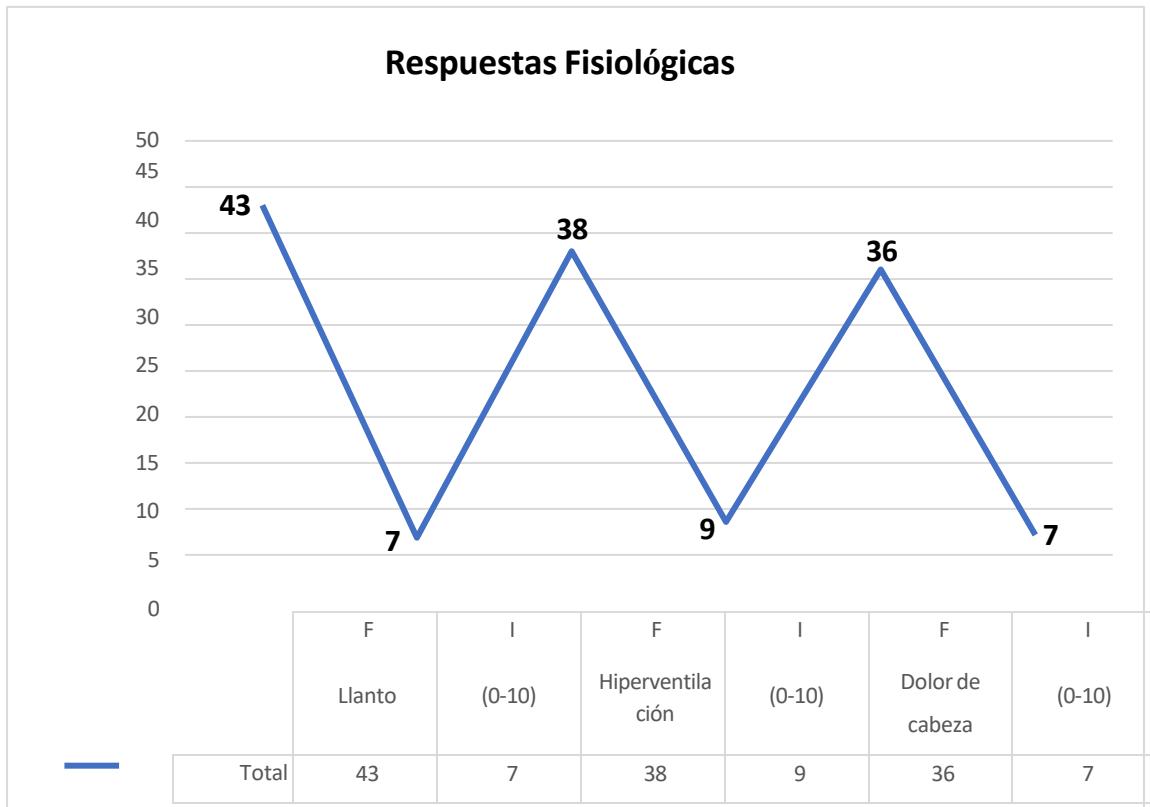
**Figura 4***Línea Base de Frecuencia de Conductas Problema***Figura 5***Línea Base de duración de Conductas Problema*

**Tabla 12**

*Línea base de frecuencia e intensidad (1 – 10) de las respuestas fisiológicas*

<b>Respuestas Fisiológicas</b>	<b>Frecuencia/ Intensidad</b>								<b>Total</b>
		<b>Lun.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Mier.</b>	<b>Juev.</b>	<b>Vier.</b>	<b>Sáb.</b>	<b>Dom.</b>	
Llanto (0-10)	F	6	6	6	7	7	5	6	<b>43</b>
	I	7	8	7	6	7	6	7	<b>7</b>
Hiperventilación (0-10)	F	5	6	5	5	6	5	6	<b>38</b>
	I	9	8	9	8	9	8	9	<b>9</b>
Dolor de cabeza (0-10)	F	5	5	4	6	5	6	5	<b>36</b>
	I	7	8	8	6	8	6	7	<b>7</b>

En la tabla 12 se observa que la respuesta fisiológica de llanto con una frecuencia de 43 veces a la semana con un promedio de intensidad de 7, dolor de cabeza tiene una frecuencia de 36 veces a la semana con un promedio de intensidad de 7; seguido de la hiperventilación con una frecuencia de 38 veces a la semana con un promedio de intensidad de 9.

**Figura 6***Línea Base de frecuencias e intensidad de las respuestas fisiológicas*

## Diagnóstico Tradicional:

**Tabla 13**

*Criterios según el DSM V para Depresión Moderada*

Criterios DSM V	Presentes en la usuaria
	La evaluada presenta:
A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.	Estado de ánimo deprimido
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas.	Disminución del interés por el trabajo y actividades recreativas. Ha perdido 6kg en los últimos dos meses.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.	Demora en conciliar el sueño (6 hr aproximadamente) y logra dormir 3 horas como máximo.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	Se siente fatigada y culpable por su separación.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.	Se le dificulta tomar decisiones respecto a su vida laboral y sentimental.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).	Piensa en “que ya no puede más con todo esto, ya estoy cansada”.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.	
<b>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o</b>	

---

deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

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

**E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

---

#### **2.5.4. Evaluación Psicométrica**

##### **Informe del inventario de Depresión de Beck II.**

###### **Datos de filiación**

Nombre y Apellidos	: Obdulia V. R.
Edad	: 35 años
Grado de instrucción	: Técnico Contable
Fecha de evaluación	: 01/02/2024
Psicóloga	: Lic. Kelly Ortiz Zelada

###### **Motivo de evaluación**

Evaluar la presencia e intensidad de los síntomas depresivos.

###### **Técnicas e instrumentos aplicados**

La entrevista psicológica

Informe del inventario de Depresión de Beck II

###### **Resultado**

Evaluada obtiene un puntaje de 27.

## **Interpretación**

Evaluada alcanza un nivel de depresión moderada ya que se evidencian síntomas de depresión en esa intensidad. Presenta tristeza gran parte del tiempo, pesimismo, sentimientos de fracaso, perdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad consigo misma, autocritica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, perdida de interés, indecisión, desvalorización, perdida de energía, cambios de hábitos de sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, y fatiga.

## **Conclusiones**

Evaluada presenta un nivel de depresión moderada

## **Recomendaciones**

Aplicar intervención cognitiva conductual para disminuir la intensidad de los síntomas presentes.

## **Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991).**

Nombre y Apellidos : Obdulia V.R

Edad : 35 años

Grado de instrucción : Técnico concluido Fecha de evaluación : 08/02/2024

Psicólogo : Lic. Kelly Ortiz Zelada

## **Motivo de evaluación**

Evaluar la presencia de pensamientos automáticos.

## **Técnicas e instrumentos aplicados:**

Entrevista Psicológica.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991)

## **Resultados:**

En relación a los pensamientos automáticos que le afectan, la usuaria evalúa la realidad de una forma distorsionada debido a la presencia de pensamientos de tipo: Falacia de control

externo (“No puedo cambiar esto”), Visión catastrófica (“mi pareja me engaño porque no pude tener hijos”), Interpretación del pensamiento (“mi pareja piensa soy poco para él”), Falacia de cambio (“si mi pareja cambiara entonces estaríamos bien”), Falacia de razón (“yo tengo razón, él, no”), Falacia de justicia (“no es justo que mi pareja me haya dejado por otra mujer”), y Falacia de recompensa divina (¿por qué no me salen las cosas si yo soy buena persona?). Por otro lado, presenta mayor sufrimiento emocional a causa del pensamiento tipo Etiqueta global (“soy una inútil”), Debería (“no me puedo caer, debo ser fuerte”) y pensamiento polarizado (“nadie me quiere”).

### **Conclusiones**

Su desenvolvimiento general se da a partir de algunas distorsiones cognitivas: Falacia de control externo, Visión catastrófica, Interpretación del pensamiento, Falacia de cambio, Falacia de razón, Falacia de justicia, y Falacia de recompensa divina.

La usuaria se ve afectada significativamente por el pensamiento tipo Etiqueta global, Debería, y pensamiento polarizado.

### **Informe del Inventario Clínico Multiaxial de Millón Datos de filiación**

Nombres y Apellidos	: Obdulia V.R
Edad	: 35 años
Grado de instrucción	: Técnico concluido
Fecha de evaluación	: 15/02/2024
Psicólogo	: Lic. Kelly Ortiz Zelada

### **Motivo de evaluación**

Evaluación del área de personalidad

### **Técnicas e instrumentos aplicados**

La entrevista psicológica

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Manual : MCMI - IV (Inventario Clínico

Multiaxial de Millon - II) [Manual], 2007).

## **Resultados**

### **Síndromes clínicos**

La evaluada presenta indicadores elevados en la escala Estrés postraumático, lo cual indica que debido a posibles experiencias de amenaza intensa vividas en el pasado, estaría presentando miedo de forma constante. Entre los síntomas más frecuentes que presenta debido a estos recuerdos se observan dificultades para relacionarse adecuadamente, sentimiento de culpabilidad y tristeza constante y pesadillas.

### **Patrones clínicos de la personalidad**

De igual forma se obtuvieron indicadores elevados en las escalas Evitativo y Depresivo, lo cual indica que la usuaria estaría presentando un patrón persistente de pensamientos, actitudes, conductas y autoconceptos relacionados con el autosabotaje. Ya que tiende a auto percibirse como una persona sin valor, vulnerable, y culpable, y frecuentemente se autocritica por decisiones tomadas. Mostrando así inestabilidad emocional, sentimientos de inseguridad, desorden de pensamientos, desconfianza, timidez, cólera, enojo y tristeza, con tendencia a retraerse del entorno y presentar una baja autoestima debido al temor constante y preocupación por la crítica y experiencias del pasado. Reflejando así la constante necesidad de apoyo y aprobación. Asimismo, tiende a irritarse con facilidad. Estas presentaciones estarían provocando que la paciente sienta constante motivación, actualmente ha perdido el interés por realizar actividades cotidianas y trabaja en aquellas áreas en las que ya tiene experiencia. Se observa una reducción de actividad cotidiana, lo cual estaría afectando en el aspecto social, familiar, personal y laboral.

## **Informe del Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith para adultos.**

### **Datos de filiación**

Nombre y Apellidos	: Obdulia V.R.
Edad	: 35 años
Grado de instrucción	: Técnico concluido
Fecha de evaluación	: 08/02/2024
Psicólogo	: Lic. Kelly Ortiz Zelada

### **Motivo de evaluación**

Evaluación de la autoestima.

### **Técnicas e instrumentos aplicados**

La entrevista psicológica

Inventario de autoestima de Stanley Coopersmith versión adultos.

### **Resultados**

**Tabla 14**

*Resultados del Inventario de autoestima de Stanley Coopersmith versión adultos.*

Escalas	Puntaje bruto	Categoría
Escala I: Sí mismo	8	Promedio General
Escala 2: Social	2	Autoestima baja
Escala 3: Familiar	1	Autoestima baja
Puntaje total de Autoestima	11	Autoestima baja

### **Interpretación**

En la tabla 14 según los puntajes obtenidos en cuanto al área de sí mismo, la usuaria presenta un nivel promedio, lo cual indica que tiende a reconocer los aspectos positivos y negativos de sus características físicas y psicológicas. En relación al área social, alcanza un

nivel bajo, lo que indica que Obdulia mantiene actitudes negativas hacia sí misma en relación a su desenvolvimiento social y en el área académica. En lo concerniente al área Familiar, evidencia un nivel bajo; presenta actitudes negativas respecto a la convivencia familiar, dado que los recuerdos y experiencias presentes influyen en su percepción negativa actual. Por último, la usuaria alcanza un nivel general bajo, en lo que respecta al nivel de autoestima total.

### **Conclusiones**

En cuanto al área de sí mismo, la usuaria presenta un nivel promedio. En relación al área social y familiar, alcanza un nivel bajo. Por último, la evaluada alcanza un nivel bajo, en lo que respecta al nivel de autoestima total.

### **Recomendaciones**

Aplicar intervención cognitiva conductual para mejorar el nivel de autoestima.

#### **2.5.5. *Informe psicológico integrador***

##### **Datos de filiación:**

Nombres y apellidos : Obdulia V.R.

Edad : 35 años

Fecha de nacimiento : 10 de mayo de

1987 Sexo : Femenino

Estado civil : Soltera

Religión : Católica

Número de hermanos : 2/8 hermanos

Lugar de residencia : Puente Piedra

Grado de instrucción : Técnica

completa

Ocupación : Atención al Cliente

Peso	: 65 kilos
Talla	: 1.65 metros
Lugar de entrevista	: Centro de Salud Mental
Comunitario Informante	: La usuaria
Evaluador	: Lic. Kelly Ortiz Zelada
Técnicas utilizadas	: Observación y entrevista
Instrumentos utilizados	: Inventario de Depresión de Beck II Segunda edición (BDI-II; Beck et al., 2006). Inventario Clínico Multiaxial de Millon ( (Millon y otros, 2007)). Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith, versión adultos. Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991).

