



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN EN UNA MUJER ADULTA

**Línea de investigación:
Salud mental**

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

Autora

Pucuhuayla Paucar, Danitza

Asesor

Aguila Vargas, Fernando Humberto

ORCID: 0000-0002-5040-632X

Jurado

Díaz Hamada, Luis Alberto

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Aguilar Mori, Karim

Lima - Perú

2024



INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN EN UNA MUJER ADULTA

INFORME DE ORIGINALIDAD

26%

INDICE DE SIMILITUD

25%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	12%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
3	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	4%
4	oldri.ues.edu.sv Fuente de Internet	<1%
5	crecimientopersonal.libsyn.com Fuente de Internet	<1%
6	archive.org Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	www.gob.pe Fuente de Internet	<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN EN UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Pucuhuayla Paucar, Danitza

Asesor:

Aguila Vargas, Fernando Humberto

ORCID: 0000-0002-5040-632X

Jurado

Díaz Hamada, Luis Alberto

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Aguilar Mori, Karim

Lima – Perú

2024

Pensamientos

“Un viaje de mil millas comienza con un solo paso”.

Lao-Tse

*“Eres tú con tu forma de hablarte, cuando te caes,
el que determina si te has caído en un bache o en una tumba”.*

William James

Dedicatoria

A mi familia, cuya presencia y amor incondicional han constituido la esencia de mi fortaleza interna, dedico este logro como un homenaje a su invaluable apoyo.

En un rincón especial de mi ser, guardo un lugar de amor eterno para mi leal mascota, cuya compañía y fidelidad incondicional han sido una fuente constante de alegría y consuelo. En cada momento compartido, su lealtad y amor han sido los hilos dorados que han enriquecido mi vida y aliviado las cargas de los días más difíciles.

Finalmente, a todos aquellos que han sido parte integral de este viaje emocional e intelectual, les extiendo mi agradecimiento más profundo. Sus contribuciones, aunque a veces sutiles, han sido el tejido invisible que ha dado forma a esta experiencia.

Agradecimientos

A esta casa de estudios, refugio de conocimiento y formadora de mentes curiosas, le debo mi introducción a las disciplinas del saber y mi desarrollo intelectual. Su influencia ha sido la base sobre la cual he construido los cimientos de mi comprensión.

A mis honorables profesores, auténticos artífices de la sabiduría y mentores en este complejo laberinto del aprendizaje, ofrezco mi más sincero reconocimiento. Su infinita paciencia y su enseñanza. Cada lección recibida ha sido un escalón en la escalera hacia la cima del saber, y cada orientación, un apoyo en la edificación de mi formación académica.

También deseo expresar mi gratitud a mis padres, cuyos sacrificios y amor incondicional han sido el pilar de mi esfuerzo. Su apoyo constante, fuente de fortaleza emocional y motivación, ha sido la base de mi anclaje, perseverancia y dedicación. En cada etapa de esta travesía, su confianza inquebrantable en mis habilidades ha sido el aliento que ha impulsado mi determinación.

No puedo dejar de reconocer el valor del esfuerzo propio y tenacidad, atributos que, junto con el apoyo incondicional recibido, han sido cruciales para la culminación de este trabajo de investigación. Mi autodisciplina, constancia y la voluntad de superar retos han sido fuerzas esenciales en la realización de este estudio, convirtiendo en posible la consecución de este hito académico.

ÍNDICE

RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Antecedentes.....	7
1.2.1. Antecedentes nacionales.....	7
1.2.2. Antecedentes internacionales.....	9
1.2.3. Fundamentación teórica.....	12
1.3. Objetivos	17
1.3.1. Objetivo general.....	17
1.3.2. Objetivos específicos.....	17
1.4. Justificación	17
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	18
II. METODOLOGÍA.....	19
2.1. Tipo y diseño de investigación	19
2.2. Ámbito temporal y espacial.....	20
2.3. Variables de Investigación	20
2.3.1. Variable dependiente.....	20
2.3.2. Variable independiente.....	20
2.4 Participante	21

2.5 Técnicas e instrumentos	21
2.5.1 Técnicas	21
2.5.2 Instrumentos	24
2.5.3. Evaluación psicológica	27
2.5.4 Evaluación psicométrica.....	37
2.5.5 Informe psicológico integrador.....	42
2.6 Intervención.....	55
2.6.1. Plan de intervención y calendarización	55
2.7 Procedimiento	7877
2.8 Consideraciones éticas	77
III. RESULTADOS	8079
3.1 Análisis de los resultados	8079
3.2 Discusión de resultados.....	9392
3.3. Seguimiento.....	9594
IV. CONCLUSIONES	9695
V. RECOMENDACIONES.....	9796
VI. REFERENCIAS	98
VII. ANEXOS	Error! Bookmark not defined.05

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Criterios según el CIE-10	455
Tabla 2 Diagnostico funcional	466
Tabla 3 Conduas adaptativas/ desadaptativas	466
Tabla 4 Analisis Funcional Descriptivo	477
Tabla 5 Línea base de la sintomatología expresada	488
Tabla 6 Calendarización del programa	55
Tabla 7 Programa de intervención.....	56
Tabla 8 Fase de evaluación - Sesión 1	59
Tabla 9 Fase de evaluación - Sesión 2.....	60
Tabla 10 Fase de evaluación - Sesión 3.....	61
Tabla 11 Fase de intervención – Sesión 1.....	62
Tabla 12 Fase de intervención – Sesión 2.....	63
Tabla 13 Fase de intervención – Sesión 3.....	64
Tabla 14 Fase de intervención – Sesión 4.....	65
Tabla 15 Fase de intervención – Sesión 5.....	67
Tabla 16 Fase de intervención – Sesión 6.....	68
Tabla 17 Fase de intervención – Sesión 7.....	69
Tabla 18 Fase de intervención – Sesión 8.....	70
Tabla 19 Fase de intervención – Sesión 9.....	71
Tabla 20 Fase de intervención – Sesión 10.....	72
Tabla 21 Fase de intervención – Sesión 11.....	73
Tabla 22 Fase de intervención – Sesión 12.....	74

Tabla 23 Fase de intervención – Sesión 13.....	75
Tabla 24 Fase de intervención – Sesión 14.....	76
Tabla 25 Fase de eguimiento – Sesión 15.....	77
Tabla 26 Registro de frecuencia de síntomas fisiologicos, línea base, pretest	81
Tabla 27 Registro de frecuencia de síntomas fisiologicos, línea base, postest	83
Tabla 28 Registro de frecuencia de síntomas cognitivos, línea base, pretest.....	83
Tabla 29 Registro de frecuencia de síntomas cognitivos, línea base, postest.....	85
Tabla 30 Registro de frecuencia de síntomas emocionales, línea base, pretest.....	86
Tabla 31 Registro de frecuencia de síntomas emocionales, línea base, postest.....	88
Tabla 32 Registro de frecuencia de Síntomas conductuales, línea base, pretest.....,.....	89
Tabla 33 Registro de frecuencia de síntomas conductuales, línea base, postest.....,.....	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Test del Inventario de Depresión de Beck	8079
Figura 2 Inventantorio de Autestima de Coopersmith - SEI.....	810
Figura 3 Sintomas Fisiologicos del Pretest.....	8281
Figura 4 Sintomas Fisiologicos del Postest	8483
Figura 5 Sintomas Cognitivos del Pretest	8584
Figura 6 Sintomas Cognitivos del Postest	86
Figura 7 Sintomas Emocionales del Pretest.....	88
Figura 8 Sintomas Emocionales del Postest	890
Figura 9 Sintomas Conductuales de Pretest.....	910
<i>Figura 10</i> Sintomas Conductuales de Pretest	93

Resumen

Objetivo: Disminuir los síntomas de depresión e incrementar las conductas de afrontamiento mediante la aplicación de un programa cognitivo-conductual en una mujer adulta de 52 años.

Método: El presente estudio fue de tipo aplicado y diseño experimental, específicamente, preexperimental de caso único ABA porque se caracterizó por tratarse de un sujeto único; es decir, careció de un grupo de control, considerando la línea base de la conducta, la intervención y la línea base posterior, para evaluar la efectividad de la intervención del tratamiento propuesto.

Resultados: Los resultados de la intervención con la terapia cognitivo-conductual mostraron la reducción de la sintomatología a nivel fisiológico, cognitivo, emocional, conductual y social, como se evidencia en la evaluación de la línea base de la conducta y la aplicación de pruebas psicométricas correspondientes al pre y postest. **Conclusiones:** La aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual en una mujer adulta de 52 años resultó en la disminución de los síntomas de depresión y el incremento de las conductas de afrontamiento. Este hallazgo resalta la importancia de abordar la depresión considerando los múltiples factores influyentes que la pueden desencadenar, incluyendo los niveles fisiológico, psicológico, cognitivo, conductual y social, así como su interacción.

Palabras clave: depresión, terapia cognitivo-conductual, reestructuración cognitiva, conducta de afrontamiento, habilidades sociales

Abstract

Objective: To decrease depressive symptoms and increase coping behaviors through the application of a cognitive-behavioral program in a 52-year-old adult woman. **Method:** The present study was of applied type and experimental design, specifically, pre-experimental single case ABA because it was characterized by being a single subject; that is, it lacked a control group, considering behavioral baseline, intervention and post-baseline, to evaluate the effectiveness of the proposed treatment intervention. **Results:** The results of the intervention with cognitive-behavioral therapy showed the reduction of symptomatology at physiological, cognitive, emotional, behavioral and social levels, as evidenced by the evaluation of the behavioral baseline and the application of psychometric tests corresponding to the pre- and post-test. **Conclusions:** The application of a cognitive-behavioral intervention program in a 52-year-old adult woman resulted in decreased depressive symptoms and increased coping behaviors. This finding highlights the importance of addressing depression by considering the multiple influencing factors that can trigger it, including physiological, psychological, cognitive, behavioral, and social levels, as well as their interaction.

Keywords: depression, cognitive-behavioral therapy, cognitive restructuring, coping behavior, social skills

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la terapia cognitivo-conductual (TCC) se ha consolidado como uno de los tratamientos más eficaces en el trastorno depresivo (o depresión). Este enfoque terapéutico se centra en abordar las sintomatologías que afectan la salud psíquica de la población en general; y, en esta perspectiva la sintomatología en torno a la depresión, buscando identificar y modificar esquemas de pensamientos irracionales y conductas desadaptativas que confluyen en el estado.

Al dirigir nuestra atención en la presente investigación a una mujer adulta que experimenta depresión, es fundamental reconocer también la complejidad de las variables que repercuten en la inestabilidad emocional. Desde los desafíos propios de esta etapa de vida hasta las presiones familiares, profesionales y sociales que impactan de manera moderada su salud mental.

Por tanto, la siguiente investigación expone la intervención brindada a una paciente adulta con un diagnóstico de Episodio Depresivo Moderado, de acuerdo con los criterios diagnósticos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), aplicando un programa de TCC, cuyo objetivo principal es reducir los síntomas característicos de la depresión por medio de la aplicación de diferentes técnicas de la TCC, lo cual permitió a la paciente adquirir diferentes procesos cognitivos, conductas y emociones funcionales saludables para un adecuado desempeño ante diferentes adversidades. A través de este trabajo, se buscó contribuir al desarrollo de prácticas psicoterapéuticas con alta validez, para con ello mejorar el bienestar integral de las personas que enfrentan este desafío.

El presente estudio de caso tuvo como objetivo general disminuir los síntomas de depresión e incrementar conductas de afrontamiento mediante la aplicación de un Programa Cognitivo Conductual en una mujer adulta de 52 años a causa de problemas familiares y sociales.

Así mismo, el presente estudio de caso único está distribuido en VII acápites; en el primer apartado se constituye la introducción que comprende a la vez la mención de la descripción de la problemática, los antecedentes nacionales e internacionales, revisión y fundamentación teórica, caracterización de la variable dependiente y de la variable independiente, objetivos generales y específicos, justificación e impactos esperados de este trabajo académico.

En el segundo apartado se precisa la metodología, el tipo y diseño de investigación, ámbito espacial y temporal, así como las variables de investigación, descripción de la participante, técnicas e instrumentos empleados, evaluación psicológica, problemática actual y el desarrollo cronológico de ésta. En adición a ello se menciona la evaluación psicométrica con su respectivo informe, el informe psicológico integrador, incluye la presunción diagnóstica tradicional y recomendaciones para la paciente y familia. Finalmente, concluye con el plan de intervención y calendarización, programa de intervención, procedimiento y consideraciones éticas.

En el tercer apartado, se muestran los resultados previos y posteriores obtenidos tras el proceso de intervención, su análisis que fue materia de discusión respecto a la revisión previa de la literatura y la descripción del seguimiento.

En el cuarto apartado, se detallan las conclusiones correspondientes a la aplicación del programa y, finalmente, en el quinto capítulo se establecen las recomendaciones donde se incluye el seguimiento del caso.

Posterior a ello, se presentan las referencias utilizadas en el presente estudio de caso para el aporte pertinente y para finalizar, en el séptimo capítulo se detallan los anexos.

1.1. Descripción del problema

La depresión es una de las condiciones de salud mental más prevalentes y debilitantes a nivel global, afectando a aproximadamente 280 millones de personas de todas las edades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). En el contexto de las mujeres adultas, la incidencia de la depresión es particularmente alarmante, pues según estudios epidemiológicos, se ha revelado que las mujeres son aproximadamente dos veces más propensas a experimentar episodios depresivos en comparación con los hombres, una disparidad que se mantiene a lo largo de diferentes culturas y grupos socioeconómicos (Kuehner, 2017). Esta mayor vulnerabilidad a la depresión en mujeres subraya la urgencia de desarrollar y evaluar programas de intervención específicos que puedan abordar eficazmente este problema de salud pública.

Intervenir en la depresión mediante programas cognitivo-conductuales ha demostrado ser una estrategia eficaz en diversos estudios clínicos (Hofmann et al., 2012). La TCC se centra en modificar patrones de pensamiento y comportamientos disfuncionales que contribuyen al estado depresivo, ofreciendo herramientas prácticas para la gestión de síntomas y la prevención de recaídas. La no intervención en casos de depresión en mujeres adultas puede tener consecuencias devastadoras no sólo para las personas afectadas, sino también para sus familias y la sociedad en general. La depresión no tratada puede conducir a una disminución significativa en la capacidad funcional y la productividad laboral, y se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar otros trastornos mentales como la ansiedad y los trastornos alimentarios (Gotlib y Hammen, 2009). Además, el impacto económico de la depresión es considerable, con un costo global estimado en un billón de dólares anuales debido a la pérdida de productividad y los gastos en atención médica (OMS, 2020). En este sentido, la implementación de programas de intervención como la TCC no solo tiene el potencial de mejorar la salud mental de las mujeres adultas, sino que también puede

reducir significativamente los costos asociados con la depresión, proporcionando una justificación económica adicional para su uso generalizado. Este estudio propone evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual sobre la depresión, con el objetivo de proporcionar evidencia empírica que respalde su implementación en diversas configuraciones clínicas.

Las experiencias de violencia de género, tanto en el ámbito doméstico como en el público, son factores críticos que agravan el riesgo de depresión en mujeres (Devries et al., 2013). Así mismo, la presión social para cumplir con estándares irreales de belleza y comportamiento también juega un papel en la perpetuación de sentimientos de insuficiencia y desesperanza, exacerbando la incidencia de trastornos depresivos.

La evidencia sobre la eficacia de la TCC en diferentes contextos y poblaciones es robusta. Estudios han demostrado que esta es efectiva no solo en entornos clínicos tradicionales, sino también a través de plataformas en línea y en comunidades de bajos recursos (Andersson et al., 2014). Por ejemplo, un estudio de metaanálisis encontró que la TCC en línea es tan eficaz como la terapia presencial para tratar la depresión (Richards y Richardson, 2012). Estos hallazgos son particularmente relevantes para la intervención en mujeres adultas; ya que pueden enfrentar barreras adicionales para acceder a la atención médica, como responsabilidades familiares y limitaciones económicas. Adaptar la TCC a diferentes contextos de las pacientes, puede aumentar su accesibilidad y efectividad en esta población vulnerable.

Por otro lado, en la depresión interfieren diferentes emociones y, cuando estas emociones escapan de nuestro control y llegan al grado de influenciar en nuestro diario vivir ocasionan un problema. Imposibilitando así, que tengamos un buen accionar en diferentes ámbitos (Hospital Hermilio Valdizan, 2020). Aproximadamente el 13% de la población peruana ha experimentado un episodio depresivo mayor en algún momento de su vida, con una incidencia especialmente alta

entre las mujeres. Este dato es alarmante considerando que la depresión en mujeres puede estar subestimada debido a barreras socioculturales que dificultan la búsqueda de ayuda. El Ministerio de Salud, a través del Seguro Integral de Salud (SIS), han realizado más de 650 mil atenciones de sus asegurados por diagnósticos referidos a la depresión, desde casos moderados hasta graves. Acorde a la estadística mundial, el 77% de las atenciones fueron de afiliadas mujeres y el 23% restantes, de hombres (Ministerio de Salud, 2023). Estas estadísticas evidencian la necesidad urgente de intervenciones efectivas para abordar este problema de salud mental en la población femenina.

Intervenir en la depresión a través de programas TCC ha demostrado ser altamente efectivo en diversos contextos globales y ofrece una solución viable para el litoral peruano. La TCC no solo se enfoca en reducir los síntomas, sino que también proporciona herramientas prácticas para manejar el estrés y prevenir recaídas (Beck, 2011). En Perú, la implementación de programas de TCC podría ayudar a reducir la carga social asociada con la depresión. De hecho, estudios han mostrado que la depresión no tratada, contribuye a la disminución de la productividad económica general y aumentan los costos en atención médica (Chisholm et al., 2016). Por lo tanto, la introducción de programas de TCC en la atención primaria de salud en Perú podría ser una medida costo-efectiva para mejorar la salud mental de las mujeres adultas y, por ende, su calidad de vida.