## Análisis de Resultados:

### Área cognitiva:

En relación a los pensamientos automáticos que le afectan, la paciente evalúa la realidad de una forma distorsionada debido a la presencia de pensamientos de tipo: Falacia de control externo (“No puedo cambiar esto”), Visión catastrófica (“y si me pasa algo malo”), Falacia de cambio (“si mis padres me hubieran apoyado nada de esto me hubiera pasado”), Falacia de justicia (“no es justo que mi pareja me culpe por lo que paso”), y Falacia de recompensa divina (¿por qué no me salen bien las cosas si yo soy buena persona?). Por otro lado, presenta mayor sufrimiento emocional a causa de las cogniciones de tipo Etiqueta global (“soy una inútil”), Debería (“no me puedo derrumbar, debo ser fuerte por mi hermano”) y pensamiento dicotómico (“nadie me quiere”, “no soy importante para nadie”). Estas 3 últimos son concebidos como creencias dentro del caso.

En lo que respecta a la autoestima, mantiene un nivel general bajo, ya que presenta valoraciones negativas sobre su aspecto físico y habilidades sociales; presenta dificultades para recordar lo que está haciendo, y experimenta insatisfacción cuando recuerda que aún no concluye los estudios (uñas acrílicas y seguir estudiando inglés). Asimismo, percibe que no cuenta con el apoyo de su familia, y estas actitudes son reforzadas por experiencias negativas pasadas que sucedieron dentro del ámbito familiar.

**Área de la personalidad:**

La usuaria tiende a presentar un comportamiento introvertido, prefiere realizar actividades en casa, pero expresa mayor seguridad y espontaneidad con quienes están más cerca de él. Puede adaptarse a situaciones sociales ya que posee ciertas habilidades sociales que le permiten establecer relaciones interpersonales y afrontar las demandas laborales.

La usuaria presenta indicadores elevados en la escala Trastorno de estrés postraumático lo cual indica que debido a posibles experiencias de amenaza intensa vividas en el pasado, estarían presentando miedo. Estos indicadores también están ligados a la aparición de pensamientos intrusivos y recurrentes relacionados con el evento (flashbacks, pesadillas o sentimientos disociativos) los cuales estarían reactivando el malestar.

De igual manera en la escala Depresiva y evitativa, lo cual indica que la usuaria estaría presentando un patrón persistente de pensamientos, actitudes, conductas y autoconceptos relacionados con el autosabotaje. Ya que estas personas tienden a auto percibirse sin valor, vulnerables, inadecuados, sin éxito y culpables, y frecuentemente se autocritican. Mostrando así inestabilidad emocional, sentimientos de inseguridad, desorden de pensamientos, desconfianza, timidez, cólera, enojo y tristeza, con tendencia a retraerse del entorno y presentar una baja autoestima debido al temor constante y preocupación por la crítica y experiencias del pasado. Reflejando así la constante necesidad de apoyo y aprobación.

En cuanto a sus reacciones emocionales, presenta una capacidad limitada de inhibición

de sus expresiones emocionales negativas, que suelen ser espontáneas en situaciones no planificadas y con adecuado autocontrol en actividades rutinarias planificadas. Además, estas características la hacen vulnerable a situaciones inesperadas y poco estables en el tiempo. En ocasiones, al experimentar emociones no placenteras, estrés o frente estímulos ansiosos, debido a los elementos mencionados, podría presentar pesimismo, evasividad y constantes sentimientos de tristeza y tensión.

### **Área afectiva:**

La usuaria alcanza un nivel de depresión moderada ya que se evidencian síntomas de depresión. Presenta tristeza gran parte del tiempo, pesimismo, sentimientos de fracaso, perdida de placer, sentimientos de culpa, disconformidad consigo misma, autocritica, llanto, perdida de interés, indecisión, desvalorización, perdida de energía, cambios de hábitos de sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, y fatiga.

## **2.6. Intervención**

### **2.6.1. Plan de Intervención y Calendarización Cognitivo Conductual.**

**Tabla 15**

*Cronograma de Sesiones*

<b>FASE 01: EVALUACIÓN</b>		
<b>Nº de sesión</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas y Recursos</b>
1, 2 y 3	Elaborar la línea base mediante las evaluaciones seleccionadas para orientar de manera adecuada el programa de intervención cognitivo conductual.	Historia Clínica Evaluación Psicológica y Psicométrica
<b>FASE 02: INTERVENCIÓN</b>		
<b>Objetivo Nº 1:</b> Reducir las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión con las técnicas de respiración 3 x 3, respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson.		
<b>Nº de sesión</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas y Recursos</b>

	Reducir las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión con la técnica de respiración 3 x 3 y respiración diafragmática.	Psicoeducación Técnica de Respiración 3x3 Respiración Diafragmática.
--	---	--

4	Reforzar el aprendizaje de la técnica de relajación progresiva de Jacobson para reducir las respuestas fisiológicas y motoras asociadas a la depresión.	Psicoeducación Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.
---	---	---

**Objetivo N° 02:** Incrementar la frecuencia de actividades placenteras y funcionales de la paciente mediante la programación de actividades y la técnica de dominio y agrado.

---

6	Identificar y programar actividades placenteras y funcionales mediante la técnica de la programación de actividades placenteras.	Técnica de Programación de actividades <i>Fichas de registros</i> <i>Lista de Actividades Placenteras</i>
---	--	---

7	Evaluar cada actividad placente realizada en términos de agrado (placer) y dominio (sentimiento de logro).	Psicoeducación Técnica de Dominio y Agrado <i>Fichas de Registro</i>
---	--	--

8	Observar y registrar el impacto de las actividades en el estado de ánimo general de la usuaria.	Psicoeducación, Reestructuración Cognitiva Registro de Actividades
---	---	---

**Objetivo N° 03:** Disminuir la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos asociados a la depresión mediante la detención de pensamientos, registro de pensamiento y la reestructuración cognitiva.

---

9	Disminuir los pensamientos negativos asociados a la depresión mediante la detención de pensamientos automáticos.	Psicoeducación Listado de Pensamientos distorsionados <i>Formato de Autorregistros</i> Detención de pensamientos automáticos Psicoeducación
10	Disminuir los pensamientos negativos asociados a la depresión mediante la reestructuración cognitiva.	Reestructuración Cognitiva

11	Reforzar el aprendizaje del debate socrático para disminuir los pensamientos negativos asociados a la depresión.	Psicoeducación Debate Socrático
<b>Objetivo N° 04:</b> Reformar su autoconcepto, autoaceptación y autoimagen mediante la psicoeducación y técnicas de afrontamiento.		
12	Fomentar un autoconcepto positivo: Ayudar a la usuaria a reconocer sus cualidades, fortalezas y áreas de mejora sin juzgarse negativamente.	Psicoeducación Debate Socrático <i>Ficha de trabajo</i>
13	Fortalecer y reestructurar su autoestima, reconociendo su valía personal y aumentando su autoconfianza	Psicoeducación
14	Implementar estrategias de afrontamiento que permitan a la usuaria interactuar de manera eficaz y asertiva en distintos contextos sociales y familiares.	Debate Socrático Fichas de trabajo Psicoeducación estrategias de afrontamiento. Retroalimentación.
<b>Objetivo N° 05:</b> Fortalecer su nivel de asertividad y habilidades sociales para establecer límites y toma de decisiones para alcanzar mayor efectividad interpersonal.		
15	Promover una comunicación asertiva que le permita expresar pensamientos, sentimientos y emociones de manera efectiva, con el objetivo de mejorar sus relaciones interpersonales.	Psicoeducación Autoinstrucciones Debate Socrático
16	Fomentar habilidades sociales para definir límites, con el fin de lograr una mayor eficacia en las interacciones personales.	Psicoeducación Debate Socrático Bloqueo de pensamiento Psicoeducación
17	Fomentar la toma de decisiones para lograr una mayor eficacia en las relaciones con los demás.	Técnica de Resolución de Problemas. Debate Socrático
18	Fomentar habilidades sociales que faciliten una mejor resolución de problemas y, como consecuencia, lograr una mayor eficacia en las relaciones sociales.	Psicoeducación Debate Socrático técnica de Resolución de Problemas <i>Fichas Aplicativas:</i> <i>"Resolución de conflictos"</i>

### FASE 03: SEGUIMIENTO (MENSUAL)

Nº de	Objetivos	Técnicas y Recursos
-------	-----------	---------------------

---

**sesión**


---

19	Seguimiento del caso	Prevención a la recaída Debate Socrático Reforzamiento Positivo
20	Seguimiento del caso	Confrontación al problema Debate Socrático Toma de Decisiones

---

**2.6.2. *Sesiones del programa de Intervención***

Sesión 01, 02 y 03: Determinar el nivel de depresión en una mujer joven a través de la línea base mediante la aplicación de pruebas psicométricas para orientar de manera adecuada el programa de intervención cognitivo conductual.

**Tabla 16***Sesión 01,02 y 03 de la fase de inicio del programa de Intervención Cognitivo Conductual.*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Elaborar la línea base mediante la aplicación de evaluaciones seleccionadas para orientar de manera adecuada el programa de intervención cognitivo conductual.	Psicoeducación Entrevista Psicológica Observación Contrato Terapéutico. Escucha activa	<p>Se da la bienvenida a la primera sesión de terapia. Luego se establecen los acuerdos.</p> <p>Se fijaron los días a la semana para las sesiones. La hora de las sesiones, las reglas durante como: Apagar celular, cumplir con las tareas asignadas para la semana.</p> <p>Se brinda la psicoeducación sobre el modelo cognitivo de la depresión desde el enfoque cognitivo conductual. Además de información relevante sobre la terapia Cognitivo Conductual.</p> <p>Se fomenta a que la usuaria comparta experiencias o eventos vividos relacionados con su depresión.</p> <p>Se aplican de las pruebas psicométricas. Se brinda una explicación detallada sobre el uso de dichos instrumentos de evaluación.</p>	<p>Se firma el contrato terapéutico y el consentimiento informado.</p> <p>Se le entrega material impreso sobre la depresión y la terapia cognitiva conductual.</p> <p>Se instruye a la usuaria a revisar constantemente la información compartida.</p> <p>Se entregan los resultados de las pruebas aplicadas.</p>

**Tabla 17***Sesión 04 del programa de Intervención Cognitivo Conductual*

<b>Objetivo Nº4</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Reducir las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión con las técnicas de respiración 3 x 3 y respiración diafragmática para reducir las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión.	<p>Psicoeducación</p> <p>Técnica de Respiración 3x3</p> <p>Respiración Diafragmática</p>	<p>Bienvenida y Repaso Inicial. Psicoeducación sobre la depresión: Explicar los síntomas físicos asociados a la depresión.</p> <p>Psicoeducación sobre la Técnica de Respiración 3x3: Se le explica las instrucciones: “Inhala contando hasta 3, retenemos el aire contando hasta 3, y exhala contando hasta 3.”, realizando varias repeticiones.</p> <p>Se realiza la psicoeducación de la técnica respiración diafragmática</p> <p>Se le explica paso a paso y se realiza la técnica durante la sesión, para que lo ponga en práctica en casa.</p> <p>Encuentra un lugar cómodo: Siéntate o acuéstate en un lugar tranquilo. Coloca tus manos en tu pecho y la otra sobre tu abdomen.</p> <p>Inhala profundamente por la nariz, asegurándote de que el aire llene tu abdomen y no solo tu pecho.</p> <p>Exhala lentamente por la boca (o por la nariz, si lo prefieres), dejando que tu abdomen se hunda. Continúa con este patrón de respiración durante unos minutos.</p>	<p>Practicar de manera frecuente ambas técnicas, realizar varias repeticiones para mantener la calma.</p> <p>Practica ambas técnicas todos los días en momentos de calma al principio, y luego intenta usar la técnica cuando te sientas estresado o ansioso.</p>

**Tabla 18***Sesión 05 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.*

<b>Objetivo Nº5</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Reforzar el aprendizaje de la técnica de relajación progresiva de Jacobson para reducir las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión.	Psicoeducación Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.	<p>Bienvenida y Repaso Inicial. Saludo y creación de un ambiente cómodo y seguro.</p> <p>Repasar brevemente la sesión anterior, preguntando a la usuaria sobre sus experiencias con las técnicas anteriores.</p> <p>Psicoeducación sobre la Relajación Progresiva de Jacobson. Se aplica la técnica durante la sesión y se le brinda las siguientes instrucciones:</p> <p>Se le solicita a la usuaria que se siente o acueste en una posición cómoda. Cierra los ojos y concentrarse en su respiración.</p> <p>Después de pasar tensionar y relajar cada parte del cuerpo. Al terminar de realizar dicha técnica por todo el cuerpo, se le solicitar a la usuaria que se quede en estado de relajación.</p> <p>Se cierra la sesión preguntando como se va hoy, llevándola a la reflexión sobre la práctica y usos de las técnicas.</p>	<p>Practicar la técnica de relajación progresiva al menos una vez al día.</p> <p>Anotar cualquier cambio en su estado emocional o físico después de practicar la técnica.</p> <p>Ser paciente con el proceso; la práctica constante puede llevar tiempo para mostrar resultados significativos.</p>

**Tabla 19***Sesión 06 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.*

<b>Objetivo N°6</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Identificar y programar actividades placenteras y funcionales mediante la técnica de la programación de actividades placenteras.	<p>Técnica de Programación de Actividades</p> <p>Fichas de registros</p> <p>Lista de Actividades Placenteras</p>	<p>Comenzamos con un saludo y bienvenida. Se realiza la psicoeducación sobre la técnica de manera detallada.</p> <p>Pregunta a la usuaria sobre las actividades que haya disfrutado en el pasado.</p> <p>Hacer una lista de actividades placenteras y discutir qué barreras ha encontrado para realizar estas actividades.</p> <p>Preguntar a la usuaria cuántas veces a la semana realiza estas actividades. Identificar si hay actividades que le gustaría realizar más a menudo.</p> <p>Tomar las actividades identificadas y trabajar con la usuaria para crear un plan realista. Incluir una variedad de actividades placenteras en el plan. Asignar días y horarios específicos para cada actividad.</p> <p>Establecer metas pequeñas y alcanzables (ej. empezar con 1 actividad placentera al día).</p> <p>Identificar posibles obstáculos que podrían interferir con la implementación del plan.</p> <p>Discutir estrategias para superar estos obstáculos. Identificar e implementar reforzadores para reforzar la conducta.</p>	<p>Elaborar un diario de actividades:</p> <p>Incentivando a la usuaria llevar un registro diario de las actividades realizadas,</p> <p>especificando cómo se sintió antes y después de cada actividad.</p> <p>Se le sugiere que se recompense o celebre después de completar una de las actividades.</p>

**Tabla 20***Sesión 07 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.*

<b>Objetivo Nº7</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Evaluar cada actividad placentera realizada en términos de agrado (placer) y dominio (sentimiento de logro).	<p>Psicoeducación</p> <p>Técnica de Dominio y Agrado</p> <p><i>Fichas de Registro</i></p>	<p>Comenzamos con un saludo y bienvenida. Se revisa la psicoeducación sobre la técnica de dominio y agrado luego se califica junto a la usuaria la lista de las actividades placenteras que ha estado realizando, pueden ser hobbies, deportes, tiempo con amigos, actividades artísticas, etc. Evaluación de Agrado y Dominio Para cada actividad, se evalúa lo siguiente: Describe brevemente la actividad.</p> <p>Agrado (Placer): ¿Cuánto disfrutas de esta actividad?, ¿Es algo que te hace sentir feliz y satisfecho?</p> <p>Escala del 1 al 5: (1 = Muy poco placer, 5 = Mucho placer)</p> <p>Dominio (Sentimiento de logro): ¿Sientes que tienes control y habilidad en esta actividad?, Te da una sensación de logro?</p> <p>Escala del 1 al 5: (1 = Muy bajo sentido de logro, 5 = Muy alto sentido de logro)</p> <p>Después de evaluar las actividades, reflexiona sobre las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las actividades que proporcionan más placer y un alto sentido de logro?</p>	<p>Realizar un registro diario de las actividades placenteras que le generan mayor agrado y dominio.</p> <p>Sugerir la implementación en su rutina de las actividades que le generan mayor agrado y dominio, con una frecuencia de 3 veces por semana.</p>

**Tabla 21***Sesión 08 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.*

<b>Objetivo Nº8</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Registrar el impacto de las actividades placenteras en el estado de ánimo general de la usuaria.	Psicoeducación	<p>Se realiza un breve repaso de la sesión anterior.</p> <p>Se realiza la psicoeducación sobre el impacto de cómo diferentes actividades influyen en el estado de ánimo de la usuaria, identificando patrones y posibles intervenciones para mejorar su bienestar emocional.</p>	
	Reestructuración Cognitiva	Explicar a la usuaria la importancia de registrar sus actividades diarias junto con su estado emocional.	
	Registro de Actividades	<p>Proporcionar un formato sencillo para que registre:</p> <p>La actividad realizada (por ejemplo, ejercicio, lectura, tiempo en familia).</p> <p>La duración de la actividad.</p> <p>Su estado de ánimo antes y después de la actividad (puede usar una escala del 1 al 10, o palabras descriptivas como "feliz", "triste", "ansioso", etc.).</p>	Continuar poniendo en práctica las actividades que le generan mayor bienestar emocional.
		Recordar que no todas las actividades tendrán un impacto positivo, y esto forma parte del proceso de exploración y autoconocimiento.	Continuar registrando las actividades placenteras que más realiza.

**Tabla 22***Sesión 09 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.*

<b>Objetivo Nº9</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Disminuir la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos asociados a la depresión mediante la técnica de detención de pensamientos.	Psicoeducación  Listado de Pensamientos Automático <i>Formato de Autorregistros</i>  Detención de pensamientos automáticos	<p>Saludo y bienvenida a la usuaria.</p> <p>Breve revisión de lo que se trabajó en la sesión anterior.</p> <p>Psicoeducación sobre los pensamientos automáticos, se le brindara definiciones y ejemplos de los pensamientos automáticos más frecuentes.</p> <p>Usar una hoja de trabajo redactar: La situación que provocó el malestar, el pensamiento automático que surgió en ese momento y la emoción asociada (calificar la intensidad del 1 al 10).</p> <p>Técnica de detección de pensamientos: Enseñar a la usuaria a detener verbalmente un pensamiento negativo al decir “¡Alto!” cuando lo reconozca.</p> <p>Sugerir que imaginen un semáforo en rojo o una señal de alto para simbolizar la detención de ese pensamiento.</p>	Elaborar un registro de sus pensamientos donde registre la situación, el pensamiento automático negativo y la emoción que experimento, realizarlo cada día, y aplicar el ejercicio de detención de pensamiento.

**Tabla 23***Sesión 10 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.*

<b>Objetivo N°10</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Disminuir los pensamientos negativos asociados a la depresión mediante la reestructuración cognitiva.	<p>Psicoeducación</p> <p>Reestructuración Cognitiva</p>	<p>Saludo y establecimiento de un ambiente acogedor.</p> <p>Breve revisión de la sesión anterior.</p> <p>Psicoeducación de la técnica reestructuración cognitiva,</p> <p>Cuestionamiento de la evidencia:</p> <p>Ayudar a la usuaria a examinar la evidencia que respalda o refuta los pensamientos negativos.</p> <p><i>Preguntas útiles:</i></p> <p>"¿Qué pruebas tienes de que este pensamiento es verdadero?"</p> <p>"¿Hay evidencia que contradiga este pensamiento?"</p> <p><i>Identificación de distorsiones cognitivas:</i></p> <p>Presentar las distorsiones cognitivas comunes (por ejemplo, generalización excesiva, pensamiento dicotómico, catastrófico).</p> <p>Ayudar a la usuaria a identificar cuáles de estas distorsiones se aplican a sus pensamientos.</p> <p><i>Reestructuración cognitiva</i></p> <p>Generación de pensamientos alternativos:</p> <p>Ayudar a la usuaria a crear afirmaciones o pensamientos alternativos más equilibrados y menos autocriticos.</p>	Mantener un diario de pensamientos donde registre situaciones que generen pensamientos negativos y sus pensamientos alternativos o positivos.

**Tabla 24***Sesión 11 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.*

<b>Objetivo Nº11</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Reforzar el aprendizaje del debate socrático para disminuir los pensamientos negativos asociados a la depresión	Psicoeducación  Debate Socrático	<p>Breve repaso de la sesión anterior.</p> <p>Psicoeducación sobre la técnica debate socrático, enfatizando su foco en la formulación de preguntas y el análisis crítico.</p> <p>Solicitar a la usuaria que identifique pensamientos negativos recurrentes relacionados con su estado de ánimo.</p> <p>Hacer una lista de estos pensamientos.</p> <p>Aplicación del Debate Socrático</p> <p>Elegir uno o dos pensamientos negativos de la lista y aplicar el método socrático.</p> <p>Guiar a la usuaria a través de preguntas para que desafíe y examine la veracidad de sus pensamientos.</p> <p>Ayudar a la usuaria a generar respuestas o alternativas más equilibradas y realistas a los pensamientos negativos.</p> <p>Crear afirmaciones positivas basadas en el análisis realizado durante el debate.</p>	Crear un "diario de debate" donde registre sus pensamientos negativos y responda a ellos con preguntas socráticas.

**Tabla 25***Sesión 12 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.*

<b>Objetivo Nº12</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Fomentar un autoconcepto y autoimagen positivo reconociendo sus cualidades, fortalezas y áreas de mejora sin juzgarse negativamente		Dar la bienvenida y se realiza un repaso de la sesión anterior.	
	Psicoeducación	Se le entrega una hoja en blanco y solicita a la usuaria que dibuje una rueda con varias secciones (puede ser de 6 a 8).	
	Reestructuración Cognitiva	En cada sección, la usuaria debe anotar una fortaleza o cualidad positiva que reconozca en sí misma. Ejemplos: "Soy buena escuchando", "Tengo perseverancia", "Soy creativa".	Proponer a la usuaria que elabore 3-5 afirmaciones positivas sobre sí misma basadas en sus fortalezas y en la reestructuración cognitiva.
	Ficha de trabajo	Reforzando la técnica de reestructuración cognitiva. Explicar que muchas veces nuestra voz interna es crítica y eso afecta nuestro autoconcepto y autoimagen.	Seguir practicando estas afirmaciones diariamente.
		Para finalizar se realiza un ejercicio en el que la usuaria anote un pensamiento negativo que tenga sobre sí misma y luego, juntos, lo convertiremos en un pensamiento más equilibrado y positivo.	

**Tabla 26***Sesión 13 del programa de Intervención Cognitivo Conductual*

<b>Objetivo Nº13</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Fortalecer y reestructurar su autoestima, reconociendo su valía personal y aumentando su autoconfianza	Psicoeducación  Debate Socrático	<p>Comienza la sesión saludando a la usuaria y creando un ambiente de confianza y apertura.</p> <p>Pregunta acerca de cómo se siente en relación con su autovaloración.</p> <p>Se le solicita a la usuaria que haga una lista de sus cualidades, logros y momentos en los que se ha sentido orgullosa de sí misma.</p> <p>Se dialogará e identificara los pensamientos negativos que tiene de sí misma.</p> <p>Mediante el debate socrático se reestructurará los pensamientos que mantiene esa imagen negativa de sí misma y afectan su autoestima y seguridad.</p> <p>Finalizamos la sesión preguntando “¿Qué te gustaría que los demás recordaran de ti?”</p>	<p>Realizar ejercicios de autoafirmación, donde diariamente repita estas cualidades y logros.</p> <p>Se le asigna a la usuaria que elaborar un registro de gratitud o continuar con las afirmaciones positivas.</p>

**Tabla 27***Sesión 14 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.*

<b>Objetivo Nº14</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Implementar estrategias de afrontamiento que permitan a la usuaria interactuar de manera eficaz y asertiva en distintos contextos sociales y familiares.	Psicoeducación	Breve saludo y establecimiento de un ambiente seguro y de confianza.  Psicoeducación sobre las estrategias de afrontamiento, su importancia y su impacto su calidad de vida.	Practicar las técnicas de afrontamiento en situaciones reales durante la semana.
	Estrategias de Afrontamiento	Hacer una lista de situaciones sociales que son desafiantes para la usuaria.  Cada situación se puede categorizar en: Familiar (reuniones, conflictos) Social (en el trabajo, etc.) Amistades (reuniones o fiestas)	Elaborar un diario sobre las situaciones sociales a las que se enfrenta, cómo las gestionó y el resultado.
		Identificación de pensamientos distorsionados: Ayuda a la usuaria a identificar y desafiar pensamientos negativos que tiene sobre sí misma y sus capacidades sociales.	Leer sobre asertividad y toma de decisiones.
		Sustitución de pensamientos: Trabaja en la creación de pensamientos más realistas y positivos que pueden mejorar su autoimagen y sus interacciones.	
		Discusión breve sobre cómo la usuaria se siente en cada una de estas situaciones.	

**Tabla 28***Sesión 15 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.*

<b>Objetivo N°15</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Promover una comunicación asertiva que le permita expresar pensamientos, sentimientos y emociones de manera efectiva, con el objetivo de Mejorar sus relaciones interpersonales.	Psicoeducación Auto instrucciones Debate Socrático	<p>Breve saludo y realizar resumen de la sesión anterior.</p> <p>Psicoeducación: Explicar qué son las emociones y su función en la comunicación.</p> <p>Además, se realiza la psicoeducación sobre comunicación asertiva.</p> <p>Presentar técnicas asertivas, como el uso de "yo" en las declaraciones (por ejemplo, "Yo me siento triste cuando..."). Luego se le proporciona una lista de emociones y se le solicita que identifique y comparta las emociones que sienten en diferentes situaciones.</p> <p>Se realiza el dialogo socrático sobre las diferentes formas en que estas emociones pueden ser comunicadas.</p>	Asignar ejercicios prácticos, como llevar un diario de emociones, practicar situaciones de asertividad en su vida diaria y preparar ejemplos para la próxima sesión.

**Tabla 29***Sesión 16 del programa de Intervención Cognitivo Conductual*

<b>Objetivo Nº16</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Fomentar habilidades sociales para definir límites, con el fin de lograr una mayor eficacia en las interacciones personales.	Psicoeducación Debate Socrático Bloqueo de pensamiento	Breve saludo y realizar resumen de la sesión anterior. Diferenciación entre límites saludables y no saludables. Ejemplos de diferentes tipos de límites (físicos, emocionales, temporales, etc.). Uso de “Yo” en las declaraciones (Ej. "Yo siento que..."). Mantenimiento de un tono calmado y firme. Practicar la comunicación asertiva en diferentes escenarios (Ej. decir “no” a una invitación, expresar incomodidad en una conversación). Estrategias para manejar situaciones difíciles o de resistencia (Ej. mantenerse firme, repetir la afirmación, cambiar de tema).	Practicar establecer un límite en una situación real antes de la próxima sesión y anotarlos en su registro

**Tabla 30***Sesión 17 del programa de Intervención Cognitivo Conductual*

<b>Objetivo Nº17</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Fomentar la toma de decisiones para lograr una mayor eficacia en las relaciones con los demás.	Psicoeducación Técnica Toma de decisiones. Debate Socrático	Breve presentación del propósito de la sesión. Importancia de las habilidades interpersonales en la toma de decisiones y la efectividad en las relaciones. Psicoeducación sobre la toma de decisiones: Explicación de los tipos de decisiones. Proceso de toma de decisiones Identificación del problema, generación de alternativas, evaluación, elección, implementación y revisión. Cómo las habilidades interpersonales influyen en cada etapa del proceso. Habilidades interpersonales clave Comunicación efectiva: Escucha activa, claridad en la expresión de ideas. Resolución de problemas, estrategias para manejar y resolver desacuerdos de manera constructiva.	Presentar un escenario de decisión (puede ser un dilema en el trabajo, una situación personal, etc.). Utilizar los pasos de la técnica de resolución de problemas.