Reflexionando sobre la importancia de abordar la depresión en mujeres adultas en Perú, es evidente que la implementación de programas de intervención como la TCC no solo tiene el potencial de aliviar el sufrimiento individual, sino también de generar un impacto positivo a nivel comunitario y nacional. Este fenómeno también se ha evidenciado de forma más representativa, especialmente en la población de mujeres, que prácticamente duplica el número de casos de sus pares masculinos (Ochoa et al., 2015). Además, la reducción de los síntomas depresivos puede

mejorar las relaciones interpersonales y aumentar la participación comunitaria, contribuyendo al fortalecimiento del tejido social. Se puede concluir que, la depresión en mujeres adultas es un problema de salud pública crítica en Perú, la misma que requiere una intervención urgente y efectiva. Los programas de intervención cognitivo-conductual ofrecen una estrategia prometedora para abordar este desafío. La evidencia sugiere que estas intervenciones pueden proporcionar beneficios significativos, no solo a nivel individual, sino también a nivel económico y social.

Por lo expuesto, se puede aseverar que la implementación de programas de intervención cognitivo-conductual en Perú es esencial y urgente para abordar la alta prevalencia de la depresión en mujeres adultas. Las estadísticas revelan una mayor vulnerabilidad de las mujeres a la depresión, exacerbada por factores socioculturales y económicos, lo que subraya la necesidad de intervenciones específicas y accesibles.

Finalmente, el programa de intervención cognitivo-conductual que se evaluó en este estudio fue diseñado específicamente para abordar las sintomatologías de las mujeres adultas con depresión. El programa incluyó componentes clave como la reestructuración cognitiva, técnicas de solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales así mismo la capacitación en habilidades de afrontamiento; además, incorporó módulos sobre modificación de pensamientos, incremento de los niveles de autoestima, incremento de las conductas de autocuidado y prevención de recaídas, con el objetivo de proporcionar herramientas sostenibles para la salud mental a largo plazo de la paciente. La implementación del programa se justificó por la necesidad de intervenciones más accesibles y efectivas para mujeres que enfrentan depresión, las cuales buscan la reducción de síntomas y mejora de la calidad de vida.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Pissani (2022) estudió un caso clínico de trastorno depresivo moderado en una mujer adulta, el cual tuvo como objetivo reducir su nivel de depresión. El programa de intervención contó con 21 sesiones, las cuales fueron realizadas desde un enfoque cognitivo, conductual y emotivo-experiencial. Por consiguiente, se aplicaron diferentes estrategias como el diario de pensamientos, afirmaciones racionales y registros ABC, en las técnicas conductuales, ocuparon tácticas de Jacobson, como la relajación progresiva, asignación de tareas y el uso de refuerzos, finalmente en las técnicas emotivo-experienciales, se emplearon distintas estrategias emotivo-racionales y uso del humor. Los resultados demostraron que la paciente logró reducir su depresión a un nivel leve, mejorando así su autoestima.

Calderón (2022) durante su indagación en un caso clínico sobre una mujer adulta con depresión, tuvo como objetivo minimizar su depresión. La investigación contó con un diseño de caso único, Bi condicional ABA, se hizo uso del cuestionario de personalidad de Eysenck, Inventario de depresión de Beck, Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón, junto con entrevistas y observaciones psicológicas. La intervención se conformó de 12 sesiones, en la cual se emplearon diferentes estrategias de tipo cognitivo-conductual que incluyeron psicoeducación, técnicas de relajación, autoinstrucciones, autorregistros y entrenamiento en resolución de problemas. Los resultados demostraron una reducción de los síntomas depresivos, confirmando así la efectividad de la TCC en el tratamiento de la depresión.

Requena (2022) realizó un estudio de un caso en el que aplicó una intervención cognitivo-conductual a una mujer de 29 años de Lima que presentaba síntomas depresivos, con especial

énfasis en sus sentimientos de culpa debido a la pérdida de un embarazo. Para recoger datos, utilizó autorregistros, entrevistas y el Inventario de Depresión de Beck. El estudio se diseñó como un experimento de caso único ABA, utilizando técnicas tanto cognitivas como conductuales. Los resultados indicaron una disminución en la sintomatología depresiva tras el tratamiento, confirmando la eficacia de la intervención.

Feijoo (2021) elaboró y puso en práctica su investigación en una mujer de 39 años con diagnóstico de episodio depresivo recurrente, de nivel de severidad moderado con el objetivo de reducir la sintomatología depresiva adyacente expresa y observada, hizo uso de los instrumentos de medición que fueron: la entrevista psicológica, la observación clínica, Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Autoestima de Coopersmith. El método de investigación fue de corte longitudinal, experimental, de caso único. En la intervención se hizo uso del modelo cognitivo-conductual en la que se usan las estrategias centradas en lo cognitivo, emotivo y conductual, en un total de 10 sesiones de intervención y 3 de seguimiento, cuyos resultados finales demostraron la eficacia en el tratamiento con intervención cognitivo-conductual para la disminución de las distorsiones cognitivas en torno a la depresión, incremento en la autoestima y mejora de las relaciones interpersonales.

Huaynates (2019) llevó a cabo un estudio de caso en Lima con el objetivo de reducir la sintomatología depresiva y los sentimientos de culpa en una mujer de 40 años mediante intervención cognitivo-conductual. Para recolectar los datos, utilizó herramientas como entrevistas, líneas base, autorregistros, análisis funcional y cognitivo, el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Personalidad de Eysenck. También se aplicaron técnicas de la TCC, incluyendo relajación, autoinstrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva. Se empleó un diseño univariable multicondicional ABA con el propósito de reestructurar los

pensamientos que provocaban emociones y comportamientos dañinos. Los resultados mostraron una reducción en los niveles de depresión y una disminución en los pensamientos, emociones y comportamientos negativos, según las evaluaciones de seguimiento. Al concluir el tratamiento, se confirmó la efectividad de las técnicas utilizadas en el tratamiento de la depresión.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Asdaq et al. (2024) mencionaron que las personas con discapacidades son más vulnerables al desarrollo de la depresión dentro de la población general; esta investigación buscó mapear la evidencia sobre el conocimiento actual de la depresión, las estrategias de intervención y las herramientas de evaluación entre las personas con discapacidades. Este estudio se realizó siguiendo el marco metodológico de revisión de alcance de Arksey y O'Malley. Se hizo una búsqueda electrónica en cuatro bases de datos en inglés: PubMed, Cochrane Library, PsycINFO y Web of Science. Esta búsqueda original arrojó 1802 resultados, con 1116 de Web of Science, 626 de PubMed, 25 de Cochrane y 35 de PsycINFO. Después de eliminar los duplicados, se eligieron 786 artículos para los procesos de selección de título y resumen. Finalmente, se consideraron elegibles 112 publicaciones de texto completo, y se incluyeron 41 artículos en esta revisión de alcance para su análisis. Una gran proporción (32; 78,04%) de los estudios seleccionados fueron transversales, 14 (34,14%) de ellos informaron discapacidad general, 12 (29,26%) se utilizó el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para medir la depresión y 14 (34,14%) tuvieron intervenciones, incluida la TCC, el asesoramiento psicológico, el apoyo social y la actividad física. Como resultado podemos evidenciar que todas las intervenciones redujeron con éxito la gravedad de la depresión, principalmente las terapias cognitivo-conductuales y el asesoramiento psicológico fueron intervenciones más utilizadas que tuvieron un impacto significativo en la reducción de sintomatología de la depresión. Cabe mencionar que se requieren más estudios controlados

aleatorizados y deberían centrarse en personas con discapacidades específicas para proporcionar atención específica para la discapacidad que pueda mejorar la calidad de vida de las personas discapacitadas.

Samaniego y López (2020) diseñaron y ejecutaron un programa con el modelo terapéutico cognitivo-conductual grupal para reducción de la sintomatología en un porcentaje poblacional adolescente asistentes al Centro de Atención Integral (CAI), el trabajo fue del tipo cuantitativo, descriptivo y cuasi experimental con pre y postest, dicho conjunto poblacional estuvo conformada por 20 adolescentes que comprendían las edades de 13 y 17 años, se hace uso de la técnica del muestreo no probabilístico, seleccionados por el investigador en pro de los resultados del programa. Tras finalizada la etapa de estudio, se obtuvieron los siguientes resultados, que señalan la reducción de un 90% de los síntomas expresados y registrados de depresión severa, lo que concluyó en la efectividad del programa terapéutico de intervención en el modelo cognitivo-conductual grupal.

Berrío (2019), realizó una investigación en una participante femenina de 31 años residente de la ciudad de Miami en donde se llevó a cabo un programa de tratamiento con enfoque en intervención cognitivo-conductual para trabajar la depresión adyacente. Dicho estudio fue de alcance aplicativo, diseño experimental, caso único ABA, para lo que se empleó el inventario de depresión de Beck (BDI-II) y el cuestionario sobre la salud del paciente – 9 (PHQ-9) como instrumentos de medición del cuadro depresivo; para el tratamiento se realizaron 13 sesiones estructuradas en las que se aplicaron técnicas como el diálogo Socrático, ensayos conductuales, entrenamiento en resolución de problemas con la finalidad de conseguir una reestructuración cognitiva efectiva. Los resultados concluyeron en la disminución significativa en las puntuaciones del postest en el PHQ-9 y el BDI-II. El investigador afirmó que esta intervención expone resultados

significativos para corroborar la efectividad y relevancia de la TCC en casos con depresión en sus diferentes niveles de severidad.

Cruz (2019) realizó un estudio experimental en Bolivia en que pone a prueba la efectividad de la intervención cognitivo-conductual sobre personas con depresión en un estudio de caso único en adolescente de 17 años con diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, a lo cual se aplica tratamiento de intervención cognitivo-conductual, haciendo uso de las técnicas como la reestructuración cognitiva, la detención y el control de pensamientos automáticos, psicoeducación y resolución de problemas; para evaluación previa al programa y posterior al programa el investigador usa la entrevista y observación clínica, además de la Escala de Riesgo Suicida, Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) e Inventario de depresión de Beck. Al finalizar las 10 sesiones de aplicación del programa, se evidenció y corroboró la disminución de sintomatología depresiva, cambio de esquemas mentales que se vieron reflejados en su conducta; con el seguimiento realizado posterior a la aplicación del programa TCC se reafirma la eficacia del modelo sobre casos de depresión.

Acevedo y Gélvez (2018) ejecutaron un estudio aplicado en Colombia, en donde se realizó un plan de intervención para mujer adulta con diagnóstico de depresión persistente, dicho programa contó con 14 sesiones estructuradas, de diseño no experimental ABA. Para la medición del síndrome se utilizaron los instrumentos: Inventario de depresión estado rasgo (IDER) y el inventario de depresión de Beck (BDI-II), además se empleó el registro de pensamientos distorsionados y formulario de creencias centrales. Finalmente, se concluyó que, tras la aplicación del programa de intervención del enfoque cognitivo-conductual, hubo una disminución significativa entre la primera y última evaluación posterior a las sesiones trabajadas, comprobando

la efectividad de las estrategias cognitivo-conductuales sobre la reducción de sintomatología depresiva.

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1. Depresión. A lo largo de la historia los términos para describir el sentimiento de tristeza profunda han ido evolucionando de acuerdo a los filósofos y psiquiatras que pretendían delimitar cierta sintomatología con aquello denominado “melancolía”, de acuerdo a la intensidad y durabilidad de la emoción; y, a partir del siglo XX dicho término se convierte en un diagnóstico que explicaría la melancolía anormal del individuo. Desde este punto en adelante, diversos autores han delimitado el significado e implicancia de esta palabra, resaltando lo descrito por Beck, et al. (1983) el cual exponía este concepto como un estado con signos y síntomas específicos; en la actualidad puede ser definida desde diferentes perspectivas, ello de acuerdo con el autor de cada investigación, una de estos términos describe a la depresión como “*fase interna de abatimiento y aflicción a nivel conductual y cognitivo, los cuales influyen en la vida diaria*” (Osornio-Castillo y Palomino-Garibay, 2009).

Por otro lado, la OMS (2021) lo define como uno de los trastornos del estado del ánimo más recurrentes, el cual presenta una pérdida notable de interés por actividades diarias, baja o escasa autoestima, sentimientos de culpa, sensación de agotamiento o cansancio extremo, pérdida o disminución de la capacidad de concentración, síntomas que varían de acuerdo a la experiencia personal de cada paciente. Así mismo, el manual diagnóstico CIE-10, expone que los trastornos del humor, específicamente los episodios depresivos se codifican como parte de las F32, que cuentan con características típicas como la “*dificultad considerable para funcionar en múltiples dominios (personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otros dominios importantes)*”, en suma a ello, agotamiento frecuente incluso tras un esfuerzo mínimo, pobre concentración y

atención; también puede existir alteraciones en el apetito, en el sueño, manifiestan sentimientos de culpa, minusvalía e inferioridad, se ve afectada el autoestima y habilidades sociales (OMS, 2022). En esta medida, se considera que los tratamientos psicológicos oportunos con buen sustento empírico en la eficacia del tratamiento son el primer escudo protector, si el síndrome involucra conductas de riesgo que pongan en peligro la integridad del paciente u otros, se opta por acompañamiento con tratamiento farmacológico.

A. Características clínicamente relevantes del trastorno depresivo. De acuerdo con la OMS (2019), da énfasis sobre la severidad de este trastorno, ya que este puede tipificarse como leve, moderado o grave, y para diagnosticarse como tal debe haber pasado un mínimo de 6 meses de malestar y cumplir los criterios diagnósticos requeridos.

B. Trastorno del Humor (Afectivos), Episodio Moderado (F32.1). De acuerdo con la OMS (2022), la persona deberá de mostrar afectación significativa que impida que cumpla un papel funcional como individuo; sin embargo, puede ocurrir también que a pesar de la agudeza de sus síntomas continúe con actividades cotidianas. Además de lo previamente mencionado deberá cumplir también criterios diagnósticos generales del episodio depresivo moderado (F32.1) de acuerdo a la tipificación de los manuales diagnósticos, teniendo en cuenta los siguientes síntomas:

- Permanencia constante del humor depresivo, estado de ánimo fuera de lo normal de acuerdo a la experiencia personal del individuo, el tiempo de duración debe exceder por lo menos dos semanas, dichos síntomas no deben de estar bajo la influencia de circunstancias externas (CIE-10, 2018).
- Abulia característica en la cotidianidad del individuo y anhedonia sobre actividades que antes solían generarle placer (CIE-10, 2018).

- Reducción potencial de la energía, incremento de cansancio y disminución de la productividad y apatía (CIE-10, 2018).
- Erosión de la confianza y estima propia, auto interpretaciones negativas y pesimistas, pensamientos recurrentes de autodestrucción y autoeliminación, además de evidenciarse signos de conducta parasuicida, también se caracteriza por incremento en episodios de aprosexia e hipoprosexia, presencia de trastornos psicógenos que deteriora la calidad y cantidad del sueño. Puede que exista presencia o ausencia de un síndrome somático (CIE-10, 2018).

1.2.3.2. Terapia Cognitivo-Conductual. Este modelo terapéutico surge a raíz de la corriente filosófica a partir de los años 60, en la que se describe el pensamiento socrático y epicúreo, el cual plantea la capacidad individual de madurar y utilizar recursos cognitivos para reflexionar a través de preguntas hacia uno mismo sobre los desafíos cotidianos que suelen generar malestar emocional; que, finalmente se transforman en conductas desviadas (Beck, 1979). Años más tarde, tras varios avances científicos en eficacia psicoterapéutica, el psicólogo estadounidense Carl Rogers, describe que la TCC parte del pensamiento para comprender y manejar el mundo interior de la persona, lo cual lleva al individuo a descubrir posibles soluciones a través del trabajo directivo del terapeuta, esto alude a ciertos pensamientos como irracionales ya que al llevar una reestructuración cognitiva, se facilita que el paciente una adaptación a su entorno, de modo que estos pensamientos irracionales o distorsionados son los que, en gran medida, contribuyen en las acciones del individuo.

“La terapia cognitivo-conductual, según lo expuesto en la revista Psicomag, se diferencia de las terapias psicoanalíticas, que se centran en los pensamientos inconscientes y enfatizan la catarsis, al enfocarse en modificar comportamientos y pensamientos en lugar de simplemente

ofrecer al paciente la oportunidad de expresar sus sentimientos” (Caballo, Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, 1998, p. 513).

En la Psicoterapia Cognitivo-Conductual, los métodos terapéuticos se basan en los principios que vienen de la psicología del aprendizaje, especialmente en relación con el condicionamiento pavloviano e instrumental, combinados con técnicas de la psicología cognitiva. Esta terapia no solo se enfoca en alterar el entorno, sino que también emplea técnicas conductuales para instaurar, ajustar o eliminar conductas a través de métodos como el modelado, el roleplaying y el entrenamiento asertivo. El terapeuta actúa de manera directiva, a veces como un modelo explícito si es necesario, y trabaja activamente para corregir comportamientos excesivos, déficits o inapropiados, incluyendo los procesos cognitivos conscientes. Además, el terapeuta fomenta la auto observación en el paciente, incitando a revisar y modificar pensamientos irracionales mediante estrategias de afrontamiento, reestructuración y control cognitivo (Caballo, 1998).

“El modelo cognitivo tiene como principales representantes a Albert Ellis y su terapia racional emotiva y Aaron Beck y su terapia cognitiva lo cual fue la base para la estructuración y ejecución para la presente intervención” (Ellis, 1994; Beck, 1976).

La TCC se distingue por ser un enfoque terapéutico dinámico, orientado, metódico y con un período definido, desarrollado para tratar diversas condiciones psiquiátricas; entre ellos; la depresión, la ansiedad, las fobias y los trastornos asociados al dolor. Este método se fundamenta en el supuesto de que el comportamiento y las vivencias de una persona repercuten en su percepción y organización de su entorno (Beck, 1967).

La terapia cognitiva utiliza diversas estrategias tanto cognitivas como conductuales. Las técnicas cognitivas tienen como objetivo detectar y examinar las creencias incorrectas que pueden perjudicar el progreso de cada paciente (Beck, 2011).