**Tabla 31***Sesión 18 del programa de Intervención Cognitivo Conductual*

<b>Objetivo</b> <b>Nº18</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Fomentar habilidades sociales que faciliten una mejor resolución de problemas y, como consecuencia, lograr una mayor eficacia en las relaciones sociales.	Psicoeducación Debate Socrático Técnica de Resolución de Problemas Fichas Aplicativas: "Resolución de problemas"	Breve saludo y realizar resumen de la sesión anterior.  Explicación del concepto de conflictos (definición y tipos). Principales causas de los problemas.  El papel de la comunicación en la resolución de conflictos. Presentación de las habilidades sociales clave para la resolución de conflictos.	Practicar al menos una habilidad social en una situación real durante la semana.  Reflexionar sobre la experiencia y cómo se sintió al aplicar la técnica.
		Breves técnicas de manejo de estrés que pueden ayudar en situaciones conflictivas (respiración profunda, pausas, debate socrático).	Importancia de mantener la calma en situaciones de conflicto.

**Tabla 32***Sesión 19 del programa de Intervención Cognitivo Conductual.*

<b>Objetivo Nº19</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Seguimiento de caso	Prevención a la recaída Debate Socrático Reforzamiento Positivo	<p>Saludo y preguntas sobre cómo se siente desde la última sesión.</p> <p>Identificación de Desencadenantes, se realiza una lista de situaciones, pensamientos o emociones que han llevado a episodios de depresión en el pasado.</p> <p>Estrategias de Afrontamiento: Se pone en práctica los métodos de afrontamiento que se han aprendido en sesiones anteriores.</p> <p>El debate socrático consiste en hacer preguntas abiertas que ayuden al paciente a descubrir sus propios pensamientos y reflexiones. Este método permite a la usuaria desarrollar una mayor autoconciencia y cuestionar las creencias limitantes que pueden contribuir a la recaída.</p> <p>Establece un sistema de recompensas por el cumplimiento de objetivos. Esto puede ser tan simple como dedicar tiempo a una actividad que disfrutes.</p>	<p>Celebra pequeños y grandes logros en el proceso de recuperación.</p> <p>Escribe un diario donde registres tus avances, no importa cuán pequeños sean.</p> <p>Crea frases positivas sobre ti mismo y recítalas diariamente.</p>

**Tabla 33***Sesión 20 del programa de Intervención Cognitivo Conductual*

<b>Objetivo Nº20</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Seguimiento de caso	Confrontación al problema Debate Socrático Toma de Decisiones	<p>Se le da la bienvenida, luego se le pregunta a la usuaria sobre su bienestar desde la última sesión.</p> <p>Revisar el uso de herramientas y técnicas aprendidas en sesiones anteriores. Luego se fortalecen las siguientes técnicas:</p> <p><i>Confrontación al Problema</i></p> <p>Identificar un pensamiento específico que ha estado afectando a la usuaria.</p> <p><i>Debate Socrático</i></p> <p>Facilitar un diálogo en el que la usuaria pueda expresar diferentes puntos de vista sobre su situación y sus pensamientos.</p> <p><i>Toma de Decisiones</i></p> <p>Utilizar una matriz de decisiones (pros y contras) para evaluar las posibles alternativas.</p> <p>Establecer metas pequeñas y alcanzables.</p>	<p>Asignar tareas para el hogar que se enfoquen en seguir trabajando en el pensamiento y la toma de decisiones.</p> <p>Por ejemplo, llevar un diario de pensamientos nuevamente con un enfoque en pensamientos alternativos o realizar una actividad placentera.</p>

## **2.7. Procedimiento**

El programa de intervención se implementó utilizando la terapia cognitivo-conductual a lo largo de 20 sesiones, cada una con una duración aproximada de 45 a 60 minutos, llevándose a cabo una vez a la semana en el Centro de Salud Mental Comunitario Qispikay. El objetivo de estas sesiones fue reducir los síntomas de depresión mediante la aplicación de diversas técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual. Se utilizó el modelo AB comenzó estableciendo una línea base mediante diferentes métodos e instrumentos; luego se llevó a cabo el programa de intervención descrito, y finalmente se evaluaron los resultados obtenidos hasta dos meses después.

## **2.8. Consideraciones Éticas**

Se obtuvo el consentimiento informado y voluntario para llevar a cabo la intervención, considerando la información brindada por la usuaria y garantizando la protección de su privacidad en la publicación del estudio de caso.

### **III. RESULTADOS**

#### **3.1. Análisis de Resultados**

En esta sección se presentará un análisis de los resultados obtenidos a partir de los instrumentos psicológicos aplicados, el diagnóstico funcional, los autorregistros y el análisis funcional de la conducta en relación con los síntomas depresivos de Obdulia, utilizando tablas comparativas.

Iniciando con el objetivo principal del tratamiento, que es reducir la sintomatología depresiva de la usuaria a nivel fisiológico, cognitivo, conductual y emocional mediante la aplicación de la terapia cognitivo conductual.

**Tabla 34**

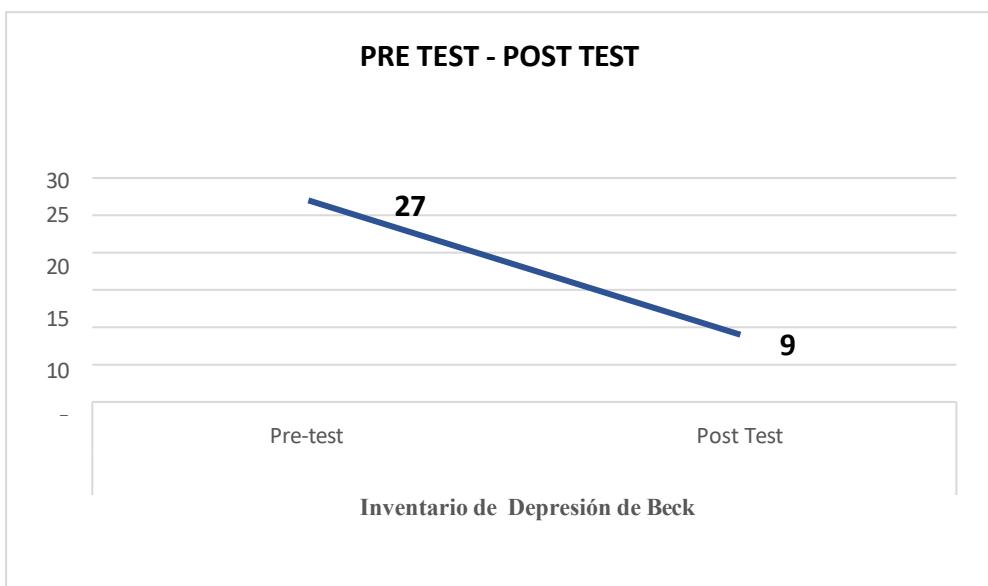
*Resultados pre y post test del inventario de depresión de Beck - II*

<b>Inventario de Depresión de Beck</b>	
<b>Pretest</b>	<b>Posttest</b>
27	9

En la tabla 34 se muestra una notable disminución de los síntomas depresivos, pasando de una depresión moderada en la fase de pretest con 27 puntos a 9 puntos en la fase de seguimiento, los cuales se consideran valores normales

**Figura 7**

### *Puntaje del inventario de depresión de Beck II (pre y post test)*



### **3.1.1. Línea de Tratamiento**

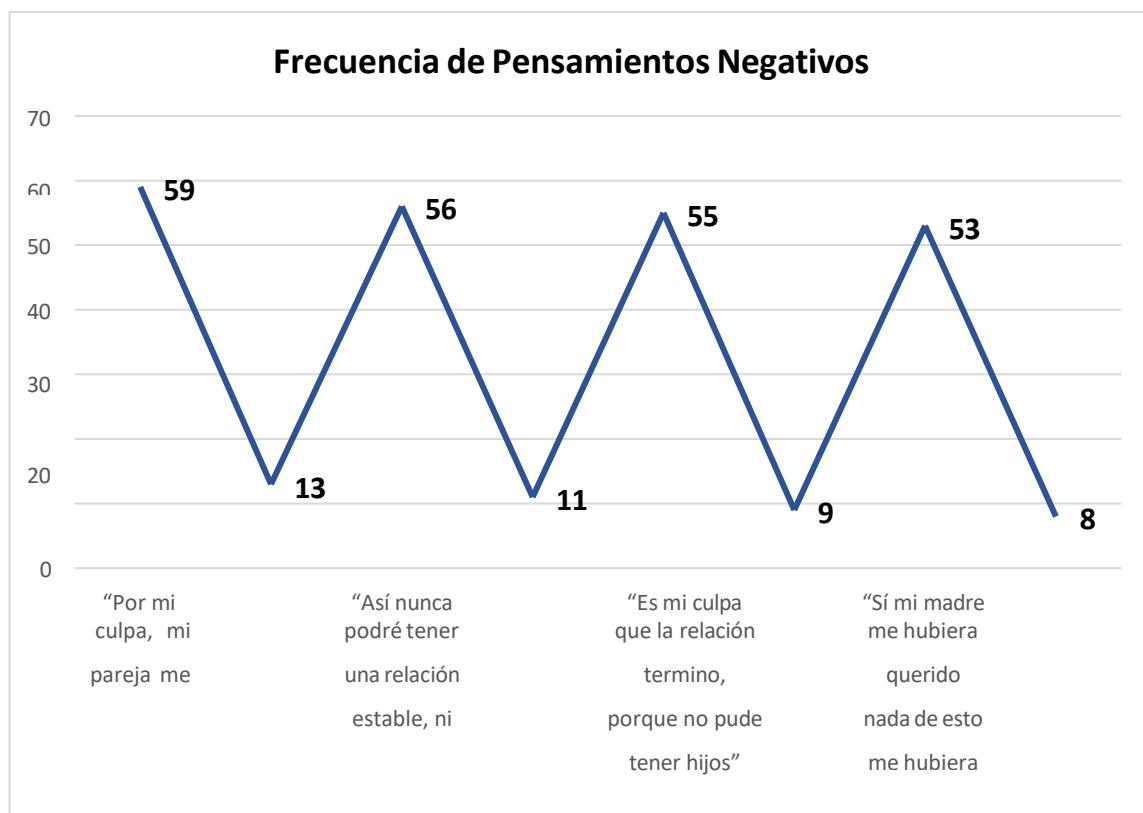
**Tabla 35**

## *Registro de frecuencia de pensamientos de la usuaria pre y post test*

En la Tabla 35 se evidencia una reducción en el pensamiento "por mi culpa mi pareja me engaño", que disminuyó de 59 a 13. Asimismo, el pensamiento "así nunca podre tener una relación estable, ni una familia" bajó de 56 a 11, mientras que "es mi culpa que la relación termine, porque no pude tener hijos" se redujo de 55 a 9. Por otro lado, "si mi madre me hubiera querido nada de esto me hubiera pasado" disminuyó de 53 a 8 durante el tratamiento.

**Figura 8**

*Línea de Tratamiento Pensamientos Negativos pre test y Post test*



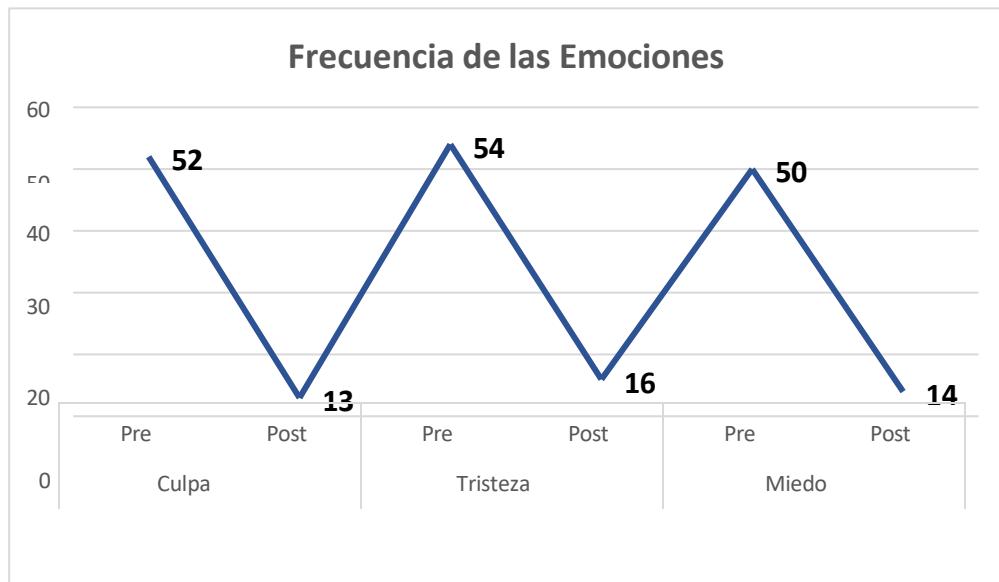
**Tabla 36***Registro de frecuencia e intensidad de emociones de la usuaria pre y post test*

<b>Emoción</b>	<b>Pre/Post</b>	<b>F/ I</b>	<b>Lun.</b>	<b>Mart.</b>	<b>Mier.</b>	<b>Juev.</b>	<b>Vier.</b>	<b>Sab.</b>	<b>Dom.</b>	<b>Total</b>
	Pre	F	7	8	7	8	8	7	7	52
Culpa	Post	F	2	1	2	2	2	1	3	13
(0-10)	Pre	I	8	7	6	7	7	6	7	7
	Post	I	2	3	2	2	1	2	1	2
	Pre	F	8	7	6	7	8	9	9	54
Tristeza	Post	F	2	2	3	2	2	3	2	16
(0-10)	Pre	I	8	8	7	7	7	8	8	8
	Post	I	3	3	2	2	2	2	2	2
	Pre	F	7	7	8	6	7	7	8	50
Miedo	Post	F	2	2	3	2	1	2	2	14
(0-10)	Pre	I	6	6	7	8	7	8	8	7
	Post	I	2	2	3	2	3	2	4	3

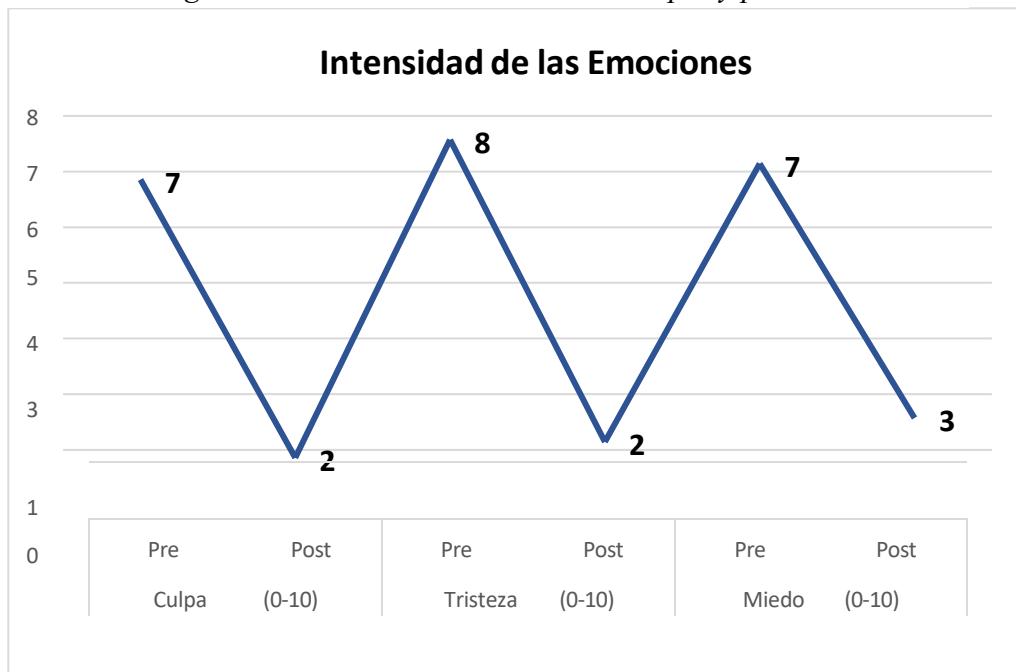
En la tabla 36 se puede notar la reducción en la frecuencia y la intensidad de las emociones de la usuaria, comparando los resultados del pre test de la primera semana con los del post test de la última semana de tratamiento, evidenciándose una disminución en la frecuencia e intensidad de sus emociones.

**Figura 9**

Línea Base registro de la frecuencia de emociones, pre y post test

**Figura 10**

Línea Base registro de la intensidad de emociones, pre y post test



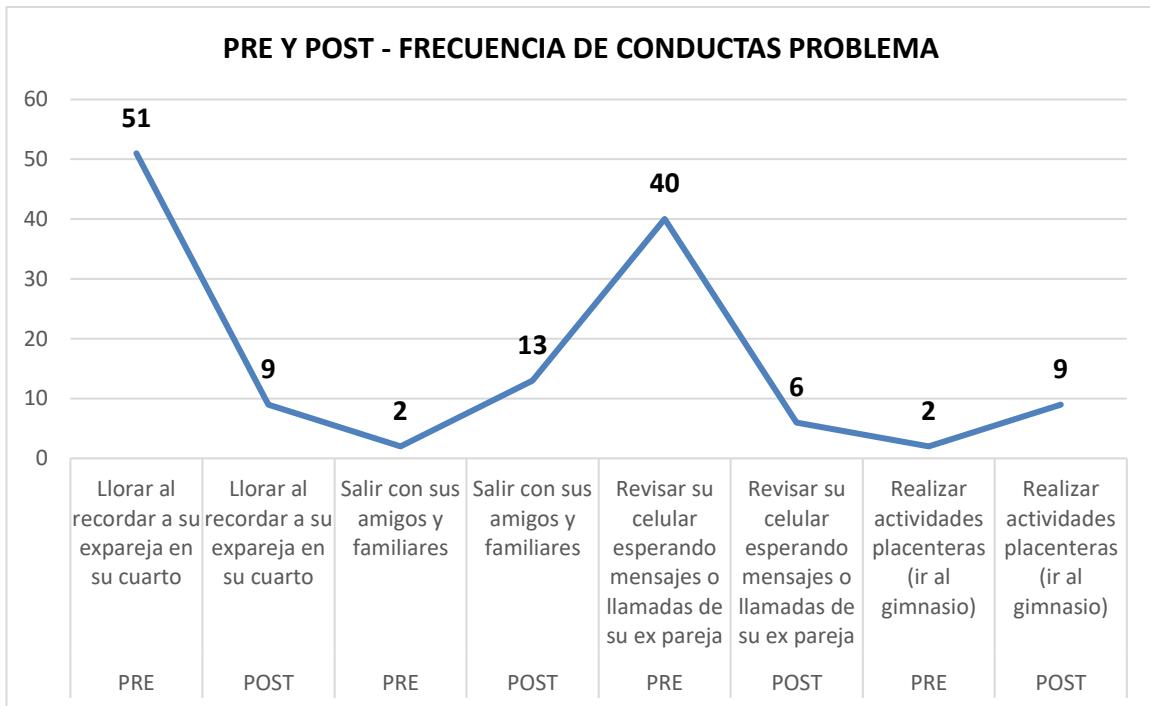
**Tabla 37***Registro de frecuencia y duración de las de conductas problema, pre y post test*

Conductas	Pre/ Post	F/ D	Lun.	Mart.	Mier.	Juev.	Vier.	Sab.	Dom.	Total
		Pre	F	6	7	7	6	8	8	<b>51</b>
Llorar al recordar a su expareja en su cuarto	Post	F	0	2	0	2	3	2	0	<b>9</b>
	Pre	D	3	4	3	4	5	3	4	<b>26 h</b>
	Post	D	0	1	0	1	1	1	0	<b>4h</b>
Salir con sus amigos y familiares	Pre	F	0	1	0	1	0	0	0	<b>2</b>
	Post	F	1	2	2	1	3	2	2	<b>13</b>
	Pre	D	0	1	0	1	0	0	0	<b>2h</b>
Revisar su celular esperando mensajes o llamadas de su ex pareja	Post	D	1	3	2	1	3	3	3	<b>16h</b>
	Pre	F	5	6	5	6	6	6	6	<b>40</b>
	Post	F	1	2	1	0	1	0	1	<b>6</b>
Realizar actividades placenteras (ir al gimnasio)	Pre	D	3	4	3	4	3	3	4	<b>24h</b>
	Post	D	0	1	1	0	1	0	0	<b>3h</b>
	Pre	F	0	0	1	0	0	1	0	<b>2</b>
	Post	F	1	1	1	1	1	2	2	<b>9</b>
	Pre	D	0	0	1	0	0	1	0	<b>2h</b>
	Post	D	1	1	1	1	1	2	2	<b>9h</b>

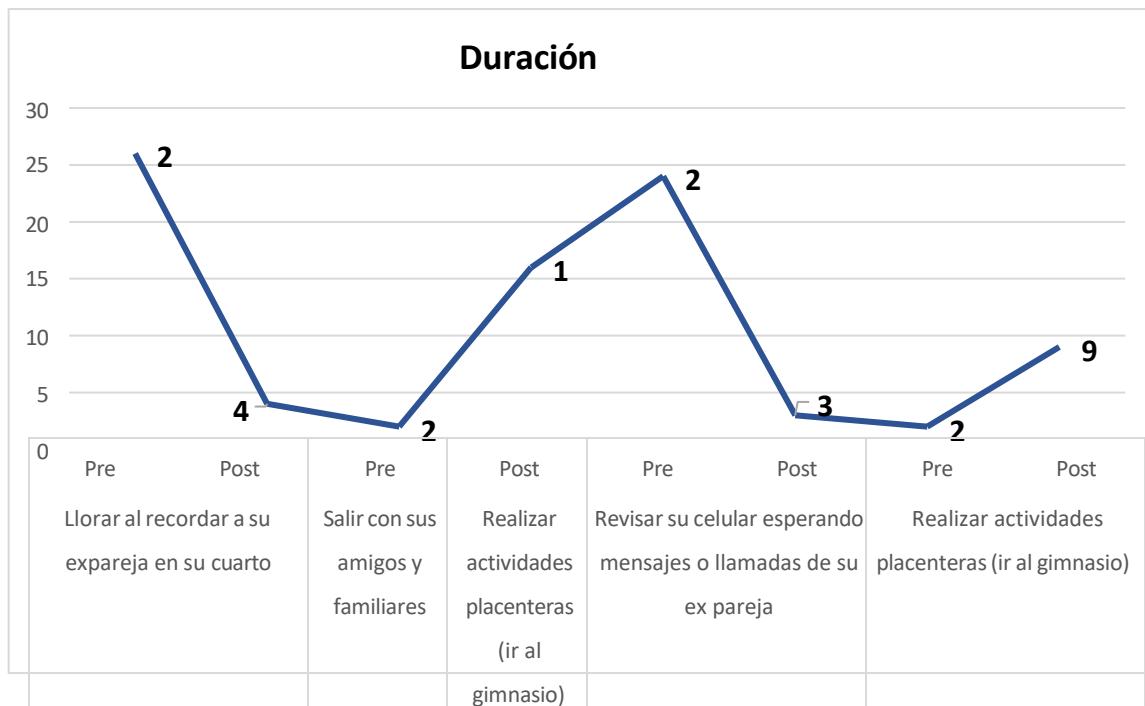
En la tabla 37 se observa una disminución en la frecuencia y en la duración de las conductas problemáticas, que abarca desde la primera semana de evaluación en la etapa de Pre Test hasta la última semana en la etapa de Post Test.

**Figura 11**

Línea de Tratamiento de la Frecuencia de las conductas problema Pre test y post test

**Figura 12**

Línea de Tratamiento de la Duración de las Conductas problema Pre test y Post tes



**Tabla 38**

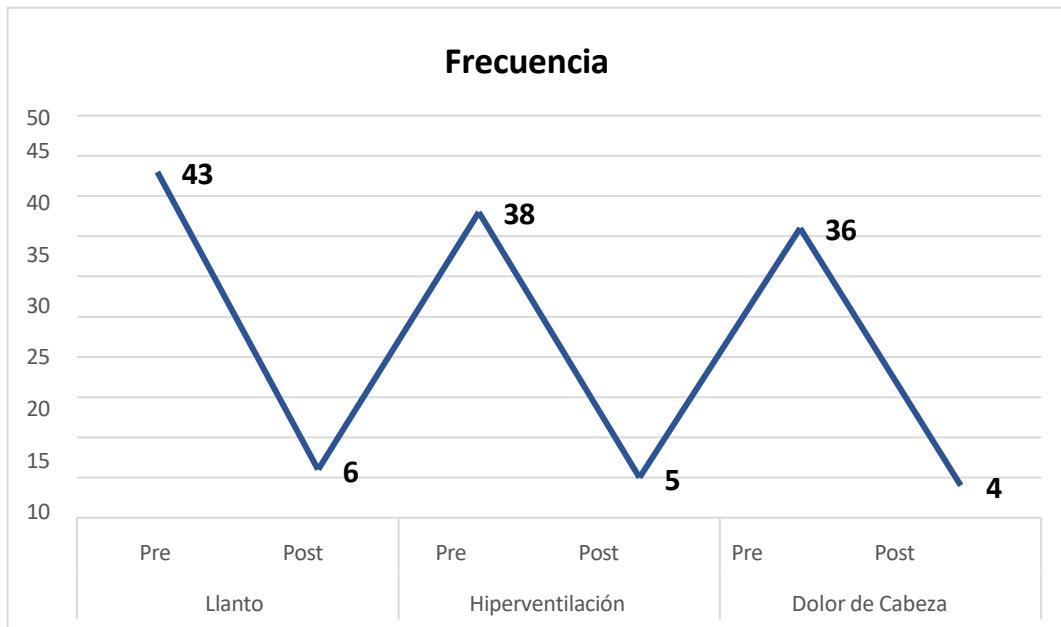
*Registro de frecuencia e intensidad de las respuestas fisiológicas pre y post test*