Beck (1964) en su modelo cognitivo, identifica las creencias y las clasifica en las siguientes categorías:

- Creencias nucleares.
- Creencias intermedias (Se examinan las circunstancias, los pensamientos espontáneos y las reacciones emocionales asociadas).
- Pensamientos automáticos.

Además, Beck (1964) coincide con lo siguiente:

A. Triada cognitiva. Se compone de tres patrones de pensamiento que afectan la percepción del paciente sobre sí mismo, su futuro y sus experiencias. El primer patrón se centra en cómo el paciente mantiene una visión negativa de su propio ser. El segundo patrón revela la tendencia de las personas deprimidas a interpretar sus vivencias de manera negativa, viéndose a menudo enfrentadas a demandas excesivas y obstáculos imposibles que parecen insuperables, resultando en una percepción del mundo como un entorno de derrota y frustración. El tercer patrón aborda la percepción pesimista del futuro, en la que el individuo deprimido anticipa que sus actuales dificultades y sufrimientos se prolongará indefinidamente, esperando enfrentar penas y privaciones continuas (Beck, 1967).

B. Esquemas negativos. Son formaciones mentales que una persona desarrolla a partir de sus experiencias pasadas, y que influyen en cómo percibe y evalúa tanto el presente como el futuro (Dobson, 2010).

C. Distorsiones cognitivas. Estos incluyen distorsiones como la inferencia sin fundamento, la selección de detalles específicos, la generalización excesiva, la exageración de los aspectos negativos, la subestimación de los aspectos positivos, la atribución personal a eventos externos y el pensamiento en términos absolutos (Beck, 2011).

Las personas que se encuentran con sintomatología de depresión responden al contexto que los rodea de una manera rígida y pesimista.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Disminuir los síntomas de depresión e incrementar las conductas de afrontamiento mediante la aplicación de un programa cognitivo-conductual en una mujer adulta de 52 años.

1.3.2. Objetivos específicos

- Disminuir las manifestaciones fisiológicas asociadas a la depresión a través de técnicas de relajación.
- Modificar los pensamientos de fracaso, culpa y desvalorización a través de la reestructuración cognitiva.
- Incrementar el nivel de autoestima enfocado en los sentimientos de tristeza y angustia.
- Incrementar las conductas de habilidades sociales que faciliten la interacción con sus familiares y entorno social.

1.4. Justificación

La presente investigación es importante ya que refiere la revisión de fuentes confiables y actualizadas que investigaron el tema como lo que manifiesta Beck (1967) quien indica que la depresión es el resultado de una errónea interpretación a una situación o acontecimiento que el paciente afronta.

Por lo tanto, esta investigación nos permitirá conocer la metodología que se ha llevado a cabo y hacer una propuesta de investigación utilizando la aplicación de técnicas cognitivo-

conductuales debido a que no existen muchos estudios sobre este tema, y así se puedan consultar y considerar para futuros programas de intervención de las personas interesadas.

Asimismo, con este estudio se busca contribuir a la recuperación de los pacientes a través de la disminución de su sintomatología depresiva que trae consigo problemas emocionales, conductuales, sociales, físicos mediante una intervención cognitivo-conductual.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

El presente estudio de caso nos permite conocer la eficacia de la intervención a nivel de técnicas cognitivo-conductuales en una mujer adulta de 52 años, la misma que trae consigo problemas físicos y/o médicos que, a través de la TCC, se logró generar un bienestar pleno -en la medida de lo posible-, formando pensamientos más adaptativos que contribuyeran a la visión positiva de sí misma, de su entorno y de su futuro.

Esta intervención puede ser replicable, ya que se fundamentan en técnicas específicas y se evidencia un cambio funcional en el comportamiento y en sus cogniciones.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

Fue de tipo aplicada porque su fin es práctico ya que toma los conocimientos de la investigación básica para aplicarlos, con la finalidad de mejorar la calidad del fenómeno estudiado como lo refiere Kerlinger (2002).

El diseño del presente estudio fue experimental, pero específicamente cuasi-experimental, porque se caracteriza por ser un estudio de caso único; es decir, carece de un grupo de control de acuerdo con Kazdin (2001). En el estudio, se buscó determinar el efecto de la TCC en un caso de depresión en una mujer adulta.

Es un diseño experimental de caso único ABA, de acuerdo con Roussos (2007) este manifestó que el estudio del caso acompañado con la intervención psicoterapéutica se constituye en tres fases, describe la línea base de la conducta, examina los efectos del tratamiento propuesto y evalúa la efectividad de la intervención, dentro de éste hace énfasis en las particularidades que puede poseer el caso y/o resultados obtenidos.

En la fase A, se tomó la línea base como punto de partida para iniciar el tratamiento. Se realizó una evaluación de entrada, la historia clínica cognitivo-conductual, y se aplicaron instrumentos como: Inventario clínico multiaxial de MILLON (MCMI-II), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de autoestima para adultos Coopersmith (SEI) y la línea base de la conducta. La fase B estuvo basada en la TCC, aplicándose en las sesiones con técnicas y estrategias para la reducción de la sintomatología de la depresión. La fase A que corresponde al seguimiento recopilando los datos de la línea base después de la intervención a fines de evaluar los cambios en la conducta de la paciente.

2.2. Ámbito temporal y espacial

Dentro del ámbito temporal y espacial, la presente investigación de caso único se llevó a cabo desde enero hasta mayo del 2024, teniendo como espacio de intervención el Centro de Salud de Chilca servicio de Salud Mental, que dentro del servicio de psicología a la fecha atiende diversos trastornos en la salud mental, siendo la depresión el más recurrente dentro de la población del distrito de Chilca, provincia de Huancayo, región Junín.

2.3. Variables de Investigación

2.3.1. Variable dependiente

Depresión. Beck (1967), señaló que la depresión es el problema de salud mental más común y debilitante, que se caracteriza por patrones de pensamiento negativo, que usualmente se distorsionan afectando así la percepción que se tiene de uno mismo (autoconcepto), de su entorno, en eventos y situaciones del futuro, lo que conduce a una variedad de síntomas, que conforman la triada cognitiva. En adición a ello, reafirma que las atribuciones de los individuos deprimidos serán en extremo personales; es decir, las personas que están deprimidas se culparán a sí mismas por cualquier cosa mala que pueda llegar a sucederles, y cuando suceda algo bueno, lo atribuyen a la suerte, siente que los demás le imponen exigencias exorbitantes o abrumadoras para llegar a alcanzar sus objetivos, así llegan a tener una visión del mundo o de su entorno como hostil.

2.3.2. Variable independiente

Terapia cognitivo-conductual. La TCC constituye uno de los modelos más utilizados en el tratamiento de diversos trastornos mentales (Puerta y Padilla, 2011). En el presente estudio de caso único, se realizaron catorce sesiones terapéuticas y dos de seguimiento, en la cual se utilizaron las técnicas como la reestructuración cognitiva, la activación conductual y la capacitación en

habilidades de afrontamiento; además, el programa incorporó módulos sobre gestión del estrés y prevención de recaídas, técnica de retribución, técnica de dominio y agrado, y la técnica de la triple columna con el objetivo de proporcionar herramientas sostenibles para la salud mental a largo plazo.

2.4 Participante

Paciente mujer adulta de 52 años, con grado de instrucción superior completa en la carrera de medicina. Acudió a consulta presentando un episodio depresivo moderado. Al principio de las sesiones denotaba timidez; sin embargo, luego de establecer rapport, se mostró colaborativa y atenta.

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas

2.5.1.1. Observación psicológica conductual. La observación conductual es una estrategia que nos permite obtener información de la conducta verbal y no verbal de un paciente. Se utiliza también en varios momentos de la intervención, teniendo como objetivo el obtener información verídica y detallada de las conductas problemáticas asociadas al paciente (Ruiz, et.al, 2012).

2.5.1.2. Entrevista psicológica. La entrevista psicológica es una de las técnicas más empleadas para la recolección de datos en la investigación cualitativa. Se define como una conversación guiada que utiliza tanto preguntas cerradas como abiertas para obtener información con un objetivo específico en la elaboración de la historia clínica psicológica. Es una herramienta valiosa para la comunicación entre el evaluador y el evaluado, ya que permite obtener respuestas orales a las preguntas planteadas (Díaz et al., 2013).

2.5.1.3 Psicoeducación. Se describe como una explicación concisa del modelo teórico que se aplicará, brindando al paciente información esencial sobre su diagnóstico, los problemas asociados y las opciones del tratamiento. Esta breve exposición es crucial debido a que facilita la comprensión del paciente sobre el enfoque terapéutico y lo motiva a seguir dichas recomendaciones. Al aumentar la adherencia al tratamiento, se maximiza la posibilidad de éxito terapéutico, fortalece la colaboración entre paciente y el terapeuta, promoviendo un compromiso más activo con el proceso de recuperación (Camacho, 2003).

2.5.1.4. Programación de actividades gratificantes. Se plantea como un procedimiento que propone una planificación de objetivos y actividades al principio de la terapia conductual. El psicólogo planifica, junto con la persona a la que trata, una serie de actividades para permitirle retomar su vida cotidiana, disminuir la ansiedad o los pensamientos depresivos, por ejemplo. Puede emplearse por las siguientes razones: Déficit de actividades cuando su vida cotidiana se ve dañada por las escasas actividades que realiza. Exceso de actividades: el cúmulo de actividades lleva al individuo a un estado emocional inestable y un ritmo de vida problemático para compaginarlo con su entorno (Labrador et al., 2001).

2.5.1.5. Autorregistro. Es un método práctico y eficaz para la evaluación de la conducta social de un individuo en el ambiente natural donde se desarrolla, bien sea fuera del ambiente clínico o en un laboratorio (McNeil et al., 1995).

2.5.1.6. Respiración diafragmática. Esta técnica es conocida a la vez como respiración profunda o abdominal y consiste en respirar profundamente inhalando el aire por la nariz con el objetivo de que el cuerpo se llene de un adecuado nivel de oxígeno para así poder conservar la calma y bajar el nivel de malestar, de esta forma el paciente puede controlar por sí mismo su respiración, contener y luego exhalar lentamente (Martínez et al., 2018).

2.5.1.7. Técnica de relajación progresiva de Jacobson. Es una técnica basada en la relajación de los músculos. Mediante la guía del terapeuta se crea y libera tensión muscular, de esta manera se logrará instruir al paciente a percibir sensaciones sutiles en aquellos músculos reconociendo los diferentes niveles de tensión que presentamos y también a cómo liberarlos. La tensión muscular comúnmente esta ligada también a la tensión de la mente, si el cuerpo se encuentra tenso será imposible que la mente no reaccione de la misma manera (Payne, 2005).

2.5.1.8. Reestructuración cognitiva. Es una de las técnicas más características del modelo cognitivo-conductual y se trabaja con ayuda del terapeuta al paciente, para lograr la identificación de pensamientos desadaptativos, para posteriormente cuestionarlos y de esta manera, llegar a remplazarlos por pensamientos adaptativos, logrando así la reducción de la perturbación emocional y conductual que vinieron sufriendo anteriormente (Bados y García,2010).

2.5.1.9. Técnica de las tres columnas. Según Caballo (2007), nos refiere que la técnica está basada en un cuadro que comprende tres columnas, donde el paciente tiene que lograr el conocimiento guiado por el terapeuta con el objetivo de identificar los pensamientos automáticos que se caracterizan por la falta de racionalidad y de esta manera se logre cambiar los pensamientos irracionales por racionales.

2.5.1.10. Ensayo conductual. Una de las técnicas más empleadas dentro de la modificación de conducta es el ensayo de conducta, técnica que se emplea primordialmente para el aprendizaje de nuevas respuestas a situaciones concretas (Golfried y Davison, 1981).

2.5.1.11. Entrenamiento en habilidades sociales. Caballo (2007) refiere que está compuesta por habilidades de comunicación verbal y no verbal, habilidades cognitivas, habilidades emocionales, cuyos procesos involucrados son la percepción social y toma de

decisiones sociales, poniendo como prioridad la habilidades comunicativas, resolución de conflictos y negociación.

2.5.2 Instrumentos

2.5.2.1. Ficha técnica Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Autor : Aaron T. Beck, con la colaboración de Robert A. Steer y GregoryK. Brown.

Objetivo : Medir la presencia y gravedad de la depresión.

Procedencia : Universidad de Londres Inglaterra.

Aparición :1954

Ámbito de aplicación : En adolescentes a partir de los 13 años y adultos en adelante.

Forma de Administración : Individual y Colectiva.

Descripción de la prueba: Consta de un total de 21 ítems indicativos de 17 síntomas: tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Puede ser aplicado de forma individual o grupal, requiere mínimo de 10 a 15 minutos. El presente instrumento se basa en el modelo cognitivo de Beck, cada ítem se responde a una escala de 4 puntos, de 0 a 3. Las puntuaciones mínima y máxima son 0 y 63 estableciendo la siguiente categoría: 0-13 mínima depresión; 14-19 depresión leve; 20-28 depresión moderada; 29-63 depresión grave.

Confiabilidad: Alfa de Cronbach de 0.878, lo cual indica que el instrumento presenta una consistencia interna óptima.

Validación: Validado en el año 2013 por Carranza Esteban Renzo Felipe, en su investigación.

2.5.2.2. Ficha técnica Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon – MCMI II

Nombre : Inventario clínico multiaxial de personalidad de Millon – MCMI IIA.

Autores : Theodore Millon

Adaptación : Delgado, 2016.

Año : 1999.

Materiales : Manual, cuadernillo y hojas de respuesta.

Objetivo: Tiene como finalidad la evaluación de la personalidad para la toma de decisiones de tratamiento sobre personas con trastornos de la personalidad y dificultades emocionales e interpersonales.

Administración: La aplicación es individual y colectiva, siendo el rango de aplicación de 18 años en adelante; con una duración de tiempo variable, entre 30 a 40 minutos.

Escalas: Consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso. Los diferentes aspectos de la personalidad patológica son recogidas en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez; 10 escalas básicas de personalidad; 3 escalas de personalidad patológica; 6 síndromes clínicos de gravedad moderada; y 3 síndromes clínicos de gravedad severa. De uso clínico.

Mediante la validación interna, se halló que existen índices altos en el Eje I (>0.9), sin embargo, en el Eje II, los índices son bajos (<0.4), sin embargo, esto no afecta la pertinencia del instrumento, debido a que estos son congruentes con los principios de construcción del instrumento (Solís, 2007). El coeficiente de Alfa, también llamado consistencia interna, fue validado, el

inventario posee un alfa de Cronbach, oscilado entre 0,74 y 0,82, lo que señala que los elementos de las escalas cubren una determinada área (Solís, 2007).

2.5.2.3. Ficha técnica de la Escala de autoestima para adultos (SEI)

Nombre: Inventario de autoestima de Stanley de Coopersmith (SEI)

Autores: Stanley Coopersmith

Descripción: Herramienta psicométrica que se utiliza para medir la autoestima en términos generales. Evalúa cómo una persona percibe su propio valor, considerando factores como la aceptación personal, la percepción de competencia y el reconocimiento social. El SEI incluye una serie de preguntas que examinan diversas áreas de la autoestima, incluyendo la autopercepción, la autoaceptación y cómo la persona se valora en entornos familiares, escolares y sociales. Es una prueba autoadministrada, ampliamente usada tanto en investigación psicológica como en contextos clínicos (Coopersmith, 1967).

Validez: Se ha comprobado su validez de criterio al mostrar correlaciones significativas con otras escalas de autoestima y con variables psicológicas afines, como la autoimagen y el ajuste emocional. Además, el análisis factorial ha respaldado la validez de constructo de la escala. Igualmente, la validez predictiva ha sido confirmada, ya que los puntajes en la SEI están relacionados con comportamientos y estados emocionales que reflejan los niveles de autoestima medidos (Coopersmith, 1967).

Confiabilidad: La fiabilidad se obtuvo mediante el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = .86$). Además, se encontró estabilidad temporal con el método de test-retest, cuyos valores oscilaron entre $r = .85$ y $r = .88$. En Perú, este instrumento ha sido validado por Ventura-León et al. (2018) mostrando adecuadas propiedades psicométricas para el modelo bidimensional: autoestima positiva ($\omega = .803$) y autoestima negativa ($\omega = .723$).

2.5.3. Evaluación psicológica

Historia psicológica cognitivo conductual

Datos de filiación

- a) Nombres y apellidos : María
- b) Edad : 52
- c) Lugar y fecha de nacimiento : Arequipa, 20 de junio de 1972
- d) Estado civil : Casada
- e) Grado de instrucción : Superior Completo
- f) Ocupación : Médico Cirujano
- g) Lugar y fecha de evaluación : Huancayo, 12 de enero 2024
- h) Examinador/a) : Ps. Danitza Pucuhuayla Paucar

Observación psicológica

María es una mujer adulta que aparenta una edad cronológica mayor, es de estatura alta y contextura delgada, con un peso de 64 kg, con 1.69 cm de estatura aproximadamente. Es de tez trigueña, cabello largo rizado y de color negro, el cual siempre lo trae sujetado con media cola, tiene ojos grandes y de color marrón claro. Se viste con pantalones de sastre, blusa y abrigos, utiliza zapatos de vestir con tacos bajos. En las primeras sesiones asiste vestida mayormente de colores oscuros. Se viste de acuerdo a la estación y posee un adecuado aseo personal, conforme avanzan las sesiones, cambia en su arreglo personal (se tiñe el cabello, oculta sus canas, cambia los colores que usaba al vestirse, usa accesorios y maquillaje).

Durante las sesiones, generalmente, llega 5 minutos antes del horario pactado, de lo contrario al llegar 10 minutos tarde llega corriendo y disculpándose por lo sucedido.

En las primeras sesiones, se muestra tímida, habla en tono muy bajo, no realiza preguntas ni comentarios si no se le ha indicado, al pasar las sesiones se muestra más colaboradora, habla con mayor fluidez, en un tono de voz más alto, profundiza más al narrar lo que piensa y siente, se muestra motivada a continuar con el tratamiento, cumple con las tareas asignadas, pregunta en algunas ocasiones y se muestra más sonriente durante la sesión. Se ha establecido una buena relación terapéutica, la cual ha generado mayor confianza.

Motivo de consulta

Paciente mujer de 52 años edad, acude al departamento de psicología solicitando una atención psicológica. Al momento de la entrevista, refiere tener pensamientos recurrentes tales como: "pienso que no podré salir de esta situación y me siento triste (7/10), lloro de manera constante cuando nadie me ve", "soy una persona muy sensible (8/10) todo me afecta, últimamente más pienso los problemas de salud de mi esposo", "pensar en la enfermedad de mi esposo me hace sentir muy triste y preocupada (8/10)", "estos dos últimos meses han sido muy tristes para mí", "a veces pienso que tengo mala suerte, todo lo malo le pasa a mi familia, primero mi enfermedad y ahora se complica la de mi esposo", "me siento asilada, de mis amigos y familiares, ya que constantemente estoy en el hospital para acompañar el tratamiento de mi esposo", "me siento sola, no quiero preocupar a mis hijos, ellos tienen que dedicarse a sus estudios", "mis hijos me reclaman por dejarlos solos en la niñez", además "tengo sentimientos de culpa por no visitar frecuentemente a mi papá, él murió hace dos años y lo veía muy poco a pesar de que éramos muy unidos esto también me causo mucha tristeza hasta hoy", "ahora por más que quiera no puedo visitar a mi madre en Arequipa, porque son muchas horas de viaje y eso me hace sentir mal", "me siento triste (8/10) por no poder hacer más por mi familia", tengo constantes problemas de salud en mi familia estos últimos años y tengo miedo (7/10) que le pase algo a mi esposo porque él tuvo

un infarto hace 10 años, cuando me pongo a pensar en todo esto, me duele la cabeza (7/10), siento que los músculos de mis hombros se ponen duros como piedra, duermo pocas horas (4 a 6 horas todos los días), mi apetito ha disminuido la mayor parte del tiempo, me he alejado de mis amigos y ya casi no asistimos a las reuniones sociales a las que nuestros amigos nos invitan. No tengo familia en Huancayo y muchas veces no tengo con quien hablar de todo lo que me aflige, en casa tengo que aparentar ser fuerte para que mi familia no se preocupe. Acudo para que pueda ayudarme y salir de todo esto que me aflige y no me deja desempeñarme bien en mi familia, trabajo y con mi círculo social.

Problema actual

María presenta tristeza (8/10) la mayor parte del día, preocupación (8/10), sentimientos de culpa e irritabilidad debido a ello. Piensa de sí misma: “Soy una persona penosa (triste)”, “soy muy sensible”, “es terrible ser sensible porque necesito ser fuerte por mi familia”, “cualquier cosa que pase con mi esposo me destrozaría la vida”, “tengo mala suerte, porque nos pasa todo esto a nosotros, si somos buenas personas”, “me siento sola porque mi familia vive en Arequipa”, “tal vez mi esposo está enfermo porque no lo cuide lo suficiente”, “mis hijos se ponen mal cuando me ven triste; por eso, así me caiga a pedazos no puedo demostrar lo que siento”, “hace poco perdí a mi padre, poco a poco la gente que amo se muere”, “no puedo contarle nada a mi esposo porque él se altera y puede recaer”, “soy débil, a veces siento que no tengo fuerzas”.

Piensa de los demás: “todos buscan su propio beneficio”, “la gente vive su vida sin importar el resto”, “es triste no tener a tu familia en la misma ciudad”, “necesito el apoyo de mi familia, al menos para conversar”, “no tengo mucho amigos, ellos solo buscan eventos sociales”, “no soy importante para los demás”, “los demás son personas sanas y pueden realizar múltiples actividades”, “no confió mucho en la personas y no puedo contarles todo lo que me pasa”: De su

esposo: “él es bueno, pero no sé porqué se enferma de todo”, “es terrible todo lo que le pasa”, “él no quiere preocuparme”.

Piensa sobre el futuro: “me imagino sola, porque algo grave le puede pasar a mi esposo”, “será difícil salir adelante sin él”, “en estos últimos años, su salud se ve desmejorada y eso me tiene constantemente triste y desconsolada”.

En esos momentos llora, se va a su cuarto, se encierra y llora desconsoladamente, le cuesta mantener un buen apetito, se recuesta a dormir, pero no logra conciliar el sueño con facilidad. Se despierta varias veces por la noche, reza una y otra vez, pidiéndole a Dios que cuide la salud de su esposo y sus hijos.

Estos síntomas se presentan cuando no está trabajando, cuando está sola en casa sin su familia, al ver su esposo enfermo (diabetes y cardiopatía) y con constantes crisis de salud, cuando sus hijos le dicen que están cansados de verla triste que, aunque ella diga que no, se le nota en la cara, cuando ve a muchos de sus colegas gozar de buena salud y viajando constantemente en familia, cuando tiene que decirle no a los compromisos porque ellos no comen lo que cocinan en la calle, por la dieta que tienen y tampoco beben licor.

Posteriormente piensa: “yo tengo la culpa por no haber cuidado a mi esposo”, “si sigo así, también me enfermaré”, “tuve cáncer hace dos años y tengo miedo de que regrese”, “no sé por qué Dios me está castigando”, “a veces quisiera desaparecer”, “¿por qué le pasa esto a mi familia?”, “no somos malos”, “las cosas para él siempre son difíciles”, “¡Ay, Dios! No nos merecemos esto”, “no quiero perder a mi esposo” y “tengo miedo a Dios”. Siente: “Siento miedo a la muerte de mi esposo” (9/10), “yo tengo mucho miedo de perder a mi familia”, “yo perdí a mi papá hace 2 años”. Además, señala sentirse triste, angustiada y preocupada. Llanto constante, casi todos los días “tengo que aceptar que esto va a pasar en algún momento, nadie dura para siempre”, “nos reunimos

en familia, eso me reconforta”, por eso busco ayuda en el área de psicología ya que me hace sentir mejor.

Desarrollo cronológico del problema

1984: A los 12 años, sufrió tocamientos indebidos por parte de un profesor de educación física. Refiere que le contó a su mamá e hicieron sacar al docente de la institución.

1998: A Los 26 años, llegó a Huancayo por trabajo y se quedó a radicar en la ciudad. Se enfermó de asma y le recomendaron el clima de la ciudad para su recuperación.

1999: A los 27 años, nace su primer hijo en una situación complicada ya que refiere que le intentaron asaltar en la calle, era de noche y pasó por un pasaje oscuro y el susto provocó dolores vaginales. Cuando llegó al hospital, ya estaba en parto con 7 meses de gestación.

2010: A los 38 años, diagnostican a su esposo con enfermedades cardíacas moderadas a severas. Desde entonces, siente que su vida cambió, ya no puede contar con él para contarle cosas, ya que no se puede preocupar. No puede comer lo que comen los demás, por lo que ella le tiene que preparar sus comidas.

2021: A los 49 años, le descubren células cancerígenas en el seno izquierdo. El mismo año la operan y refiere que, actualmente, tiene controles de chequeo que dan negativo, lo cual quiere decir que ya está curada.

2022: A los 50 años, sufrió la pérdida de su padre quien falleció por una enfermedad, refiere que no pudo viajar a Arequipa porque se encontraba en el extranjero en un congreso, llegó un día después del entierro.

2023: Diagnostican a su esposo con diabetes tipo 2, eso sumado a su condición cardíaca incrementó su tristeza y preocupación. Los cuadros de crisis de su esposo empezaron a intensificarse.

2024: Su esposo ingresa a emergencia del hospital por presentar un infarto. Ella se encontraba en el trabajo, refiere que no se recuerda cómo llegó a emergencia. Al darse cuenta, no tenía ni su cartera ni sus cosas personales, supone que las dejó olvidadas en el taxi. Es la primera vez que acude al psicólogo, anteriormente, trató de manejar sus síntomas sola, pero refiere que ya no puede.

Historia personal

Desarrollo inicial

Refiere que ambos padres estuvieron de acuerdo en tener una hija; por lo cual, Maria fue planificada y deseada. Durante el embarazo, no hubo ninguna complicación, recibió control médico hasta el último mes y fue de tiempo completo. Tuvo parto normal, midió 49 cm, pesó 3 kg. y lloró al nacer. Asimismo, recibió leche materna hasta el año y cuatro meses.

Desarrollo psicomotor, de lenguaje y control de esfínteres

Maria se sentó a los cinco meses, gateó desde los siete meses y en ese mismo mes intentaba pararse, pero se caía constantemente. Logró caminar sin ayuda y emitió sus primeras palabras a los nueve meses. Logró emitir oraciones completas al año y medio y el mismo tiempo para el control de esfínteres.

Conductas inadecuadas de la infancia

Cuando era niña, refiere era muy inquieta y distraída, no podía permanecer un minuto en un mismo lugar o sentada, le gustaba correr por toda su casa, motivo por el cual en ocasiones dejaba las tareas a medias y se golpeaba jugando. Se recuerda triste y llorando al ser castigada por su mamá, al no poder realizar las tareas porque no comprendía, porque no las había concluido o hecho, o demorarse al comprar a la tienda, por estar distraída o al estar sucia. Asimismo, se comía las uñas constantemente, cuando estaba ansiosa y pensaba: “ahora mi mamá me va a pegar”. Solía

mentir a su madre para no ser castigada o asumía tener la culpa de algo que no había hecho para evitar que castiguen a su hermana.

Actitudes de la familia frente a la niña

Maria refiere que su padre era una persona muy permisiva debido a que constantemente le daba permisos para ir a jugar aun sin haber concluido las tareas, la gritaba cada vez que venía en estado etílico; sin embargo, solo en dos ocasiones la castigó físicamente dándole dos palmadas. Expresaba afecto en muy pocas ocasiones, agarrándole la cabeza, diciendo “mi pequeña” y la defendía de su madre, cada vez que ella le regañaba.

Respecto a su madre, refiere tenía un carácter un poco más autoritario, rígida y a veces cariñosa. Constantemente, le daba órdenes respecto a los quehaceres del hogar desde muy niña. Asimismo, ambos padres solían entablar comunicación con ella para preguntarle sobre lo que le sucedía en la escuela o sobre sus tareas escolares.

Educación

Asistió al jardín desde los 4 años, refiere que el primer día no tuvo ningún problema en quedarse sola y asistía feliz frecuentemente durante esta etapa. Ingresó a los 7 años a estudiar en 1° de primaria, en el colegio particular “José Carlos Mariátegui” hasta 3° de primaria. Por motivos económicos, cambió de colegio a uno nacional llamado “el núcleo”, donde estudió hasta 6to de primaria. En ambos considera haber tenido un rendimiento alto, hasta concluir sus estudios primarios, estudió en Esperanza, Arequipa. A los 13 años, ingresó a estudiar la educación secundaria en el colegio estatal “La Molina” en La Molina, siendo fácil para ella ya que le gustaba mucho estudiar.

Al salir del colegio, ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad San Agustín de Arequipa, dónde conoció a su esposo. Durante este periodo, tuvo un desempeño alto en el desarrollo de sus competencias académicas.

Historia Laboral

A los 16 años, empezó a trabajar saliendo del colegio como ayudante en el salón de belleza de su madre, refiere que su mamá le pagaba y con eso se compraba cosas que ella necesitaba.

A los 17 años, su madrina le pidió que la apoye trabajando en un colegio llamado “Los Capullitos”. Empezó a dictar talleres a los niños del 2° grado de primaria, donde le iba muy bien y se sentía satisfecha.

Actualmente, trabaja en un hospital como médico cirujano. Se siente a gusto con su trabajo, refiere que puede ayudar mucho a otras personas desde donde está, pero le preocupa no poder dar toda su capacidad por sus problemas.

Historia Información sobre sexualidad

A los 8 años, por primera vez diferencia sexos (Femenino-Masculino) debido a que a esta edad se sacó el polo para jugar y una vecina cercana le dijo: “María no hagas eso, eso lo hacen sólo los chicos” sintiendo un poco de vergüenza respecto a la situación.

A los 12 años, sufrió de tocamientos por parte de un docente de educación física. Desde entonces no le gustaba relacionarse con personas mayores del sexo opuesto.

A los 22 años, tuvo por primera vez una relación sexual con su pareja. Refiere que fue consentida y a pesar del miedo inicial lo disfrutó mucho porque confiaba plenamente en su pareja.

Historia psicosexual

Su primer enamorado fue Diego a los 14 años, él trabajaba cerca a su casa, estuvieron durante medio año y terminaron debido a que lo encontró besándose con otra chica, quien también

era su enamorada. Recuerda haber estado ilusionada y haber llorado mucho al enterarse y buscado en tres ocasiones a pesar de que él le decía que ya no quería una relación con ella.

Su segundo enamorado se llamaba Jesús, desde los 15 años hasta los 18 años. Era aceptado por su madre y él siempre pasaba a su casa o la visitaba en el trabajo. Asimismo, él nunca la llevó a conocer su casa debido a que él le decía que vivía muy lejos y sería mejor que la visitara. Refiere haberse sentido muy enamorada porque se sentía escuchada y querida. Su relación terminó debido a que su mamá le dijo que Diego y Jesús eran hermanos y que había cometido un error y que le iría mal con la familia de él, si continuaba su relación.

Después refiere que no tuvo enamorados por varios años porque quería dedicarse a sus estudios y ya no tenía tiempo para salir a conocer personas, no disfrutaba de las relaciones por estar pendiente de ello.

Conoció a su esposo cuando tenía 23 años. Inicialmente, fueron amigos y ahora tienen tres hijos, refiere estar muy enamorada de él ya que es una persona muy buena.

Educación religiosa

Su madre siempre la llevaba a misa (religión católica) cuando era niña, escuchó hablar mucho de religión en el colegio ya que estudiaba en un colegio religioso de la orden franciscana. Asimismo, recibió los sacramentos: bautizo, comunión y confirmación. A los 16 años, fue catequista durante un año. Actualmente, asiste a misa siempre que puede.

Relaciones interpersonales

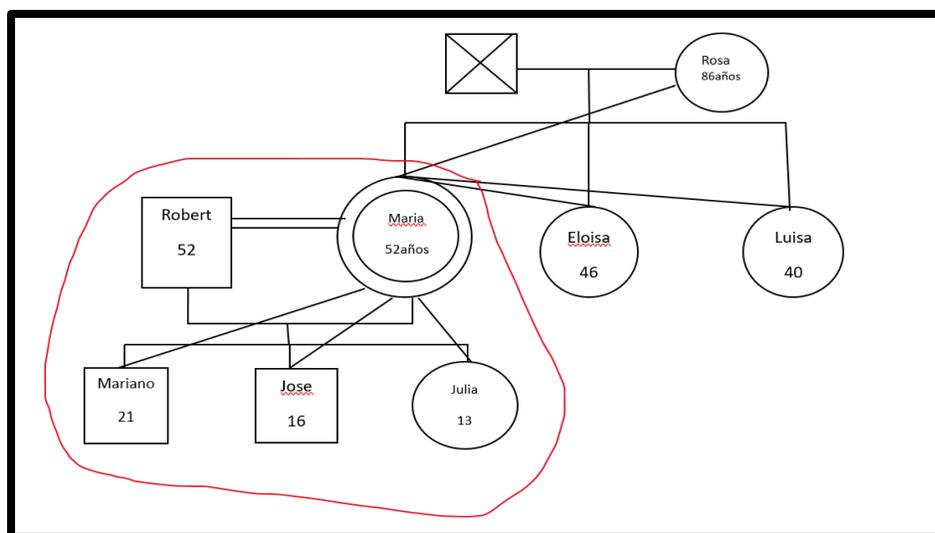
Se describe como una persona tímida en la primaria. En la secundaria, era mucho más sociable, pero refiere que prefería estar en su casa estudiando que saliendo con amigas y en ocasiones tenía que ir a trabajar con su mamá. Ahí conversaba con las clientas, pero no tenía mucho interés en entablar amistades.

Enfermedades y accidentes

Refiere que era una joven muy sana, no solía enfermarse con frecuencia, hasta los 50 años que le detectaron cáncer al seno. Refiere que tuvo que operarse y, en la actualidad, se hace chequeos periódicos donde le refieren que ya no está las células cancerígenas, pero que asiste al médico periódicamente.

Historia familiar

a) Diagrama Familiar



Buena ———
 Regular ———
 Mala - - - - -

b) Relaciones entre los padres

Padre: Juan, falleció hace tres años, a la edad de 89 años. Era jubilado. Refiere que era una persona muy buena, amoroso y se sentía comprendida y querida por él, al mismo tiempo refiere que los últimos años no lo veía mucho ya que ella vivía en Huancayo y él en Arequipa, pero que por lo menos una vez al año iba a visitarlo. Él era profesor y, generalmente, estaba trabajando todo el tiempo.

Madre: Rosa, de 86 años, cosmetóloga. Menciona que ella era una persona muy trabajadora, sacrificada, noble y humilde. Ha dado la vida por nosotras, yo la amo y no sé qué haría sin ella. Ahora que ya no está mi papá, es lo único que tengo.

Robert de 52 años, es médico de profesión y es su esposo. Refiere que tiene una relación bonita con él, se encuentra enfermo de diabetes y una enfermedad cardiológica complicada. Siempre vivió muy enamorada de él y juntos tienen 3 hijos.

Mariano de 21 años, es su hijo, estudiante universitario de la facultad de arquitectura. Tienen buena comunicación, pero ella no quiere contar sus cosas por no querer que se preocupe y esto pueda influir en sus estudios.

José de 16 años, quien es su hijo. Actualmente, cursa el 5to de secundaria. Refiere que es muy alegre, pero cuando la ve preocupada o triste, ya no lo ve sonriendo, por lo que también le oculta muchas veces sus penas y preocupaciones.

Julia, de 13 años de edad, quien es su hija. Refiere que es muy cariñosa y estudiosa. Al ser la más pequeña, suele cuidarla y consentirla más que a los mayores.