Respuestas Fisiológicas	Pre/Post	Frecuencia/Intensidad	Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.	Total
Llanto (0-10)	Pre	F	6	6	6	7	7	5	6	<b>43</b>
	Post	F	2	2	0	1	0	0	1	<b>6</b>
	Pre	I	7	8	7	6	7	6	7	<b>7</b>
	Post	I	3	0	0	3	0	0	5	<b>2</b>
	Pre	F	5	6	5	5	6	5	6	<b>38</b>
Hiperventilación (0-10)	Post	F	1	0	0	2	0	0	2	<b>5</b>
	Pre	I	9	8	9	8	9	8	9	<b>9</b>
	Post	I	3	1	3	2	2	0	2	<b>2</b>
	Pre	F	5	5	4	6	5	6	5	<b>36</b>
	Post	F	0	0	1	2	1	0	0	<b>4</b>
Dolor de Cabeza (0-10)	Post	I	7	8	8	6	8	6	7	<b>7</b>
	Pre	I	2	0	2	2	3	0	2	<b>2</b>
	Post	I								

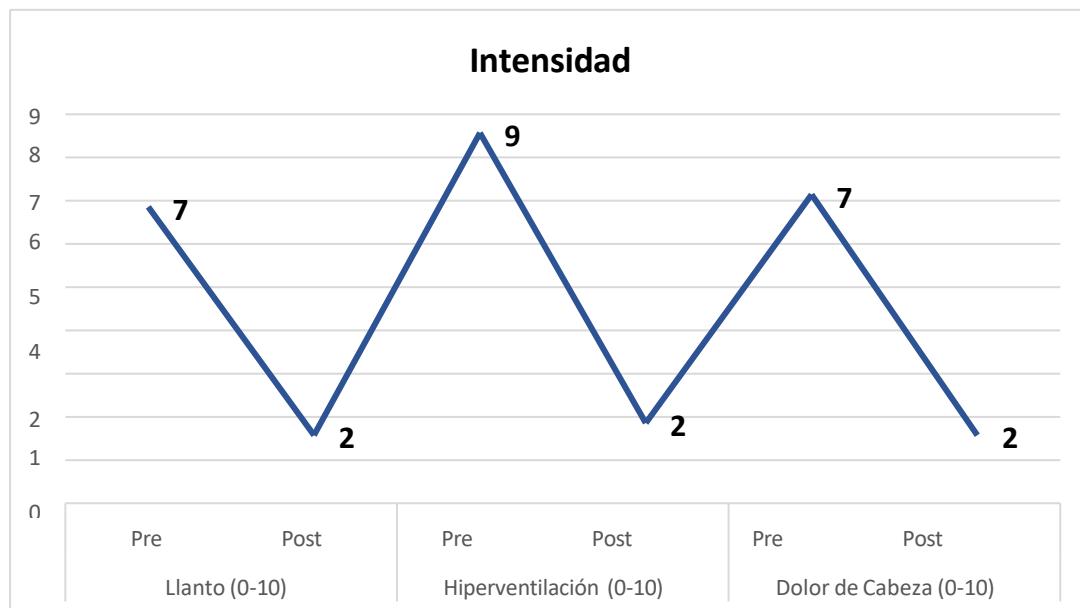
En la tabla 38 se observa que ha habido una reducción en la frecuencia e intensidad de las respuestas fisiológicas de la usuaria, llanto se manifestaba 43 veces por semana con una intensidad promedio de 7, disminuyendo en 6 veces por semana e intensidad promedio de 2, en la hiperventilación se presentaba con una frecuencia de 38 veces por semana y una intensidad promedio de 9, disminuyendo en 5 veces por semana con una intensidad promedio de 2 y por último el dolor de cabeza se presentaba 36 veces a la semana con una intensidad de 7 y disminuyó en 4 veces por semana con una intensidad de 2.

**Figura 13**

Línea de Tratamiento de la Frecuencia de las respuestas fisiológicas Pre test

**Figura 14**

Línea de Tratamiento de la Intensidad de las respuestas fisiológicas Pre test y Post



### **3.2. Discusión de Resultados**

A continuación, se llevará a cabo la discusión de los resultados obtenidos en relación con cada uno de los objetivos establecidos al inicio de la investigación. Se reflexionará sobre los beneficios de la Terapia Cognitivo Conductual y su implementación en el programa de intervención para abordar un caso de depresión en una mujer adulta. Además, se examinarán las limitaciones presentes en este estudio y, por último, se propondrán posibles direcciones futuras basadas en los resultados obtenidos.

Al abordar el caso, se estableció como objetivo general disminuir la sintomatología depresiva de la usuaria a nivel fisiológico, cognitivo, conductual y emocional mediante la aplicación de la terapia cognitivo conductual, para obtener estabilidad emocional, mejorar sus relaciones interpersonales, además de fortalecer su autoestima, resolución de problemas y toma de decisiones.

Se puede identificar un resultado favorable de la intervención, evidenciado por la comparación de los resultados de las evaluaciones pre y post tratamiento realizadas con el Inventario de Depresión de Beck. En la evaluación inicial, la usuaria presentó una puntuación de 27, mientras que, en la evaluación posterior, su puntaje fue de 9, lo que indica una reducción de 18 puntos en los síntomas manifestados. Al finalizar las 20 sesiones del programa de tratamiento, se observó una reducción del 90% en la sintomatología asociada al trastorno depresivo, lo que indica que las técnicas cognitivo-conductuales implementadas fueron pertinentes para su situación. Nuestros resultados corroboran los hallazgos anteriores reportados por Acevedo y Gélvez (2018), Betancur (2020), Berrío (2019), Espinosa (2019) y Alarcón (2022), quienes llevaron a cabo intervenciones para tratar casos de depresión a través de la Terapia Cognitivo – Conductual Conductual con el objetivo de reducir la sintomatología asociada. Demostrando que las técnicas y estrategias implementadas en el programa de intervención fueron las idóneas.

En este contexto, Beck (1979) es reconocido como uno de los más destacados contribuyentes al modelo de intervención psicoterapéutica, dado que ha establecido diversas directrices para el tratamiento de distintos trastornos, entre los cuales se encuentra la depresión. Por lo tanto, este estudio se integra a la creciente recopilación de investigaciones que demuestran la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual.

Uno de los objetivos específicos: Determinar el nivel de depresión en una mujer joven a través de la línea base mediante la aplicación de pruebas psicométricas. La elaboración de la línea base a partir de las pruebas psicométricas iniciales fue crucial para determinar la intensidad de los síntomas depresivos y establecer objetivos claros para el tratamiento. Con la información obtenida, se diseñó un programa de intervención cognitivo-conductual adaptado a las necesidades específicas de la usuaria. En esa medida la línea base se descubrió a través de la aplicación de diversas pruebas estandarizadas, lo que proporcionó una visión precisa de la intensidad y las características del trastorno depresivo de la usuaria. En concordia con los estudios de Zapana (2023), la utilización de instrumentos psicométricos, como el BDI-II y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, se ha demostrado eficaz para medir la gravedad de la depresión en adultos jóvenes. Estas evaluaciones permitieron construir un programa de intervención adaptado a las necesidades específicas de la paciente.

Con respecto al objetivo específicos: Reducir las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión con las técnicas de relajación progresiva de Jacobson y respiración 3 x 3 y respiración diafragmática, nuestros resultados demostraron que la usuaria de este caso, experimentó una disminución significativa de los síntomas fisiológicos que manifestaba. Un componente central del tratamiento fue la implementación de técnicas de relajación para mitigar las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión, tales como la relajación progresiva de Jacobson y la respiración diafragmática. Estas estrategias, ampliamente reconocidas, son efectivas en la disminución de la tensión muscular, la ansiedad y depresión. Al igual que Zapana (2023)

sostiene que la relajación muscular progresiva y la respiración controlada son herramientas efectivas para reducir el estrés y la ansiedad en pacientes con depresión.

En relación al objetivo específico: Incrementar la frecuencia de actividades placenteras y funcionales de la usuaria mediante la programación de actividades y la técnica de dominio y agrado. Nuestros hallazgos son positivos frente a un notable cambio en la usuaria. Resultados similares fueron reportados por (Calderón, 2020; Puelles, N. 2023), quienes documentaron un aumento en la funcionalidad de sus pacientes, acompañado por una mayor frecuencia en la realización de actividades diarias que incrementaban su disfrute. También observaron un mayor nivel de autonomía y retorno a las actividades, así como un aumento en la realización de actividades placenteras y funcionales por parte de la paciente. El tratamiento también incluyó la programación de actividades que favorecieran el bienestar de la usuaria, mediante la técnica de dominio y grado. Esta intervención se enfoca en la participación en actividades gratificantes, lo cual tiene una base sólida en la literatura como una estrategia eficaz para reducir los síntomas depresivos. En línea con el estudio de Espinosa (2019), se evidencia que la activación conductual facilita la mejora en el estado emocional y la participación social. La usuaria comenzó a involucrarse más en actividades recreativas y sociales, lo que contribuyó a su mejora emocional ya la reducción del aislamiento social.

El siguiente objetivo específico: Disminuir la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos asociadas a la depresión mediante la detención de pensamientos, registro de pensamiento y la reestructuración cognitiva. Nuestros hallazgos evidencian una reducción significativa de los pensamientos automáticos, lo que sugiere que, al reestructurar los pensamientos automáticos negativos, se obtiene una perspectiva más realista y flexible frente a diversas situaciones. Esto conlleva a una disminución de las reacciones afectivas y emocionales, así como a una mayor disposición para el afrontamiento. Investigaciones previas a nivel nacional (Zapana, 2023; Alarcón, 2022; Puelles, 2022; Calderón, 2020), al igual que la

presente, subrayan la relevancia de la reestructuración cognitiva para lograr transformaciones significativas en pacientes con depresión. Por lo cual un aspecto fundamental de la intervención fue la reducción de los pensamientos automáticos negativos que refuerzan la depresión. A través de la reestructuración cognitiva, la detención de pensamientos y el registro de los mismos, se buscó modificar los pensamientos automáticos que sostenían el malestar emocional de la usuaria. En este caso, la usuaria logró identificar y desafiar sus pensamientos automáticos sobre sí misma y mejorar así su estabilidad emocional, relaciones sociales y su autoestima.

Uno de los objetivos específicos: Fortalecer la autoestima a través de la psicoeducación y la implementación de estrategias de afrontamiento. A través de psicoeducación y estrategias de afrontamiento, se trabajó para aumentar la percepción de valor personal, lo cual es esencial en el tratamiento de la depresión. Según Puelles (2022), la psicoeducación y las técnicas de reparentalización son efectivas para modificar creencias disfuncionales relacionadas con la autoaceptación. A medida que avanzaba el tratamiento, el paciente experimentó una mayor aceptación de sí misma, lo que impactó positivamente.

El objetivo específico: El fortalecimiento de las habilidades sociales y el asertividad fue otro objetivo clave en la intervención. A través de técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y el fomento de la capacidad para establecer límites y tomar decisiones, se logró mejorar la interacción del paciente con su entorno. Zapana (2023) resalta la importancia de las habilidades sociales en el tratamiento de la depresión, ya que facilita la reducción del aislamiento y mejora la calidad de las relaciones interpersonales.

Al concluir la intervención, se realizó una evaluación post-tratamiento utilizando las mismas herramientas psicométricas aplicadas al inicio. Los resultados mostraron una mejora significativa en los niveles de depresión, lo que indica la eficacia del enfoque cognitivo-conductual utilizado. Estos resultados coinciden con los obtenidos en estudios previos, como el de Zapana (2023), Espinosa (2019) y Pinzón (2018), que también confirmaron la efectividad

de la TCC para reducir los síntomas depresivos y mejorar el bienestar general de los pacientes. En este caso, el tratamiento resultó en una notable disminución de los síntomas depresivos, un aumento en la autoestima y una mejora en la adaptación social y emocional.

El último objetivo específico: Determinar el nivel de eficacia de la aplicación de programa cognitivo conductual en relación a la línea base de una mujer joven con depresión. Definitivamente la Terapia Cognitivo-Conductual aplicada en este caso demuestra ser un enfoque terapéutico eficaz para el tratamiento de la depresión en una mujer joven. Las técnicas empleadas, como la relajación progresiva, la reestructuración cognitiva, el fortalecimiento de las habilidades sociales y la activación conductual, contribuyeron de manera significativa a la mejora de su estado emocional y su bienestar general. Esto resultados son reforzados por los investigadores Zapana (2023), Alarcón (2022), Calderón (2020), Berrio (2019), Espinosa (2019) entre otros; obtuvieron los mismos resultados en sus investigaciones con pacientes con depresión, evidenciándose mejoras significativas en los diversos síntomas que presentaban. Los resultados obtenidos en este caso son consistentes con la literatura existente, lo que subraya la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual como tratamiento para la depresión en adultos jóvenes. Este caso destaca la importancia de un tratamiento integral que abarca diversos aspectos emocionales y conductuales para lograr una recuperación integral.

### **3.3. Seguimiento**

A las cuatro semanas de culminar con el proceso terapéutico, la usuaria reportó avances significativos en su bienestar emocional y en sus relaciones interpersonales. Comentó que, en comparación con su estado previo, ahora se reúne con mayor frecuencia con su familia, lo que le ha permitido mejorar su conexión emocional con ellos. También mencionó que ha incrementado su participación en actividades recreativas, asistiendo activamente a clases de inglés y las clases de uñas acrílicas, lo que refleja una mayor motivación y compromiso con su formación. En cuanto a su estado emocional, los síntomas depresivos que previamente

afectaban su calidad de vida se han reducido considerablemente. La usuaria ha logrado manejar estos síntomas de manera más efectiva, implementando las técnicas cognitivas y conductuales aprendidas en terapia, las cuales le han proporcionado herramientas para enfrentar y regular sus emociones de manera más saludable.