2.5.4 Evaluación psicométrica

2.5.4.1. Informe psicológico del inventario de depresión de Beck

Datos de filiación

- | | |
|--------------------------------|------------|
| a) Nombres y Apellidos | : María |
| b) Edad | : 52 años |
| c) Sexo | : Femenino |
| d) Lugar y fecha de nacimiento | : Arequipa |
| e) Estado civil | : Casada |

- f) Grado de Instrucción : Educación superior completa
g) Ocupación : Médico Cirujano
h) Evaluador : Ps. Danitza Pucuhuayla Paucar

Motivo de consulta

Evaluar sintomatología depresiva.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista.
- Observación.
- Inventario de Depresión de Beck.

Resultados

Obtuvo un puntaje de 24, lo cual la posiciona dentro de una depresión moderada a severa. Lo cual sugiere que podría presentar pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y una disminución de la vitalidad, sentimientos de culpa o de incapacidad, la irritabilidad, el pesimismo ante el futuro, la pérdida de confianza en uno mismo o en los demás, la disminución de la concentración y la memoria, la intranquilidad, los trastornos del sueño y la disminución del apetito, etc.

Conclusiones

- La evaluada presenta depresión moderada a severa.

Recomendaciones

- Intervención psicológica.
- Dedicar tiempo a actividades que generen disfrute y satisfacción personal.
- Buscar apoyo en familiares, amigos o grupos de apoyo.

2.5.4.2. Informe psicológico del inventario clínico multiaxial de millón – MCMI III

Datos de filiación

a) Nombres y Apellidos	: María
b) Edad	: 52 años
c) Sexo	: Femenino
d) Lugar y fecha de nacimiento	: Arequipa
e) Estado civil	: Casada
f) Grado de Instrucción	: Educación superior completa
g) Ocupación	: Médico Cirujano
h) Evaluador	: Ps. Danitza Pucuhuayla Paucar

Motivo de consulta

Evaluar síndromes clínicos en la paciente.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica.
- Observación psicológica.
- Inventario clínico multiaxial de Millón – MCMI III.

Resultados

Patrones clínicos de la personalidad

No presenta indicadores elevados. Sin embargo, con un puntaje de 76 en Depresivo presenta un indicador moderado, lo cual sugiere que se caracteriza por ser una persona que tiende a sentirse culpable o arrepentida, pesimista, triste, desilusionada.

Síndromes clínicos

No presenta indicadores elevados, ni moderados. Sin embargo, con un puntaje de 68 en Trastorno de Ansiedad presenta un indicador sugestivo, lo cual sugiere que podría presentar pensamientos difíciles de controlar que la hacen sentir inquieta y tensa e interfieren con su vida diaria, latidos cardíacos fuertes o rápidos, dolores y molestias inexplicables, mareos y falta de aire.

Conclusiones

- La evaluada presenta depresión como indicador moderado en patrones clínicos de la personalidad. Así mismo, presenta indicadores sugestivos en síndromes clínicos en trastorno de ansiedad.

Recomendaciones

- Intervención psicológica.
- Reestructuración cognitiva para identificar y desafiar pensamientos negativos y reemplazarlos por pensamientos más realistas y positivos.
- Respiración profunda y técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.

2.5.4.2. Informe psicológico del inventario de autoestima de Coopersmith - SEI

Datos de filiación

a) Nombres y Apellidos : María

b) Edad	: 52 años
c) Sexo	: Femenino
d) Lugar y fecha de nacimiento	: Arequipa
e) Estado civil	: Casada
f) Grado de Instrucción	: Educación superior completa
g) Ocupación	: Médico Cirujano
h) Evaluador	: Ps. Danitza Pucuhuayla Paucar

Motivo de consulta

Evaluar niveles de autoestima de la paciente.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica.
- Observación psicológica.
- Inventario de Autoestima de COOPERSMITH – SEI.

Resultados

La paciente obtuvo un puntaje de 25 que indica una connotación de niveles bajos de autoestima con vulnerabilidad a la crítica, culpabilidad, tendencias depresivas con un negativismo generalizado.

Conclusiones

- La paciente presenta autoestima deficiente. Así mismo, presenta indicadores de tendencias depresivas.

Recomendaciones

- Intervención psicológica

- Incrementar el nivel de autoestima enfocado en los sentimientos de tristeza y angustia.

2.5.5 Informe psicológico integrador

Historia clínica psicológica

Datos de filiación

- a) Nombres y Apellidos : María
- b) Edad : 52 años
- c) Sexo : Femenino
- d) Lugar y fecha de nacimiento : Arequipa
- e) Estado civil : Casada
- f) Grado de Instrucción : Educación superior completa
- g) Ocupación : Médico Cirujano

Motivo de evaluación

Características clínicas de la depresión en la paciente.

Pruebas aplicadas

- La entrevista y observación psicológica.
- Inventario de depresión de Beck (BDI-II).
- Test de personalidad de Eysenck.
- Inventario clínico Multiaxial de personalidad de Millon – MCMI II.
- Escala de autoestima para adultos (SEI).

Resultados

Los puntajes de calificación del inventario Test de personalidad de Eysenck arrojan los siguientes resultados: En la Dimensión de Veracidad hace una sumatoria de 2, lo cual significa que las respuestas brindadas por el evaluado son válidas al igual que el tipo de temperamento como resultado final; por otro lado, en la Dimensión de Neuroticismo que determina el tipo de personalidad estable o inestable obtiene un puntaje de 7, lo que indica estabilidad emocional en la personalidad. Finalmente, en la Dimensión Extroversión e Intraversión obtiene un puntaje de 12 ubicándose en Intraversión.

Por todo lo previamente descrito, el puntaje final de la evaluada se tipifica como un tipo de personalidad altamente flemática, esto sugiere características de una persona con tendencia a la serenidad y tranquilidad, perseverante dirigida por la racionalidad; valora mucho la exactitud, no suele mostrar abiertamente su estado emocional, tendencia a la timidez, evita ser el centro de atención o tomar roles de mando o liderazgo; en adición a ello, controla y es precavida con su accionar, pueden tardar en tomar decisiones, persona imperturbable y ecuánime.

En el Inventario de depresión de Beck (BDI-II), obtuvo un puntaje de 24, lo cual la posiciona dentro de una depresión moderada a severa. Lo cual sugiere que podría presentar pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y una disminución de la vitalidad, sentimientos de culpa o de incapacidad, la irritabilidad, el pesimismo ante el futuro, la pérdida de confianza en uno mismo o en los demás, la disminución de la concentración y la memoria, la intranquilidad, los trastornos del sueño y la disminución del apetito, etc.

En la evaluación del MILLON III, no presenta indicadores elevados. Sin embargo, con un puntaje de 76 en Depresivo presenta un indicador moderado, lo cual sugiere que se caracteriza por ser una persona que tiende a sentirse culpable o arrepentida, pesimista, triste, desilusionada.

Síndromes Clínicos: No presenta indicadores elevados, ni moderados. Sin embargo, con un puntaje de 68 en Trastorno de Ansiedad presenta un indicador sugestivo, lo cual sugiere que podría presentar pensamientos difíciles de controlar que la hacen sentir inquieta y tensa e interfieren con su vida diaria, latidos cardíacos fuertes o rápidos, dolores y molestias inexplicables, mareos y falta de aire.

La paciente obtuvo un puntaje de 25 que indica una connotación de niveles bajos de autoestima con vulnerabilidad a la crítica, culpabilidad, tendencias depresivas con un negativismo generalizado

Conclusiones

- Personalidad estable, altamente flemática con tendencia a la introversión.
- La evaluada presenta depresión moderada a severa.
- La evaluada presenta depresión como indicador moderado en patrones clínicos de la personalidad. Así mismo, presenta indicadores sugestivos en síndromes clínicos en trastorno de ansiedad.
- La paciente presenta autoestima deficiente. Así mismo, presenta indicadores de tendencias depresivas.

Recomendaciones

- Intervención mediante un programa cognitivo conductual.

2.5.5.1. Diagnóstico Tradicional. De acuerdo con el CIE-10, podemos llegar al F32.1 Episodio depresivo moderado.

Tabla 1*Criterios según el CIE-10*

Criterios CIE-10	<i>Criterios presentes en la paciente</i>
Criterios específicos:	<i>Criterios generales:</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1.-Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32). ➤ La paciente experimenta: ➤ Estado de ánimo deprimido ➤ Disminución de la energía y de la actividad ➤ El disfrute, el interés y la concentración disminuyen, e incluso el más mínimo esfuerzo puede conducir fácilmente a una fatiga notable. ➤ El sueño a menudo se ve perturbado ➤ La autoestima y la confianza siempre disminuyen, aunque sea levemente, y con frecuencia se presentan sentimientos de culpa o de inutilidad. ➤ Estado de ánimo deprimido, que cambia ligeramente todos los días, no responde al entorno externo y puede ir acompañado de los llamados síntomas “somáticos” por ejemplo: Pérdida de interés y placer. ➤ Despertar temprano antes de lo habitual, depresión matutina. ➤ Empeoramiento estado de ánimo marcada bradicinesia mental, agitación, pérdida de apetito. ➤ Pérdida de peso ➤ Disminución de la libido 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tristeza frecuente, pensamientos de estar sola y abandonada por los seres queridos, siente culpa, angustia ante el futuro, dolores de cabeza, tensión, muscular y arrepentimiento por no haber aprovechado el tiempo con su familia. ➤ Siente desgano casi todos los días, se encuentra inactiva durante los últimos meses, pero no lo hace motivada. ➤ No duerme de manera adecuada hace varios meses. ➤ Muestra pensamientos de inutilidad acerca de no poder encontrar una solución a sus problemas. ➤ Presenta sentimiento de culpabilidad y de tristeza por la muerte de su padre y no haber aprovechado el tiempo con él, esto se da de manera constante. ➤ Siente que su apetito ha disminuido y que no le da hambre la mayor parte del tiempo. ➤ “He bajado 5 kilos en los últimos meses” ➤ “Tengo dificultad para estar en intimidad con mi esposo”
<p>2.-Presencia de al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estado de ánimo deprimido marcadamente inusual de un individuo que existe la mayor parte del día y casi todos los días, esta ligeramente influenciado por circunstancias eternas y dura al menos dos semanas. 	

Criterios CIE-10***Criterios presentes en la paciente***

-
- Pérdida de interés o incapacidad para disfrutar de actividades normalmente placenteras.

3.- Presencia de síntomas adicionales del criterio CIE 10 de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.

Tabla 2*Diagnóstico funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interés en actividades académicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Llanto 	<ul style="list-style-type: none"> • Abulia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades sociales y familiares.
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de minusvalía y culpa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desaliño en arreglo personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de actividad física, recreativa.
<ul style="list-style-type: none"> • Encerrarse en su cuarto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anhedonia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interés o placer en sus actividades cotidianas.

Tabla 3*Conductas Adaptativas / Desadaptativas*

Adaptativas	Desadaptativas
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Predisposición al tratamiento actual. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se encierra en su habitación a llorar recordando el problema de salud de su esposo.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actitud receptiva y comunicativa en el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Insomnio.

- Deja de lado sus responsabilidades laborales.
- Pensamiento catastrofista.
- Desvalorización de sí misma.
- Aislamiento de los amigos.
- Evita salir con familiares y amistades.

Tabla 4*Análisis Funcional Descriptivo*

Estímulo Discriminativo	Niveles de Respuesta	Estímulo Reforzador
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pierde la motivación de distraerse o relacionarse con otras personas cuando su esposo le dice que se siente mal y siente no poder solucionar sus problemas de pareja. ➤ Estímulo Discriminativo Interno: Piensa: “Soy incapaz de solucionar mis problemas, estoy sola.” Piensa: “Me voy a quedar sola sin una pareja a mi lado.” Piensa: “Tengo mala suerte.” 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fisiológico: <ul style="list-style-type: none"> - Cansancio 7/10 - Desgano 7/10 - Falta de energía 8/10 - Dolor de cabeza 7/10 - Tensión muscular 8/10 - Insomnio 8/10 - Rigidez muscular 7/10. ➤ Emocional: <ul style="list-style-type: none"> - Cólera 8/10 - Ansiedad 7/10 - Frustración e impotencia 8/10 - Llanto 8/10 - Tristeza 9/10. ➤ Motor Conductual: <ul style="list-style-type: none"> - Quedarse echada en la cama sin salir del cuarto. - Disminución de la fuerza. - Lentificación de la marcha. - Evita salir con sus familiares y 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estímulo Reforzador Externo: Su esposo le habla constantemente de su estado de salud delicado y le dice que siente que pronto estará sola. ➤ Estímulo Reforzador Interno: <ul style="list-style-type: none"> - No deja de pensar a cada momento en el problema que está atravesando. - Piensa que todo esto sucedió porque tiene mala suerte. - No acepta la idea de que la enfermedad de su esposo es crónica y repite a sí misma: “Dios es grande y hace milagros, sólo debo tener fe, yo no soy mala, no nos puede pasar esto.”

amigos.

Tabla 5*Línea Base de la sintomatología expresada*

Síntomas fisiológicos	Síntomas cognitivos	Síntomas emocionales	Síntomas conductuales
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cansancio ➤ Desgano. ➤ Dolor de cabeza. ➤ Tensión muscular ➤ Insomnio 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “Pienso que tengo mala suerte”. ➤ “Pienso que otras personas son malas y les va mejor que a mí”. ➤ “Pienso que soy una persona incapaz, no puedo con todo esto”. ➤ “Pienso que tengo la culpa de la enfermedad de mi esposo, no lo cuide bien”. ➤ “Pienso que todos están en mi contra”. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentimientos de frustración. “Ya me cansé de ser la única que se carga con todo”. ➤ Sentimientos de culpa: “En el fondo quiero volver el tiempo y no sentir nada, pero no puedo. ➤ Sentimientos de desvalorización: “yo creo soy débil y sensible, temerosa. ➤ “Soy una quejumbrosa”. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aislamiento social, quedarse sin asistir a los eventos que les invitan. Evita relacionarse con sus amigos de su trabajo. ➤ Apatía, responde con silencio cuando a veces le hablan sus hijos y no sabe qué decir. ➤ Anhedonia ante la incertidumbre del mañana opta por desvincularse, encerrarse en su casa y no querer salir. ➤ Procrastinación, interrumpe el avance de su doctorado.

2.6 Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Tabla 6

Calendarización del Programa

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA					
Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participante	Técnica de Tratamiento
Sesión N° 1	12/01/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Observación y entrevista psicológica
Sesión N° 2	19/01/2024	Semanal	70 minutos	Paciente de 52 años	Evaluación Psicométrica
Sesión N° 3	26/01/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Firma de contrato conductual
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL					
Sesión N° 1	02/02/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Psicoeducación
Sesión N° 2	09/02/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Respiración abdominal profunda Modelado y técnica de relajación muscular progresiva.
Sesión N° 3	16/02/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Modelado y técnica de relajación muscular progresiva.
Sesión N° 4	13/02/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Técnica de persuasión verbal (Estilo socrático)
Sesión N° 5	20/02/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Imaginación Racional Emotiva (Conexión entre creencias (B) y consecuencias (C))
Sesión N° 6	27/02/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Detención del pensamiento.
Sesión N° 7	04/03/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Reestructuración cognitiva modelo ABCDE
Sesión N° 8	11/03/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Entrenamiento en Autoinstrucciones
Sesión N° 9	18/03/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Entrenamiento en Autoinstrucciones
Sesión N° 10	25/03/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Técnicas de solución de problemas (percepción y atribución)

Sesión N° 11	04/04/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Técnicas de solución de problemas (valoración y compromiso)
Sesión N° 12	11/04/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Entrenamiento en Habilidades sociales. (Comunicación asertiva)
Sesión N° 13	18/04/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Entrenamiento en Habilidades sociales. (Resolución de conflictos)
Sesión N° 14	25/04/2024	Semanal	60 minutos	Paciente de 52 años	Entrenamiento en Habilidades sociales. (Negociación)
SEGUIMIENTO					
Sesión N° 1	24/07/2024	Semanal	65 minutos	Paciente de 52 años	Psicoeducación, confrontación de emociones y diálogo socrático

Tabla 7*Programa de Intervención*

Objetivo general	Objetivos específicos	N° de sesiones	Objetivo por sesión
Disminuir síntomas de depresión e incrementar conductas de afrontamiento mediante la aplicación de un Programa Cognitivo Conductual en una mujer adulta de 52 años.	Evaluación	3 sesiones	Sesión 1: Objetivo: Entrevista de evaluación y Diagnóstico Establecer alianza terapéutica. Técnica: Observación y Entrevista Psicológica. Sesión 2: Objetivo: Aplicar pruebas psicológicas. Evaluación psicométrica Sesión 3: Objetivo: Entrega de resultados y psicoeducación sobre TCC y depresión. Firma de contrato conductual.

Objetivo general	Objetivos específicos	Nº de sesiones	Objetivo por sesión
	Disminuir las manifestaciones fisiológicas asociadas a la depresión a través de técnicas de relajación	3 sesiones	<p>Sesión 4: Objetivo: Disminuir las manifestaciones fisiológicas asociadas a la depresión.</p> <p>Técnica: Psicoeducación - Respiración abdominal profunda.</p> <p>Sesión 5: Objetivo: Reducir las respuestas fisiológicas ante factores estresantes</p> <p>Técnica: Modelado y Técnica de relajación muscular progresiva.</p> <p>Sesión 6: Objetivo: Reducir las respuestas fisiológicas asociadas a la angustia.</p> <p>Técnica: Modelado y Técnica de relajación muscular progresiva.</p>
	Modificar los pensamientos de fracaso, culpa y desvalorización a través de la reestructuración cognitiva.	4 sesiones	<p>Sesión 7: Objetivo: Disminuir los pensamientos desadaptativos relacionados a pensamientos de fracaso.</p> <p>Técnica de persuasión verbal (Estilo socrático).</p> <p>Sesión 8: Objetivo: Disminuir los pensamientos desadaptativos relacionados a pensamientos de culpa.</p> <p>Técnica: Imaginación Racional Emotiva</p> <p>Sesión 9: Objetivo: Disminuir los pensamientos desadaptativos relacionados a pensamientos de desvalorización.</p> <p>Técnica: Detención del pensamiento.</p> <p>Sesión 10: Disminuir los pensamientos desadaptativos relacionados a pensamientos de fracaso, culpa y desvalorización.</p> <p>Técnica: Reestructuración cognitiva modelo ABCDE.</p>
	Incrementar el nivel de autoestima enfocado en los	4 sesiones	<p>Sesión 11: Objetivo: Mejorar la habilidad de debatir los pensamientos negativos</p> <p>Técnica: Entrenamiento en Auto instrucciones.</p>

Objetivo general	Objetivos específicos	Nº de sesiones	Objetivo por sesión
	sentimientos de tristeza y angustia	3 sesiones	<p>Sesión 12: Objetivo: Desarrollar un adecuado autoconcepto para fortalecer la autoestima.</p> <p>Técnica: Solución de problemas</p> <p>Sesión 13: Objetivo - Mejorar la habilidad de identificar pensamientos de tristeza.</p> <p>Técnicas de Solución de Problemas (Percepción y Atribución).</p> <p>Sesión 14: Objetivo - Mejorar la habilidad de debatir los pensamientos negativos.</p> <p>Entrenamiento en Habilidades sociales.</p>
	Incrementar conductas de habilidades sociales que faciliten la interacción con sus familiares y entorno social.	3 sesiones	<p>Sesión 15: Objetivo: - Disminución de acontecimientos sociales adversos.</p> <p>Técnica: Entrenamiento en Habilidades sociales. (Habilidades de conversación)</p> <p>Sesión 16: Objetivo: Fortalecer la calidad del vínculo familiar y social.</p> <p>Técnica: Entrenamiento en Habilidades sociales. (Ensayo conductual)</p> <p>Sesión 17: Objetivo: Incrementar actividades de disfrute que le resulten agradables durante la semana.</p> <p>Técnica: Dominio y agrado.</p>
	Seguimiento	1 sesión	<p>Sesión 18: Objetivo: - Facilitar estrategias para la prevención de recaídas</p>

Objetivo general	Objetivos específicos	Nº de sesiones	Objetivo por sesión
			Técnica: Psicoeducación, confrontación de emociones y diálogo socrático.
	Total:	18 sesiones	

Tabla 8

Fase de Evaluación – Sesión 1

Fase de Evaluación- Sesión 1					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Observación , entrevista psicológica.	INICIO: Se da la bienvenida al inicio de la sesión explicándole el desarrollo de la sesión.	Se dio la bienvenida a la paciente al inicio de la sesión y se pregunta sobre cómo se siente el día de hoy, generando el adecuado rapport para empezar con la entrevista. Se explican las actividades programadas en la sesión y se aclaran dudas.		5 minutos	
	DESARROLLO: Alianza Terapéutica Recogida de Información Hipótesis Recomendación	Se empezó con la entrevista con el objetivo de evaluar y posteriormente al diagnóstico. Se comienza con corroborar los datos personales del paciente empezando con la entrevista semiestructurada tomando como referencia nuestra guía de Anamnesis (Estado Actual, Historia Personal, Historia Familiar y Vida social) generando preguntas abiertas, tomando en cuenta las respuestas verbales y no verbales del paciente. Se le realiza de acuerdo con lo recaudado en la entrevista la presunción diagnóstica	- Hoja de Anamnesis - Lapiceros	45 minutos	- Observación y entrevista psicológica
	CIERRE ACTIVIDAD PARA LA CASA	Para finalizar al paciente se le agradece por la confianza brindada explicando sobre la posible sintomatología haciendo apertura para la siguiente sesión a las evaluaciones psicométricas explicando que la finalidad de un diagnóstico y posterior tratamiento. Se le pide reflexionar sobre lo conversado durante la sesión.		10 minutos	

Tabla 9*Fase de Evaluación - Sesión 2*

Fase de Evaluación - Sesión 2					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Aplicar pruebas psicológicas.	INICIO: Se le da la bienvenida al inicio de la sesión explicándole brevemente el desarrollo de la sesión.	Se dio la bienvenida a la paciente al inicio de la sesión y se pregunta sobre cómo se siente el día de hoy, se le pregunta también por aplicar pruebas psicológicas. cómo le fue en la actividad para la casa de la semana anterior, generando el adecuado rapport para empezar con la aplicación de las pruebas psicométricas.		5 minutos	
	DESARROLLO Evaluación Psicométrica.	Se empezó con la aplicación de las evaluaciones programadas: -Inventario de depresión de Beck (BDI-II). -Test de personalidad de Eysenck. -Inventario clínico Multiaxial de personalidad de Millon – MCMI II. -Escala de autoestima para adultos (SEI).	- Hoja de aplicación. - Lapiceros	60 minutos	- Evaluación Psicométrica
	CIERRE Recomendación	Para finalizar, se le agradeció por la colaborar activamente con la evaluación, explicando que la finalidad es un diagnóstico y posterior tratamiento.		5 minutos	

Tabla 10

Fase de Evaluación - Sesión 3

Fase de Evaluación - Sesión 3					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	INICIO: Se le dio la bienvenida al inicio de la sesión explicándole el desarrollo de la sesión.	Se dio la bienvenida a la paciente, explicándole la sesión y se pregunta sobre cómo se siente el día de hoy y como le fue en el transcurso de la semana. Se explican las actividades programadas en la sesión y se aclaran dudas.		5 minutos	
Entrega de resultados y psicoeducación sobre el diagnóstico y tratamiento.	DESARROLLO Entrega de resultados. Firma de contrato conductual. Recomendación	Se empezó con la entrevista con el objetivo de explicarle los resultados, el diagnóstico y tratamiento a seguir y se realiza la firma del contrato conductual. Se realizó de acuerdo con lo evaluado en la sesión es anteriores, se le explicó brevemente el diagnóstico y la intervención a seguir.	- Hoja de evolución de la Historia Clínica. - Lapiceros	45 minutos	- Firma de contrato conductual
	CIERRE	Para finalizar, se le agradeció a la paciente por la confianza brindada explicando sobre la posible sintomatología haciendo apertura para la siguiente sesión a la etapa de intervención.		10 minutos	

Tabla 11

Fase de Intervención - Sesión 1

Fase de Intervención - Sesión 1					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Disminuir las manifestaciones fisiológicas asociadas a la depresión mediante la respiración abdominal profunda.	INICIO: Se dio la bienvenida al inicio de la 1era sesión de intervención, explicando el desarrollo de las actividades a seguir.	Se dio la bienvenida a la sesión preguntando sobre cómo le fue en el día y la semana. Se le explica del desarrollo de las actividades programadas para la sesión de hoy.	-Historia Clínica Lapiceros	5 min	
	DESARROLLO Concepto básico de la Técnica respiración abdominal profunda Psicoeducación de la técnica de respiración diafragmática y de la técnica de relajación	Se brindo información a la paciente sobre la técnica y sus características. Se enseña sobre los principios básicos de la respiración diafragmática, sus beneficios y su uso como técnica de relajación. Se procede a guiar la relajación, indicándole que se ponga de pie, posteriormente poner 1 amano en el e pecho inhalar por la nariz contar hasta 3 a 5 segundos, permitir detener el aire para después exhalar de manera lenta repetir hasta que su cuerpo se sienta relajado.	-Música de relajación. -Autorregistro de respiración	50 min	- Psicoeducación - Respiración diafragmática.
	CIERRE ACTIVIDAD	Registro del uso de la técnica en la semana en diferentes momentos del día.		5 min	

Tabla 12

Fase de Intervención- Sesión 2

Fase de Intervención - Sesión 2					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Reducir las respuestas fisiológicas ante factores estresantes que le provocan sentimientos de tristeza.	INICIO: Se dio la bienvenida al inicio de la sesión programada explicando el desarrollo de las actividades	Se dio la bienvenida a la sesión preguntando sobre su día y la semana. Se le pide dialogar sobre la actividad realizada en casa. Se le explica del desarrollo de las actividades programadas para la sesión de hoy. Se continua con la técnica de relajación progresiva de Jacobson con la finalidad que cada vez que la paciente siente dolores en el hombro y espalda entre otros lo pueda poner en práctica, primero lo realizará la terapeuta para después de ser modelo pase a dar las indicaciones.	-Historia Clínica Lapiceros	5 min	
	DESARROLLO Concepto básico de la Técnica del modelado y Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.	Pasamos a dar las indicaciones paso a paso primero relajamos la mano y el antebrazo, sintiendo como se relajan los músculos después de la tensión cómo tu mano, tus dedos después se pone el codo contra el brazo del sillón y siente la tensión en el músculo, para pasar a los músculos de la cara empezando por la frente la arrugamos, igualmente la ceja y entrecejo, pasamos a la mejillas y nariz: arruga la nariz y siente la tensión en las mejillas, continuamos con el cuello empujando la barbilla hacia abajo, como si quisieras tocar el pecho con ella, pasamos al pecho, hombros y espalda: haz una inspiración profunda y mantenla al mismo tiempo que echas los hombros hacia atrás (como intentando que los omóplatos se junte, pasamos al abdomen: inspira profundamente y tensa el estómago, poniéndolo tan duro como puedas. Para tensar se le pide imaginar que te estás preparando para recibir un golpe, finalmente llegamos a la parte superior de la pierna y pantorrilla debes sentir la tensión y después haz volver el pie a su posición original mientras espiras y dejas escapar la tensión. Se repite con la otra pierna y brazo.	-Música Instrumental -Registro de respiración diafragmática -Hoja de autorregistro.	50 min	Técnica: Modelado y Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.
	CIERRE ACTIVIDAD PARA LA CASA	Al finalizar los ejercicios se le invita a permanecer un par de minutos disfrutando del estado de relajación completa, guiándola para centrar su atención en sensaciones placenteras y agradables. Se le brindo retroalimentación sobre la práctica de la respiración y se le brinda hoja de registro para su uso en la semana en diferentes momentos del día que lo necesite.			5 min

Tabla 13

Fase de Intervención – Sesión 3

Fase de Intervención - Sesión 3					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Reducir las respuestas fisiológicas asociadas a la angustia.	INICIO: Se dio la bienvenida al inicio de la sesión programada explicando el desarrollo de las actividades	Se dio la bienvenida a la sesión preguntando sobre su día y semana y como le fue en la aplicación de la Técnica aprendida. Se le pide que realice técnica de relajación progresiva de Jacobson que se trabajó la semana pasada con la finalidad reforzar la práctica adecuada de la técnica, así cuando perciba la tensión ella pueda utilizarla para relajarse.	-Historia Clínica - Lapiceros	5 min	
	DESARROLLO Se repite la ejecución de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson que se trabajó en la sesión anterior.	Poniendo énfasis en percibir y distinguir la presencia de tensión muscular y buscamos al máximo la tensión presente en los músculos. Grupo I: Mano, antebrazo y bíceps. Grupo II: Cabeza, cara y cuello. Frente, nariz, ojos, mandíbula, labio y lengua. Grupo III: Tórax, estómago y región lumbar. Grupo IV: Muslos, nalgas, pantorrillas y pies.	Música Instrumental - Autorregistro de la relajación muscular progresiva de Jacobson.	50 min	Modelado y Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.
	CIERRE ACTIVIDAD PARA LA CASA	Se le brinda retroalimentación sobre la práctica de la respiración y se le brinda pautas para su uso en la semana en diferentes momentos del día.			5 min

Tabla 14

Fase de Intervención – Sesión 4

Fase de Intervención - Sesión 4					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Disminuir los pensamientos desadaptativos relacionados a los pensamientos de fracaso.	INICIO: Se le da la bienvenida al inicio de la sesión programada explicando el desarrollo de las actividades	Se le dio la bienvenida a la sesión preguntando sobre su día y semana Se le explica del desarrollo de las actividades programadas para la sesión de hoy.	- Historia Clínica - Lapiceros	5 min	
	DESARROLLO Concepto básico de la Técnica de persuasión verbal y Estilo socrático	Se trata de determinar la validez de sus creencias irracionales de la paciente con sus propias palabras, para explicar los fundamentos y el razonamiento pragmático, reflexionando juntas acerca de la lógica y prácticas de las manifestaciones de sus propios pensamientos. Todo este dialogo se dará en el estilo socrático explicando cada creencia de forma amplia porque es perjudicial para mostrarle después las diferentes alternativas funcionales de pensamiento.	-Sillones	50 min	-Técnica de persuasión verbal - Estilo socrático.
	CIERRE ACTIVIDAD PARA LA CASA	Se le brinda retroalimentación sobre la técnica y se deja de tarea para la casa que realice una lista de pensamientos de fracaso.	-RRHH	5 min	

Tabla 15

Fase de Intervención - Sesión 5

Fase de Intervención - Sesión 5					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	INICIO: Se dio la bienvenida al inicio de la sesión programada explicando el desarrollo de las actividades	Se dio la bienvenida a la sesión preguntando sobre su día y semana Se le explica del desarrollo de las actividades programadas para la sesión de hoy.	- Historia Clínica - Lapiceros	5 min	
Disminuir los pensamientos desadaptativos relacionados a pensamientos de culpa.	DESARROLLO Concepto básico de la Técnica respiración abdominal profunda Psicoeducación de la técnica de respiración diafragmática y de la técnica de relajación	Se le explica como asociar un estímulo depresivo que le provoca malestar, con otro estímulo de naturaleza agradable, concretamente, una imagen o escena agradable imaginada. Esta imagen o escena genera en ella un estado de calma que es incompatible con la depresión. De esta manera, al asociar estos dos estímulos (y si se hace eficazmente), lo que sucede es que cuando aparece el estímulo generador de depresión, ella persona es capaz de automáticamente imaginarse una escena agradable que reduzca o elimine por completo el estado de depresión inicial.	-	50 min	- Imaginación racional emotiva. (Con exión entre creencias (B) y consecuencias (C))
	CIERRE ACTIVIDAD PARA LA CASA	Se le brindo retroalimentación sobre la práctica de la respiración y se le brinda pautas para su uso en la semana en diferentes momentos del día.	-RRHH	5 min	

Tabla 16

Fase de Intervención - Sesión 6

Fase de Intervención - Sesión 6					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Disminuir los pensamientos desadaptativos relacionados a pensamientos de desvalorización	INICIO: Se dio la bienvenida al inicio de la sesión programada explicando el desarrollo de las actividades	Se le da la bienvenida a la sesión preguntando sobre su día y semana Se le explica del desarrollo de las actividades programadas para la sesión de hoy.	- Historia Clínica - Lapiceros	5 min	
	DESARROLLO Concepto básico de la Técnica Detención del pensamiento	Revisar las tareas asignadas en la sesión anterior (registro de síntomas y actividades), reforzar la práctica de las actividades agradables para la usuaria. Aplicación de la técnica de bloqueo del pensamiento detener los pensamientos negativos que generan malestar emocional y sustituirlos por otros más adaptativos y saludables, donde la usuaria identifica sus emociones negativas y las verbaliza, luego elige un estímulo que interrumpa el pensamiento intruso (pellizco, palmada, acompañado de una orden ¡basta!) luego realizar una actividad diferente que la distraiga y aparte del foco de atención del pensamiento negativo.	- Sillones	50 min	Detención del pensamiento
	CIERRE ACTIVIDAD PARA LA CASA	Se le brinda retroalimentación sobre la práctica de la técnica detención del pensamiento.		5 min	

Tabla 17

Fase de Intervención - Sesión 7

Fase de Intervención - Sesión 7					
objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	INICIO: Se dio la bienvenida al inicio de la sesión programada explicando el desarrollo de las actividades	Se dio la bienvenida a la sesión preguntando sobre su día y semana Se le explica del desarrollo de las actividades programadas para la sesión de hoy. Se saluda a la usuaria, se pregunta cómo se encuentra y cómo le fue en la semana. Y se realizó el registro de sus creencias irracionales.	- Historia Clínica - Lapiceros	5 min	
Disminuir los pensamientos desadaptativos relacionados a pensamientos de fracaso, culpa y desvalorización	DESARROLLO Concepto básico de la Técnica Reestructuración cognitiva. Modelo ABCDE	Desarrollar con ejemplos de la propia paciente el registro del ABC. A partir de ese registro se implementará la columna D y E. Donde la D es el cambio y transformación de los pensamientos irracionales y la E son los resultados obtenidos de la D, teniendo como consecuencias emociones y conductas adaptativas. Se le pide que señale el pensamiento desadaptativo/ distorsión cognitiva más frecuente en ella para proceder a cuestionarlo sobre sus pensamientos de fracaso y desvalorización confrontarlo con la realidad, debatirlo, ponerlo en duda o flexibilizar. Se le pregunta a la usuaria después de haber cuestionado el pensamiento desadaptativo, cuál sería el pensamiento alternativo que tendría. Al generar un pensamiento adaptativo se le pregunta a la usuaria cuál sería su emoción alternativa o si es la misma qué puntaje tendría y cuál sería su conducta alternativa	- Sillones - Autorregistro ABCDE	50 min 5 min	Reestructuración cognitiva. Modelo ABCDE
	CIERRE ACTIVIDAD PARA LA CASA	Se le brinda retroalimentación sobre la practica en casa y registro en la hoja brindada.	-RRHH		

Tabla 18

Fase de Intervención - Sesión 8

Fase de Intervención - Sesión 8					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Mejorar la habilidad de debatir los pensamientos negativos .	INICIO: Se dio la bienvenida al inicio de la sesión programada explicando el desarrollo de las actividades	Se dio bienvenida a la sesión preguntando sobre su día y semana Se le explica del desarrollo de las actividades programadas para la sesión de hoy. Orientar a la paciente sobre las Auto instrucciones. Se da inicio apresurando el diálogo con frases o pensamientos que utiliza la paciente como guías previas de sus acciones poniendo todo lo expresado en una lista, para después empezar a re-instruirse en cada una de ella como por ejemplo: “tengo siempre mala suerte”, “todos son felices, menos yo”, “no se si podré seguir con esto”, “siento que yo cargo con todo” para después autoafirmarse con frases completas como por ejemplo: “tengo siempre mala suerte, pero tuve una semana buena en el trabajo varios pacientes me agradecieron por la atención que le brinde y uno de ellos me regalo una plantita” “todo pasará”.	-Historia Clínica -Lapiceros	5 min	
	DESARROLLO Concepto básico de las auto instrucciones.		-Sillones	50 min	- Entrenam iento en Auto instrucci ones
	CIERRE ACTIVIDAD PARA LA CASA	Se le brinda retroalimentación sobre la técnica y se le brinda pautas para su uso en la semana en diferentes momentos del día.		-RRHH	5 min