Otro aspecto destacado fue la mejora en su relación con su madre y hermanos. La usuaria señaló que la comunicación con sus familiares ha mejorado significativamente, lo cual se ha convertido en una interacción más armónica y respetuosa entre ellos. Este cambio ha facilitado la resolución de conflictos previos y ha fortalecido los lazos dentro de la familia.

Durante la última sesión de seguimiento, la usuaria comentó que sus actividades cotidianas se han vuelto menos estresantes y más manejables. Se siente más tranquila y capaz de realizar sus tareas diarias con mayor eficiencia y sin la carga emocional que anteriormente experimentaba. En este sentido, destacó la importancia de retomar sus pasatiempos, como volver a ir al gimnasio, lo cual ha sido beneficioso para su bienestar físico y mental. Además, sigue manteniendo relaciones sociales saludables al reunirse con amigos.

Un aspecto significativo de su proceso fue la reflexión acerca de su relación con su madre, la usuaria identificó que muchos de los problemas y patrones que experimentó en su niñez los había internalizado. Reconoció que su madre también enfrenta dificultades emocionales y, como resultado, ha llegado a la conclusión de que su madre necesita apoyo terapéutico. Esta comprensión le permitió perdonarla, lo que ha tenido un impacto positivo en la mejora de su relación con ella, contribuyendo así a su propia salud mental y emocional.

En este sentido la usuaria enfatizó que el proceso de búsqueda de ayuda es un paso crucial para mantener una salud mental adecuada y mejorar continuamente el bienestar emocional de cada individuo. Esta comprensión se alinea con los principios de la Terapia Cognitivo- Conductual, un enfoque ampliamente reconocido por su efectividad en el tratamiento de la depresión. La Terapia Cognitivo Conductual ayuda a las personas a identificar

y modificar patrones de pensamiento negativos, lo que les permite desarrollar formas más realistas y adaptativas de interpretar y enfrentar los desafíos emocionales. Esta terapia se ha demostrado eficaz en la reducción de los síntomas depresivos, mejorando la regulación emocional y proporcionando herramientas para prevenir recaídas. Al empoderarse con estos conocimientos, la usuaria no solo ha logrado mejorar su salud mental, sino que también ha aprendido a compartir este aprendizaje con su entorno, promoviendo una cultura de salud mental proactiva y de búsqueda de ayuda cuando es necesario.

#### IV. CONCLUSIONES

- El proceso terapéutico basado en la terapia cognitivo-conductual resultó en una mejora significativa de los síntomas depresivos, reflejándose en cambios positivos en el bienestar emocional, cognitivo, físico y conductual de la usuaria, lo que mejoró su calidad de vida.
- La aplicación de pruebas psicométricas permitió identificar un nivel de depresión en la usuaria, lo que proporcionó un marco claro para estructurar los objetivos terapéuticos y enfocar la intervención en las áreas más afectadas.
- Las técnicas de relajación y respiración fueron fundamentales para reducir los síntomas físicos de la depresión, mejorando el control emocional y físico de la usuaria, tanto durante las sesiones como en su vida diaria.
- La implementación de la técnica de programación de actividades y dominio y agrado contribuyó al incremento de actividades agradables, lo que mejoró el estado de ánimo de la usuaria y redujo la apatía, favoreciendo un mayor sentido de satisfacción personal.
- El uso de técnicas como la detención de pensamientos automáticos y la reestructuración cognitiva permitió a la usuaria modificar pensamientos negativos y disfuncionales, reduciendo emociones como la tristeza y la desesperanza.
- El entrenamiento en habilidades sociales y asertividad mejoró la capacidad de la usuaria para establecer límites y expresar sus necesidades, lo que resultó en una mejora significativa de sus relaciones interpersonales.
- Comparando los datos iniciales y finales, se observó una notable disminución de los síntomas depresivos, con mejoras en su funcionalidad laboral, social y personal, reflejando un incremento en el bienestar y la seguridad emocional.

## V. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar evaluaciones psicométricas periódicas para monitorizar los avances, identificar recaídas y ajustar las estrategias terapéuticas de manera personalizada según las necesidades de la usuaria.
- Es esencial consolidar estrategias adaptativas como la resolución de problemas y el entrenamiento en habilidades prácticas para enfrentar desafíos cotidianos, así como fomentar la práctica continua de técnicas de relajación como la relajación progresiva y la respiración diafragmática.
- Continuar con la planificación de actividades que promuevan el agrado y el dominio, e incluir nuevas actividades y proyectos que fortalezcan la motivación y el sentido de propósito de la usuaria, estructurando mejor su rutina diaria.
- Mantener la capacitación en habilidades sociales a través de ejercicios prácticos y técnicas de gestión de conflictos y comunicación efectiva, lo que contribuirá a mejorar las relaciones interpersonales y aumentar la confianza de la usuaria.
- La psicoeducación debe seguir siendo una estrategia clave, enfocada en el ciclo de pensamientos, emociones y conductas que perpetúan la depresión, además de promover el autocuidado integral, incluyendo hábitos saludables como una dieta equilibrada y ejercicio regular.

## VI. REFERENCIAS

- Acebedo, y Gélvez. (2018). Estrategias de Intervencion cognitivo conductual en un caso de depresion persistente. *Revista Virtual Universidad Catolica del Norte*, 55, 146-158.  
<https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/1001>
- Alarcon. (2022). *Intervencion cognitivo conductual en una joven estudiante con depresion persistente*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.  
<https://hdl.handle.net/20.500.13084/6056>
- Beck, y Clark. (2013). *Terapia Cognitiva para Transtornos de Ansiedad*. Desclée de Brouwer.  
<https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433025371.pdf>
- Beck, y Emery. (1983). *Trastornos de ansiedad y fobias - Una perspectiva cognitiva*. Desclée de Brouwer. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433027108.pdf>
- Beck, y Emery. (1985). *Trastornos de ansiedad y fobias : una perspectiva cognitiva*. Libros básicos, 1985.  
[https://books.google.com.pe/books/about/Anxiety\\_Disorders\\_And\\_Phobias.html?id=4xgyc7pbgH0C&redir\\_esc=y](https://books.google.com.pe/books/about/Anxiety_Disorders_And_Phobias.html?id=4xgyc7pbgH0C&redir_esc=y)
- Beck, Rush, Shaw, y Emery. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.  
[https://www.terapia-cognitiva.mx/pdf\\_files/introduccion-terapia/clase7/CAP.%209%20Combatir%20los%20pensamientos%20automaticos%20JBECK0001.pdf](https://www.terapia-cognitiva.mx/pdf_files/introduccion-terapia/clase7/CAP.%209%20Combatir%20los%20pensamientos%20automaticos%20JBECK0001.pdf)
- Beck, Rush, Shaw, y Emery. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (Vol. 20). Desclée de Brouwer. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
- Beck, Steer, y Brown. (2006). *Inventario de Depresión de Beck: manual*. Pearson.  
[https://catalogo.upc.edu.pe/permalink/51UPC\\_INST/102v5av/alma990000514920203](https://catalogo.upc.edu.pe/permalink/51UPC_INST/102v5av/alma990000514920203)

- Berrío. (2019). Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso. *Revista de Diagnostico Psicologico, Psicoterapia y Salud*, 1-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.5093/cc2019a21>
- Betancur. (2020). *Terapia cognitiva conductual en un paciente con trastorno depresivo persistente*. [Trabajo académico para Maestria, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional UDN. <http://hdl.handle.net/10584/9511>
- Calderon. (2020). *Intervencion cognitivo conductual para una mujer adulta con depresion*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/4654>
- Espinoza. (2019). *Intervención en terapia cognitiva, de Aaron T. Beck, en pacientes con depresión, de un centro de salud de la ciudad de Panamá*. [Trabajo de Maestria, Universidad de Panamá]. Repositorio Institucional de UP. <http://up-rid.up.ac.pa/id/eprint/1722>
- Felix, Paz, Añón, Malde, Cáliz, y Puertas. (2020). Resultados Obstetricos en gestantes diagnosticadas de sindromeantifosfolipido resultados obstetricos en mujeres embarazadas con diagnostico de sindrome antifosfolipido. *Revista Medica Clinica Las Condes*, 366–372. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.05.005>
- Fernández. (2011). *Evaluacion psicologica: Conceptos, metodos y estudio de casos* (2 ed.). Madrid: Ediciones Pirámide. <https://www.edicionespiramide.es/libro/psicologia/evaluacion-psicologica-rocio-fernandez-ballesteros-9788436825480/>
- Hernandez, Baptista, y Fernandez. (2014). *Metodología de la Investigacion* (Vol. 6). Mexico: McGraw-Hill - Interamericana Editores. <https://doi.org/978-1-4562-2396-0>.
- Ibañez, y Manzanera. (2012). *Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria (parte 2)* (Vol. 40). España: Medicina de Familia – SEMERGEN.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.semrg.2011.07.020>

Jacobson. (1939). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

<https://webs.um.es/palopez/miwiki/lib/exe/fetch.php?media=jacobson.pdf>

Landa. (2020). *La influencia entre la terapia cognitiva conductual y la depresión en pacientes adultos de la ciudad de Pisco-Ica, 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio Institucional UAI. <https://hdl.handle.net/20.500.14441/1235>

Lazarus, y Folkman. (1986). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York: Springer Publishing Company. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4419-1005-9>

Llamo. (2022). *Terapia Cognitivo conductual para la depresión de una joven adulta* [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/5830>

Lorenzo, Diaz, Carrete, Hernandez, y Barrios. (2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(6). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942021000600013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000600013)

Mendoza. (2020). *Intervención cognitivo conductual en un adulto con trastorno de ansiedad generalizada*. [Trabajo académico, Universidad Nacional Federico Villarreal]: Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/9713>

Mendoza. (2020). *Terapia Congnитivo conductual: Actualidad. Tecnología*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia] Repositorio Institucional UPCH. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/8907>

Millon, Grossman, y Millon. (2007). *Manual : MCMI - IV (Inventario Clínico Multiaxial de Millon II) [Manual]*. TEA Ediciones S.A. <https://psicologiamiento.com/clinica/inventario-clinico-multiaxial-millon>

Ministerio de Salud [MINSA]. (12 de enero de 2023). *La depresión es uno de los trastornos*

*de salud mental más frecuentes en el país.* Gobierno del Perú:  
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-%20de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>

Morrison. (2015). *La entrevista psicológica.* Mexico: El Manual Moderno.  
<https://centrohumanista.edu.mx/biblioteca/files/original/76a203436d4fe75f60e27cf9c895f252.pdf>

Myles, y Shafran. (2015). *El manual de la TCC: una guía completa sobre el uso de la terapia cognitivo-conductual para superar la depresión, la ansiedad y la ira.* London: Little, Brown Book Group.

[https://books.google.com/books/about/The\\_CBT\\_Handbook.html?id=\\_2NpBgAAQBAJ](https://books.google.com/books/about/The_CBT_Handbook.html?id=_2NpBgAAQBAJ)

Organizacion Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos.* OMS: [https://www.who.int/es/news-room/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care?utm\\_source](https://www.who.int/es/news-room/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care?utm_source)

Organizacion Mundial de la Salud [OMS]. (29 de agosto de 2025). *Depresion.* OMS:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organizacion Panamericana de Salud [OPS]. (15 de Marzo de 2021). *OPS. Depresión:*  
<https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Peréz, y Garcíá. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Revista Virtual Psicothema, 13(3),* 493-510. <https://www.psicothema.com/pii?pii=471>

Pinzón. (2018). *Aplicación de la Terapia cognitivo conductual en un caso de Trastorno.* [Tesis de pregrado, Universidad Pontificia Bolivariana] Repositorio Institucional de la UPB.  
[https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5582/digital\\_37479.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5582/digital_37479.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Puelles. (2022). *Caso psicológico: terapia cognitivo conductual aplicada en una joven con depresión*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6002>
- Puerta, y Padilla. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC ) Como tratamiento para la depresion: Una revisión del estado del arte. *Revista Virtual Duazary*, 2(8), 251-257. <https://doi.org/https://doi.org/10.21676/2389783X.224>
- Quintanilla, García, Rodríguez, Fontes, y Sarria. (2020). *Fundamentos de Investigación en Psicología*. Madrid: Editorial UNED. [https://books.google.com/books/about/Fundamentos\\_de\\_investigación\\_en\\_Psicolo.html?id=uF4HEAAQBAJ](https://books.google.com/books/about/Fundamentos_de_investigación_en_Psicolo.html?id=uF4HEAAQBAJ)
- Ruiz, y Lujan. (1991). *Manual de Psicoterapia Cognitiva. Inventario de pensamientos automáticos*. Madrid: Pirámide. <https://es.scribd.com/document/439519648/Inventario-de-Pensamientos-Automaticos-Ruiz-y-Lujan>
- Ruiz, Díaz, y Villalobos. (2012). *Terapia cognitiva para la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer. [https://www.edesclée.com/libro/terapia-cognitiva-para-la-depresion\\_2538](https://www.edesclée.com/libro/terapia-cognitiva-para-la-depresion_2538)
- Ruiz, Diaz, y Villalobos. (2013). *Manual de Tecnicas de Intervencion Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433025357.pdf>
- Vallejo, y Comeche. (2016). Manual de terapia de conducta. *Revista Virtual de la Universidad de la Rioja*, 6, 684. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=113584>
- Vigo Psicologia. (11 de Noviembre de 2024). *Terapia cognitivo-conductual*. Psicología 3 pasos: <https://3pasos.es/terapia-cognitivo-conductual/>
- Wenzel. (2016). *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (Vol. 7). Washington: American

Psychological Association (APA). [https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0000034-000](https://doi.org/10.1037/0000034-000)

Zapana. (2023). *Terapia cognitivo conductual para la depresion de la joven adulta*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal].

Repository Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/7269>

## VII. ANEXOS

### ANEXO A: Evaluación IDB – II Pre test

<b>BDI-II<sup>1</sup></b>	
Nombre: <i>Obdulia V.R.</i>	Estado Civil: <i>Soltera</i> Edad: <i>35 a</i> Sexo: <i>F</i>
Ocupación: <i>—</i>	Educación: <i>Técnico</i> Fecha: <i>08/01/24</i>
<p><b>Instrucciones:</b> Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija <b>uno</b> de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las <b>últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy</b>. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambios en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).</p>	
<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste.      1 Me siento triste gran parte del tiempo.  <input checked="" type="radio"/> Estoy triste todo el tiempo.      3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.  <input checked="" type="radio"/> Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.      2 No espero que las cosas funcionen para mí.      3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p><b>3. Fracaso</b></p> <p>0 No me siento como un fracasado.      1 He fracasado más de lo que hubiera debido.      2 Cuando miro hacia otras veo muchos fracasos.  <input checked="" type="radio"/> Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p><b>4. Pérdida de Placer</b></p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.      1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.      2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.  <input checked="" type="radio"/> No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p><b>5. Sentimientos de Culpa</b></p> <p>0 No me siento particularmente culpable.      1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.      2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.  <input checked="" type="radio"/> Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p><b>6. Sentimientos de Castigo</b></p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.  <input checked="" type="radio"/> Siento que tal vez pueda ser castigado.      2 Espero ser castigado.      3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p><b>7. Disconformidad con Uno Mismo</b></p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.      1 He perdido la confianza en mí mismo.  <input checked="" type="radio"/> Estoy decepcionado conmigo mismo.      3 No me gusta a mí mismo.</p> <p><b>8. Autocritica</b></p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.      1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.      2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.  <input checked="" type="radio"/> Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</b></p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.  <input checked="" type="radio"/> He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.      2 Querría matarme.      3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p><b>10. Llanto</b></p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.      1 Lloro más de lo que solía hacerlo.  <input checked="" type="radio"/> Lloro por cualquier pequeña.      3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
<small>Todos original Beck Depression Inventory, second edition Traducción y adaptación con permiso. 1987 by Anton F. Beck, by The Psychological Corporation, USA. de su traducción al español 2000 by The Psychological Corporation, USA. Todos los derechos reservados.</small>	
27	Subtotal Página 1
<b>Continúa atrás</b> ➤	
1. Adopción: Lic. María Elena Benítez	

## ANEXO B: Inventario de Autoestima – Coopersmith – Versión Adulto - Pre test

## INVENTARIO DE AUTOESTIMA-COOPERSMITH-VERSIÓN ADULTOS

Nombre y Apellidos: Obdulia V.R.

Marque con una X debajo de V o F, de acuerdo a los siguientes criterios:

V cuando la frase SI coincide con su forma de ser o pensar.

F si la frase NO coincide con su forma de ser o pensar.

FRASE DESCRIPTIVA

Nº	PREGUNTAS	V	F
1	Usualmente las cosas no me molestan		X
2	Me resulta difícil hablar frente a un grupo	X	
3	Hay muchas cosas de mí que cambiaría, si pudiese	X	
4	Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad		X
5	Soy muy divertido(a)		X
6	Me altero fácilmente en casa	X	
7	Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cosa nueva	X	
8	Soy muy popular entre las personas de mi edad		X
9	Generalmente mi familia considera mis sentimientos		X
10	Me rindo fácilmente	X	
11	Mi familia espera mucho de mí		X
12	Es bastante difícil ser "yo mismo"	X	
13	Me siento muchas veces confundido	X	
14	La gente usualmente sigue mis ideas		X
15	Tengo una pobre opinión acerca de mí mismo	X	
16	Hay muchas ocasiones que me gustaría irme de mi casa	X	
17	Frecuentemente me siento descontento con mi trabajo	X	
18	No estoy tan simpático como mucha gente	X	
19	Si tengo que decir, usualmente lo digo		X
20	Mi familia me comprende		X
21	Muchas personas son más preferidas que yo	X	
22	Frecuentemente siento como si mi familia me estuviera presionado	X	
23	Frecuentemente me siento desalentado con lo que hago	X	
24	Frecuentemente desearía ser otra persona	X	
25	No soy digno de confianza		X

ANEXO C: Inventario de Pensamientos Automáticos - Pre test

## INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

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

NUNCA PIENSO ESO	ALGUNAS VECES LO PIENSO	BASTANTES VECES LO PIENSO	CON MUCHA FRECUENCIA LO PIENSO
0	1	2	3

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan
  2. Solamente me pasan cosas malas
  3. Todo lo que hago me sale mal
  4. Sé que piensan mal de mí
  5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?
  6. Soy inferior a la gente en casi todo
  7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor
  8. ¡No hay derecho a que me traten así!
  9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental
  10. Mis problemas dependen de los que me rodean
  11. Soy un desastre como persona
  12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa
  13. Debería de estar bien y no tener estos problemas
  14. Sé que tengo la razón y no me entienden
  15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa
  16. Es horrible que me pase esto
  17. Mi vida es un continuo fracaso
  18. Siempre tendrá este problema
  19. Sé que me están mintiendo y engañando
  20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?
  21. Soy superior a la gente en casi todo
  22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean
  23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así
  24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo
  25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas
  26. Alguien que conozco es un imbécil
  27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa
  28. No debería cometer estos errores
  29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto
  30. Ya vendrán mejores tiempos
  31. Es insopportable, no puedo aguantar más
  32. Soy incompetente e inutil
  33. Nunca podré salir de esta situación
  34. Quieren hacerme daño
  35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?
  36. La gente hace las cosas mejor que yo
  37. Soy una víctima de mis circunstancias
  38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco
  39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo
  40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas
  41. Soy un neurótico
  42. Lo que me pasa es un castigo que merezco
  43. Debería recibir más atención y cariño de otros
  44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana
  45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor

## ANEXO D: Psicoeducación Distorsiones Cognitivas

Tabla 1. Distorsiones cognitivas

DISTORSIONES COGNITIVAS	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Inferencia arbitraria / saltar a las conclusiones	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale.	"No encuentro trabajo porque soy un desastre"
Catastrofismo	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir.	"Es peor que no lo intente porque fracasaré y será horrible"
Comparación	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás.	"Aunque me esfuerzo no consigo ser tan agradable como mi compañero".
Pensamiento dicotómico/blanco o negro	Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que sólo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo).	"O saco un 10 en el examen o soy un fracasado".
Descalificación de lo positivo	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos.	"Me salió bien la cena pero fue por chiripa".
Razonamiento emocional	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta.	"Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar".
Construir la valía personal en base a opiniones externas	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros.	"Mi novio me dice que soy una inculta, seguro que tiene razón".
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.	"Estoy segura de que aunque salga con amigos me sentiré mal".
Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa.	"Soy un fracasado".
Magnificación	Tendencia a exagerar o a magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento.	"Me ha salido el examen fatal, es horrible, no lo puedo soportar".
Ler la mente	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye.	"Sé que mi padre, en el fondo, piensa que soy un inútil".
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.	"Me han llamado los amigos cinco veces pero podrían haberme llamado más".
Sobregeneralización	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.	"Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien".

## ANEXO E: Registro de Actividades Placenteras

## ANEXO XI

Modelo para el registro de las actividades elegidas para la intervención y su jerarquización (Adaptado de Lejuez et al., 2011).

**INSTRUCCIONES:** Apunta las 15 actividades que deseas llevar a cabo y luego valora su dificultad teniendo en cuenta que 1=lo menos difícil y 15=lo más difícil.

ACTIVIDAD	DIFICULTAD (1-15)
Ser una maquilladora reconocida	12
Tener mi salón de belleza	13
Pasar los fines de semana en familia (casa)	15
Maquillarme todos los días	1
Escuchar música cuando hago limpieza	2
Salir a caminar o correr por las mañanas	6
Buscar un trabajo fijo	3
Salir con mis amistades	8
Viajar a Ayacucho	11
Retomar mis espacios de lectura	5
Retomar mis clases de inglés	10
Ir al gimnasio	7
Espalderizarme en unos acrílicos	9
Maquillar a mis clientes	4
Realizar paseos en parque.	14

## ANEXO F: Material Educativo sobre Depresión

**DEPRESIÓN**

Caracterizado por un estado de ánimo triste, irritable o vacío, asociado con cambios cognitivos y somáticos, que dura ≥ 2 semanas.

**CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO**

**OBLIGATORIO**

Al menos uno:

- ✓ Estado de ánimo deprimido gran parte del tiempo, además de irritabilidad en niños o adolescentes.
- ✓ Anhedonia: pérdida de satisfacción y placer al realizar cosas que antes traían alegría.

**Depresión atípica:**  
Hipersomnia y aumento de peso, generalmente relacionados con el trastorno bipolar.

**PSICOTERAPIA**

**Cognitivo-Conductual (TCC)**

- Esta terapia se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento negativos y conductas disfuncionales. La TCC ayuda a los pacientes a desarrollar habilidades para cambiar creencias irracionales y responder de manera más positiva a los desafíos.

## ANEXO G: Material Educativo sobre Emociones

# ¿En qué zona te encuentras hoy?



## Zona Azul

Triste Cansado  
Enfermo  
Aburrido  
Decaído



## Zona Verde

Tranquilo Feliz  
Centrado Me  
siento bien Al  
mando



## Zona Amarilla

Emocionado  
Ansioso  
Nervioso  
Frustrado  
Confundido



## Zona Roja

Enfadado  
Miedoso con  
Pánico Quiero  
gritar No tengo el  
control

# PENSAMIENTOS ERRÓNEOS

## CÓMO VENCERLOS



**ROMPER CON EL PENSAMIENTO  
SIRVIÉNDOSE DE PALABRAS O  
FRASES CONTUNDENTES COMO:  
NO, MENTIRA, CALLA, PARA, NO ES  
VERDAD...**

**DESENMASCARAR EL MECANISMO**

**ANÁLISIS REALISTAS QUE TENGAN  
EN CUENTA TODA LA REALIDAD Y  
SUS DISTINTOS MATICES**

**AUTOAFIRMAR NUESTRA PROPIA  
VALÍA Y NUESTRAS  
POSIBILIDADES DE FORMA  
REALISTA Y OPTIMISTA.**



## ANEXO I: Material Educativo sobre Comunicación Asertivo

## Habilidades de comunicación

### Cuando eres ASERTIVO

- DECIMOS LO QUE PENSAMOS Y CÓMO NOS SENTIMOS
- NO HUMILLAMOS, DESAGRADAMOS, MANIPULAMOS O FASTIDIAMOS A LOS DEMÁS
- TENEMOS EN CUENTA LOS DERECHOS DE LOS DEMÁS
- NO SIEMPRE EVITAMOS LOS CONFLICTOS, PERO SÍ EL MÁXIMO NÚMERO DE VECES
- EMPLEAMOS FRASES COMO: "PIENSO QUE...", "SIENTO...", "QUIERO...", "HAGAMOS..."
- HABLAMOS CON FLUIDEZ Y CONTROL, SEGUROS, RELAJADOS, CON POSTURA RECTA Y MANOS VISIBLES, UTILIZAMOS GESTOS FIRMES SIN VACILACIONES, MIRAMOS A LOS OJOS

DESCRIBE UNA SITUACIÓN CONFLICTIVA O UNA CONVERSACIÓN DIFÍCIL QUE HAYAS TENIDO CON OTRA PERSONA Y EN LA QUE HAYAS REACCIONADO DE FORMA ASERTIVA:

## ANEXO J: Material Educativo sobre Resolución de Problemas



## ANEXO K: Consentimiento Informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Tengo la plena seguridad que el amparo de la ley N° 20733, ley de protección de datos personales y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS se resguardan en todo momento mi identidad, información de enfermedades, creencias, orientación sexual, lo relacionado a la intimidad sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las leyes en mención.

**EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: 23 de enero del 2024

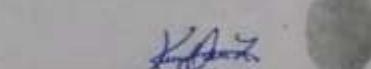
Hora: 15:20 pm

Quisiera dejar constancia que he tomado conocimiento del proyecto de su trabajo académico para optar el título de la Segunda Especialidad en Terapia Cognitivo Conductual, mismo que es realizado por la psicóloga Kelly Roxana Ortiz Zelada, en condición de Investigador de la **Terapia Cognitivo Conductual para la depresión de una joven adulta.**

Yo declaro haber sido informada de los procedimientos de la intervención del trabajo académico y manifiesto que se han resuelto todas mis inquietudes al respecto, consiente de mis derechos y de forma voluntaria, doy mi consentimiento para el uso de información y/o aplicación de instrumentos de recolección de datos que permitirá ratificar la eficacia de la terapia cognitivo conductual mediante una evaluación pre y post tratamiento.



Firma o huella del paciente.

DNI: UH249538

Firma o huella de la psicóloga.

DNI: 45288648