Tabla 20

Fase de Intervención - Sesión 10

Fase de Intervención - Sesión 10					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	INICIO: Se dio la bienvenida al inicio de la sesión programada explicando el desarrollo de las actividades	Se dio la bienvenida a la sesión preguntando sobre su día y semana Se le explica del desarrollo de las actividades programadas para la sesión de hoy.	- Historia Clínica - Lapiceros	5 min	
Mejorar la habilidad de identificar pensamientos de tristeza	DESARROLLO Concepto básico de la Técnica respiración abdominal profunda Psicoeducación de la técnica de respiración diafragmática y de la técnica de relajación	Se empezó con los conceptos de la Técnicas de habilidades sociales en resolución de conflictos y negociación.	- Sillones	50 min	- Técnicas de habilidades sociales.
	CIERRE ACTIVIDAD PARA LA CASA	Se le brindó retroalimentación sobre la práctica de la técnica en casa.	-RRHH	5 min	

Tabla 21

Fase de Intervención - Sesión 11

Fase de Intervención - Sesión 11					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	INICIO: Se dio la bienvenida al inicio de la sesión programada explicando el desarrollo de las actividades	Se dio la bienvenida a la sesión preguntando sobre su día y semana Se le explica del desarrollo de las actividades programadas para la sesión de hoy.	- Historia Clínica -Lapiceros	5 min	
Disminuir las manifestaciones fisiológicas asociadas a la depresión con respiración abdominal profunda.	DESARROLLO Concepto básico de la Técnica respiración abdominal profunda Psicoeducación de la técnica de respiración diafragmática y de la técnica de relajación	Se empieza con los conceptos de la Técnicas de solución de problemas a manera de refuerzo para dar inicio a la siguiente fase. Fase 3. Toma de decisión. A. Criba preliminar. B. Anticipación de los resultados de las posibles soluciones. C. Evaluación (juicio y comparación) de las posibles soluciones. D. Elección de un plan de solución. E. Elaboración de un plan de acción. Se le enseñó a dirigir el aire inspirado hacia la parte inferior y media de los pulmones mediante el modelamiento realizado primero por el terapeuta seguido lo realizará el paciente.	- Sillones	50 min	Técnicas de habilidades sociales
	CIERRE ACTIVIDAD PARA LA CASA	Se le brindo retroalimentación sobre la práctica de técnica en casa.	-RRHH	5 min	

Tabla 22

Fase de Intervención - Sesión 12

Fase de Intervención - Sesión 12					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	INICIO: Se dio la bienvenida al inicio de la sesión programada explicando el desarrollo de las actividades	Se dio la bienvenida a la sesión preguntando sobre su día y semana Se le explica del desarrollo de las actividades programadas para la sesión de hoy.	- Historia Clínica - Lapiceros	5 min	
Disminución de acontecimientos adversos.	DESARROLLO Concepto básico de la Técnica respiración abdominal profunda Psicoeducación de la técnica de respiración diafragmática y de la técnica de relajación	Orientar a la paciente sobre el EHS en habilidades de conversación. Se le invita a iniciar una conversación, a hacer las preguntas referidas, realizar algunas autorrevelaciones apropiadas y terminar las conversaciones adecuadamente al mismo tiempo de le invita a hacerlo con alguna persona que no ve hace tiempo entrenando así también su percepción social.	- Sillones	50 min	- Entrenamiento en Habilidades sociales. (Habilidades de conversación)
	CIERRE ACTIVIDAD PARA LA CASA	Se le brinda la retroalimentación sobre la práctica de la técnica y se deja para la casa realizar esto con tres personas como mínimo esta semana.		5 min	

Tabla 23

Fase de Intervención - Sesión 13

Fase de Intervención - Sesión 13					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	INICIO: Se dio la bienvenida al inicio de la sesión programada explicando el desarrollo de las actividades	Se dio la bienvenida a la sesión preguntando sobre su día y semana Se le explica del desarrollo de las actividades programadas para la sesión de hoy.	- Historia Clínica - Lapiceros	5min	
Incrementar las actividades que logre realizar eficazmente generando auto satisfacción.	DESARROLLO Concepto básico de la Técnica respiración abdominal profunda Psicoeducación de la técnica de respiración diafragmática y de la técnica de relajación	Orientar a la paciente sobre el juego de roles programado, esta vez ella adoptará el papel de su esposo y la terapeuta el de la paciente, simulando así el último conflicto que tuvieron, pasando así a la reflexión terminado la representación de los papeles.	- Sillones	50 min	- Rol Playing - Debate
	CIERRE ACTIVIDAD PARA LA CASA	Se le brindo retroalimentación sobre la práctica de la técnica en casa.	-RRHH	5min	

Tabla 24

Fase de Intervención - Sesión 14

Fase de Intervención - Sesión 14					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	INICIO: Se dio la bienvenida al inicio de la sesión programada explicando el desarrollo de las actividades	Se dio la bienvenida a la sesión preguntando sobre su día y semana Se le explica del desarrollo de las actividades programadas para la sesión de hoy.	- Historia Clínica - Lapiceros	5 min	
Incrementar actividades de disfrute que le resulten agradables durante la semana.	DESARROLLO Concepto básico de la Técnica dominio y agrado.	Orientar a la paciente sobre la terapia cognitivo – conductual Se empieza a dialogar con la usuaria sobre la programación de actividades para tener ocupado su tiempo y así no permitir tiempos muertos en los que puede llegar de desmotivación y demás síntomas depresivos, enseñándole que puntué entre 0-5 puntos el agrado y el dominio de cada actividad dentro de su horario. Facilitando así que preste atención a cada detalle esencial de las actividades que decide poner.	-Sillones - Hoja de autorregistro	50 min	- Dominio y agrado
	CIERRE ACTIVIDAD PARA LA CASA	Se le brindo retroalimentación sobre la práctica de la técnica y le brinda pautas para su uso en la semana en diferentes momentos del día y registrarlos así en la de auto registró.		5 min	

Tabla 25

Fase de Seguimiento - Sesión 1

Fase de Seguimiento - Sesión 1					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
	INICIO Se dio la bienvenida a la paciente después de un periodo de dos meses y se da el inicio de la sesión programada.	INTRODUCCIÓN: Se pregunta cómo ha ido estas últimas semanas comentando situaciones diarias. Se le explica que se debe considerar la recaída como algo normal, pues este evento ocurrirá antes o después.	Hojas bond. Lapiceros.	5 min	
Facilitar estrategias para la prevención de recaídas.	DESARROLLO Esta parte consiste en preparar a la paciente para que pueda superar una recaída, así como reforzar el trabajo ya realizado. También de proceder a la evaluación de la línea base mediante la entrevista.	La paciente debe tener claro que existe dicha posibilidad para evitar desmotivarse y no desestimar la mejoría lograda durante el proceso de la intervención, se le menciona que, durante el tratamiento, el objetivo ha sido desarrollar las habilidades y estrategias necesarias para reducir y controlar sus episodios de tristeza y malestar. Después del del tratamiento, ella podrá identificar las causas de una posible recaída como una pelea con su esposo, discusiones en el trabajo, malestar físico etc. Ante esto ella tendrá que recurrir a lo ya aprendido para poder llegar a elegir una técnica y establecer una serie de pasos que la llevaran a su estabilidad emocional.	Sillones Manual de prevención de recaída.	35 min	- Confrontación de emociones. Diálogo socrático.
	CIERRE	Se evalúa y se le agradece y felicita por la disposición y adherencia al tratamiento.		25 min	

2.7 Procedimiento

Se realizó el presente estudio de caso aplicando la intervención cognitivo-conductual para la depresión en una mujer adulta, se definieron las variables independiente y dependiente de estudio. Luego, se procedió a acopiar toda la información para la posterior construcción del marco teórico.

La presente intervención se llevó a cabo en 18 sesiones de 60 minutos aproximadamente cada una, teniendo una frecuencia semanal de encuentro. Se dividieron en tres etapas: la primera comprendió la etapa de evaluación, la segunda la etapa de intervención y la tercera la etapa de seguimiento. En lo concerniente a la primera, se realizó la evaluación, informe y diagnóstico psicológico consta de 3 sesiones, para después poder formular el programa de intervención adecuado con objetivos y técnicas y actividades por cada una de las sesiones que suman 17 en total. Finalmente, se realizó una sesión de seguimiento con el objetivo de evitar futuras recaídas.

2.8 Consideraciones éticas

El presente estudio de caso se ampara en el capítulo 3, artículo 24 del código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú, adaptado al Estatuto Nacional y la ley 30702 del 21 diciembre de 2017, en cual se manifiesta el uso del consentimiento informado, buscando el consentimiento de nuestra paciente. El artículo 25, nos indica que el psicólogo debe cuidar la primacía del beneficio sobre los riesgos para que la paciente esté segura en su anonimato y teniendo así en consideración la salud mental de la paciente sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Amparándose también en la ley N° 1090 del 2006, la cual refiere, la aceptación voluntaria de la paciente en el desarrollo del proceso de intervención.

Con respecto al Código de Ética de la Universidad Nacional Federico Villarreal (2018) que refiere para estudios de investigación, en su capítulo III, artículo 8, establece que todo trabajo de investigación realizada en seres humanos deberá cumplir con garantizar su bienestar, así mismo,

contar con el consentimiento informado por parte de la paciente y respetar su derecho al anonimato. En el presente caso, la aceptación fue voluntaria por parte de la paciente, la cual se dio mediante la firma del consentimiento informado.

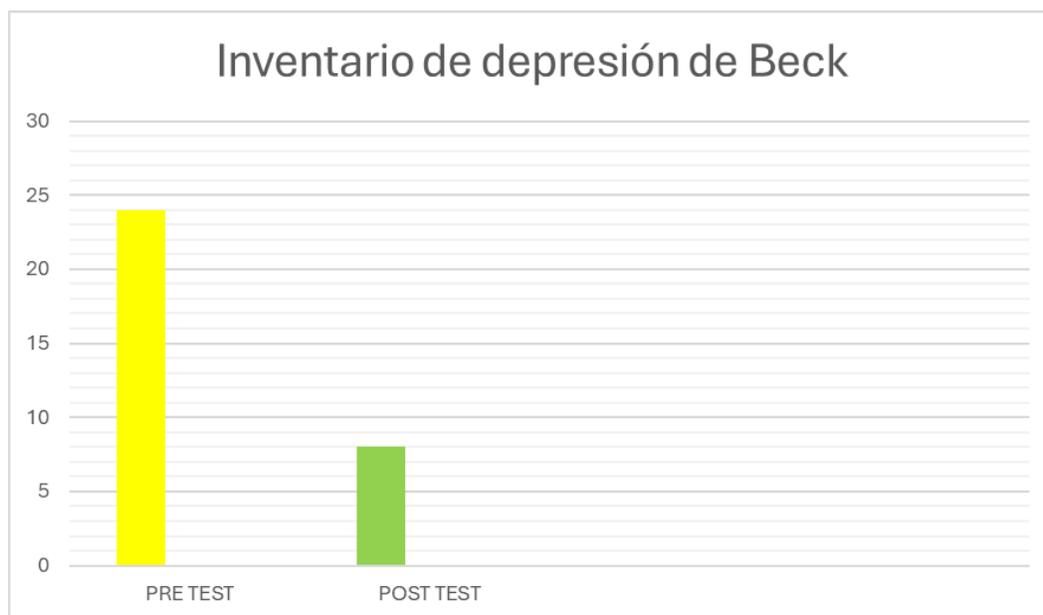
III. RESULTADOS

3.1 Análisis de los resultados

En este apartado, se presentan la relación de los objetivos y los resultados del Programa Cognitivo-Conductual, referente a la aplicación de pruebas psicométricas correspondientes al pre y postest del Inventario de depresión de Beck, inventario de Coopersmith SEI y la línea base en pensamientos y contrastar dicha información, a través de tablas y figuras que muestran los efectos del programa que denotan los testimonios de la fase pre y postest de seguimiento, a fin de disminuir los síntomas de depresión e incrementar las conductas de afrontamiento en una mujer adulta.

Figura 1

Test del Inventario de depresión de Beck

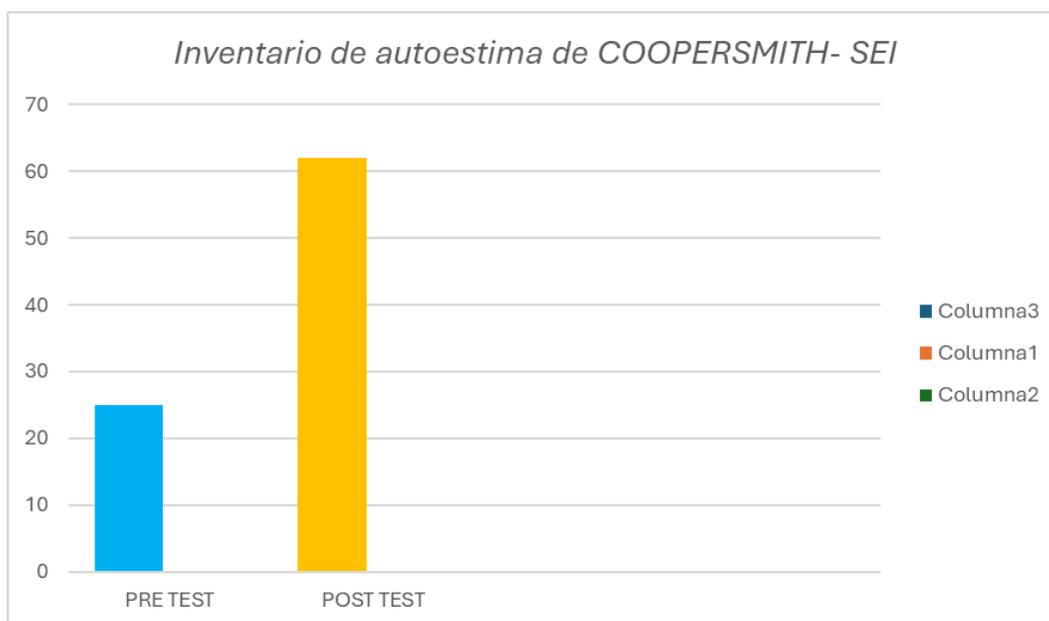


En la figura 1, se muestra una significativa reducción de las puntuaciones de la paciente. Al inicio de tratamiento, obtuvo un puntaje de 24 en el inventario de Depresión de Beck, lo cual la ubicaba en una categoría de Depresión Moderada; sin embargo, luego de la intervención

psicológica, obtuvo una puntuación de 8, la cual la ubica en una categoría donde se evidencia la disminución de los síntomas de depresión e incremento conductas de afrontamiento.

Figura 2

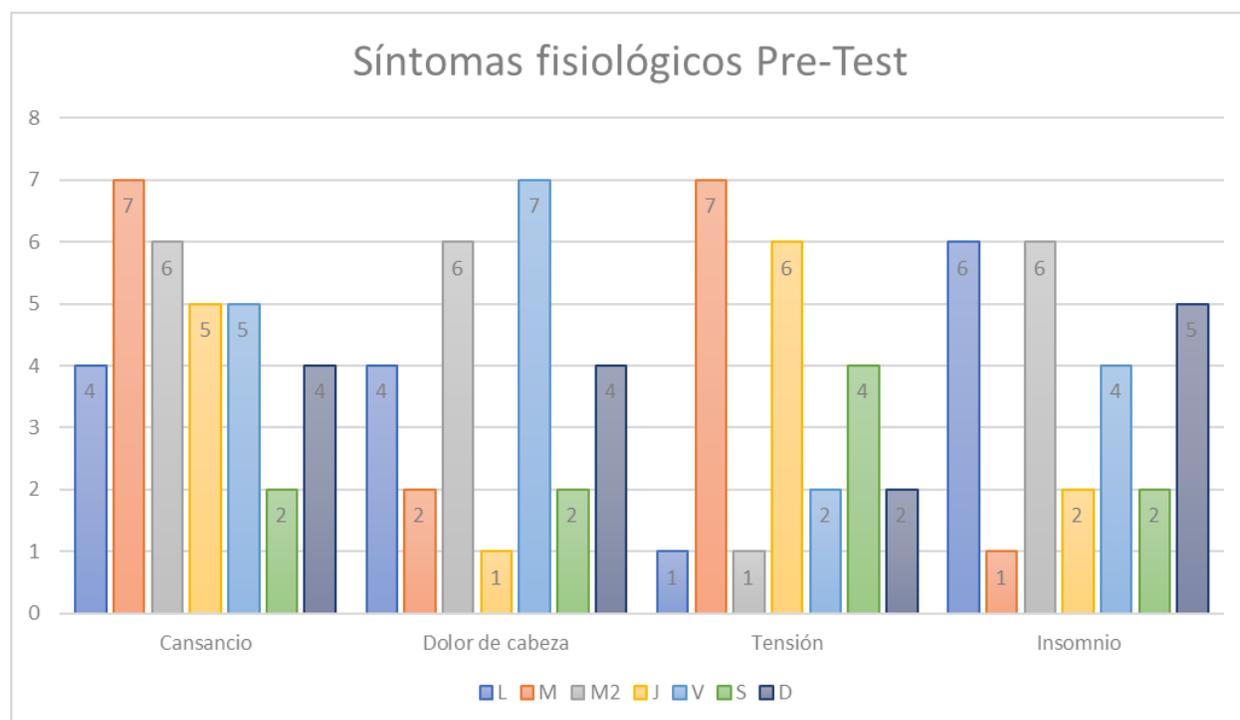
Inventario de autoestima de Coopersmith- SEI



En la figura 2, se muestran los puntajes que la paciente obtuvo antes y después de la intervención psicológica. Al inicio del tratamiento, obtuvo un puntaje de 25 en el pretest, lo cual nos indica una connotación de niveles bajos de autoestima. En el postest, obtuvo un puntaje de 62, lo cual indica un incremento considerable en los niveles de autoestima después del tratamiento, incrementando el nivel de autoestima enfocado en los sentimientos de tristeza y angustia, así como las conductas de autocuidado dentro de sus hábitos cotidianos.

Tabla 26*Registro de frecuencia de síntomas fisiológicos, línea base, pretest*

Síntomas fisiológicos	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Prom
Cansancio	4	7	6	5	5	1	4	32	4.6
Dolor de cabeza	4	2	6	1	7	2	4	26	3.7
Tensión	1	7	1	6	2	4	2	23	3.3
Insomnio	6	1	6	2	4	2	5	26	3.7

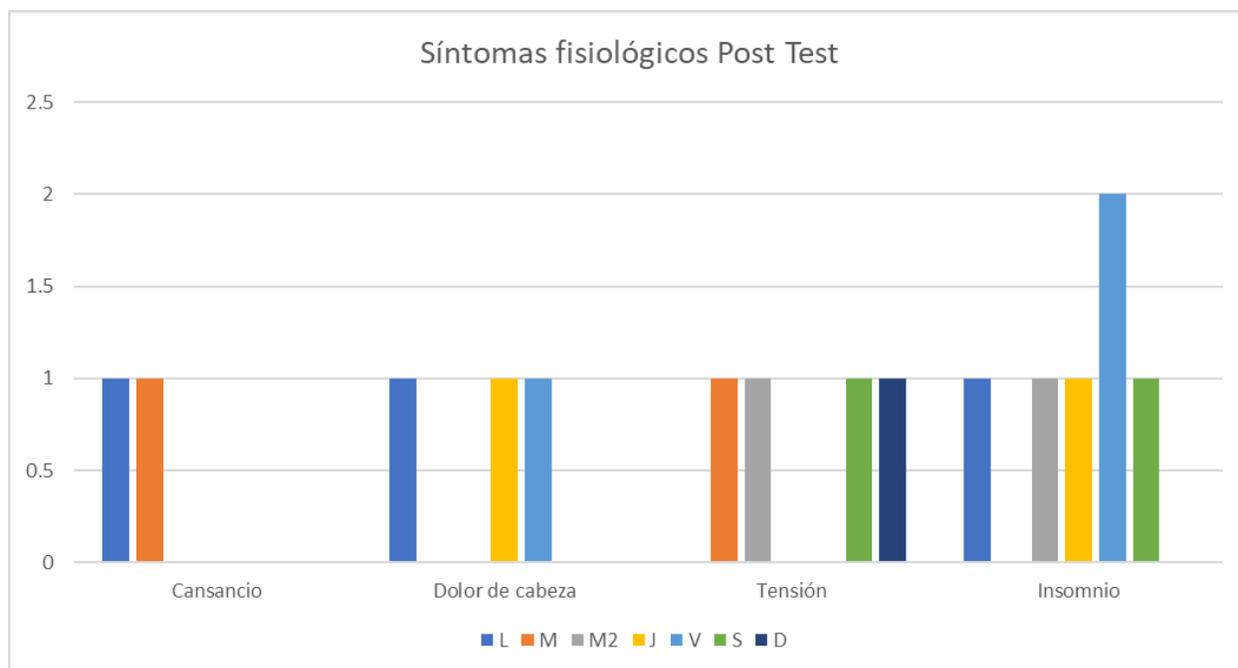
Figura 3*Síntomas fisiológicos del pretest*

En la figura 3, se muestran los puntajes que la paciente obtuvo durante la primera semana de evaluación referente a los síntomas fisiológicos (cansancio, dolor de cabeza, tensión, insomnio) de la línea base. Antes de la intervención psicológica, obtuvo un puntaje de entre 4 veces por día, con una frecuencia entre 27 veces por semana, dando un promedio de 4 por día, lo cual nos indica que todos los días sintió esta afectación a nivel fisiológico, indicándonos niveles moderados de afectación.

Tabla 27

Registro de frecuencia de síntomas fisiológicos, línea base, postest

Síntomas fisiológicos	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Prom
Cansancio	1	1	0	0	0	0	0	2	0.3
Dolor de cabeza	1	0	0	1	1	0	0	3	0.6
Tensión	0	1	1	0	0	1	1	4	0.6
Insomnio	1	0	1	2	2	1	0	7	1

Figura 4*Síntomas fisiológicos del postest*

En la figura 4, se muestra los puntajes que la paciente obtuvo durante la semana de seguimiento referente a los síntomas fisiológicos (cansancio, dolor de cabeza, tensión, insomnio) de la línea base después de la intervención psicológica, donde obtuvo un puntaje de entre 1 vez por día de semana con una frecuencia entre 4 veces por semana entre todos los síntomas, dando un promedio de 0.7 veces por día, lo cual nos indica que se le logró la reducción de síntomas a nivel fisiológico, indicándonos niveles nulos a leves de afectación.

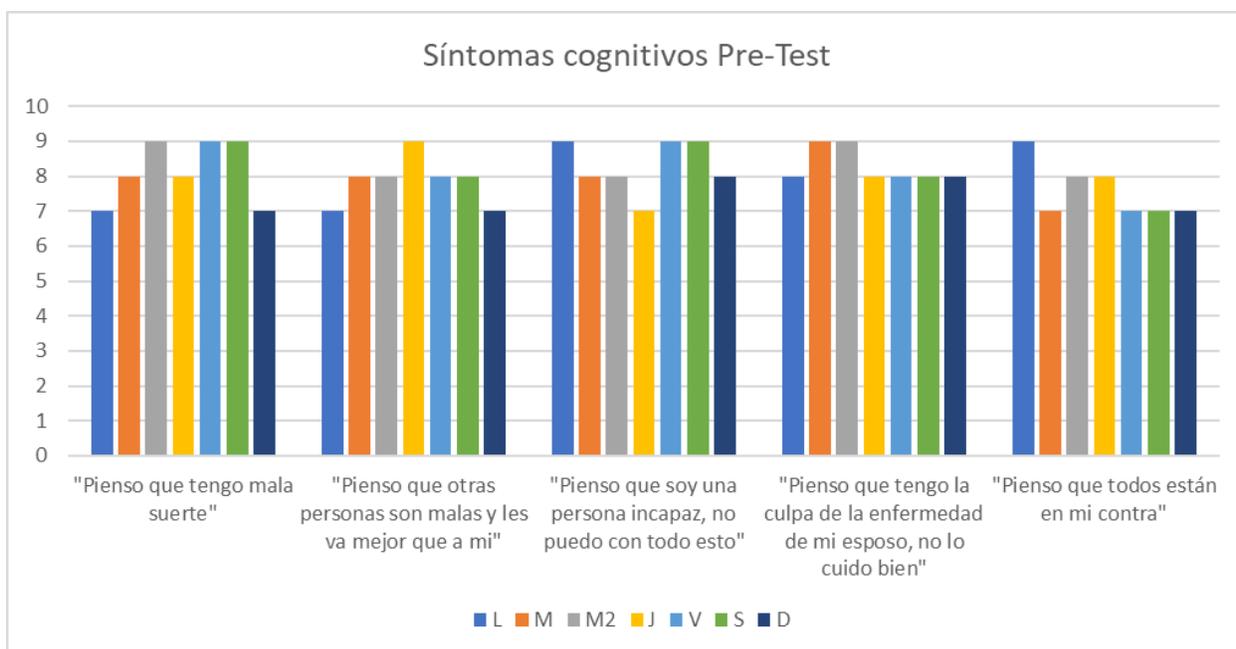
Tabla 28*Registro de frecuencia de síntomas cognitivos, línea base, pretest*

Síntomas cognitivos	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Prom
"Pienso que tengo mala suerte"	7	8	9	8	9	9	7	57	8,1

"Pienso que otras personas son malas y les va mejor que a mi"	7	8	8	9	8	8	7	55	7,9
"Pienso que soy una persona incapaz, no puedo con todo esto"	9	8	8	7	9	9	8	58	8,3
"Pienso que tengo la culpa de la enfermedad de mi esposo, no lo cuido bien"	8	9	9	8	8	8	8	58	8,3
"Pienso que todos están en mi contra"	9	7	8	8	7	7	7	53	7,6

Figura 5

Síntomas cognitivos del pretest



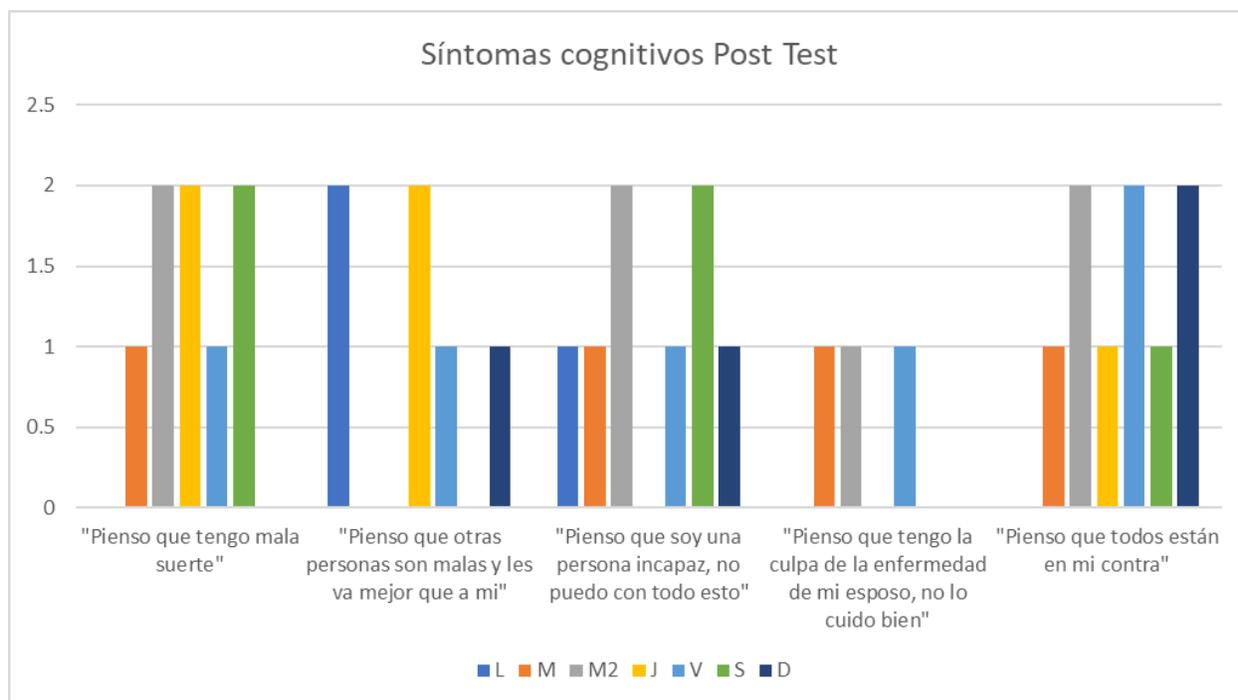
En la figura 5, se muestran los puntajes que la paciente obtuvo durante la primera semana de evaluación con relación a los síntomas cognitivos de la línea base. Antes de la intervención psicológica, obtuvo un puntaje de entre 8/10 intensidad por día, con una frecuencia entre 56 veces

durante la semana, lo cual nos indica que todos los días sintió esta afectación a nivel cognitivo, indicándonos niveles moderados de afectación.

Tabla 29

Registro de frecuencia de síntomas cognitivos, línea base, posttest

Síntomas cognitivos	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Prom
"Pienso que tengo mala suerte"	0	1	2	2	1	2	0	8	1.1
"Pienso que otras personas son malas y les va mejor que a mi"	2	0	0	2	1	0	1	6	0.9
"Pienso que soy una persona incapaz, no puedo con todo esto"	1	1	2	0	1	2	1	8	1.1
"Pienso que tengo la culpa de la enfermedad de mi esposo, no lo cuidó bien"	0	1	1	0	1	0	0	3	0.4
"Pienso que todos están en mi contra"	0	1	2	1	2	1	2	9	1.3

Figura 6*Síntomas cognitivos del postest*

En la figura 6, se muestran los puntajes que la paciente obtuvo durante la semana de seguimiento con relación a los síntomas cognitivos de la línea base. Después de la intervención psicológica, obtuvo un puntaje de entre 2/10 de intensidad por día, con una frecuencia entre 2 veces durante la semana, dando un promedio de 8 veces por semana, lo cual nos indica que disminuyó la afectación a nivel cognitivo, indicándonos niveles leves de afectación.

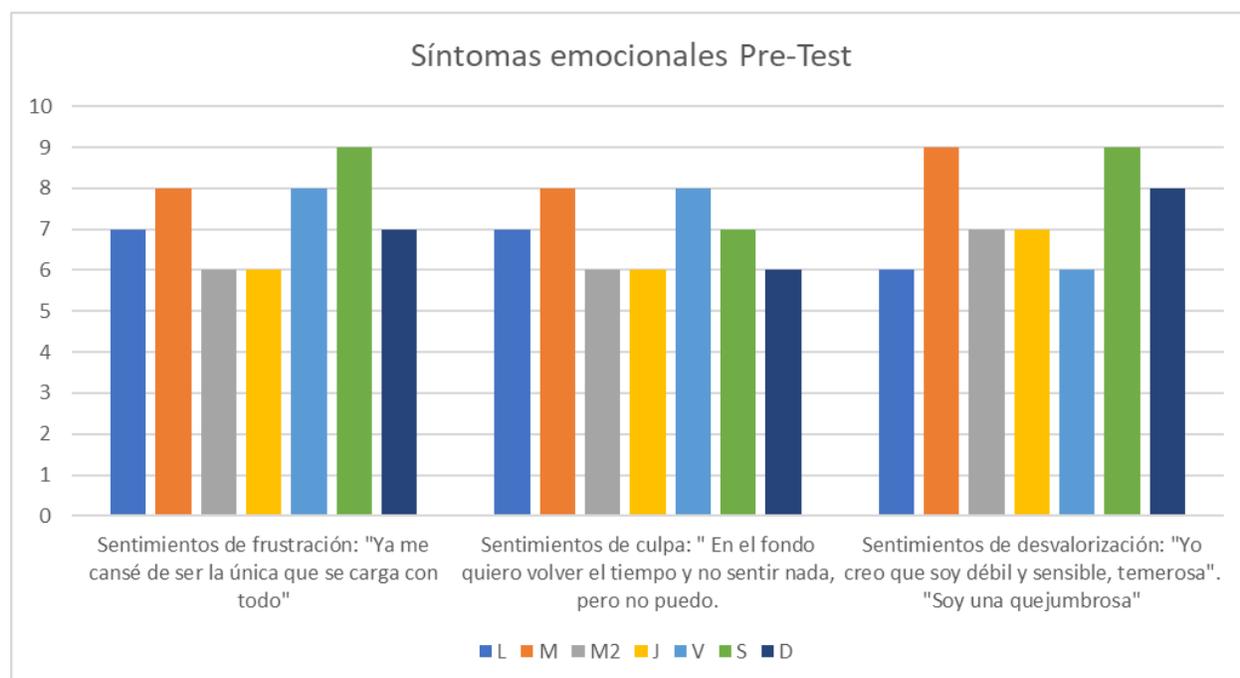
Tabla 30*Registro de frecuencia de síntomas emocionales, línea base, pretest*

Síntomas emocionales	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Prom
Sentimientos de frustración: "Ya me cansé de ser la única que se carga con todo"	7	8	6	6	8	9	7	51	7.3

Síntomas emocionales	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Prom
Sentimientos de culpa: " En el fondo quiero volver el tiempo y no sentir nada, pero no puedo.	7	8	6	6	8	7	6	48	6.6
Sentimientos de desvalorización: "Yo creo que soy débil y sensible, temerosa". "Soy una quejumbrosa"	6	9	7	7	6	9	8	52	7.4

Figura 7

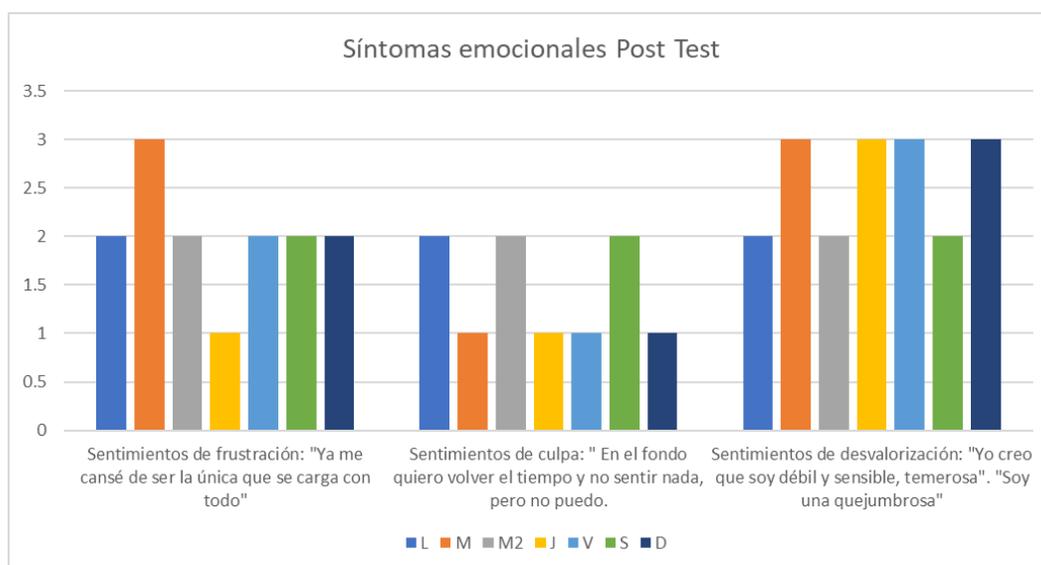
Síntomas emocionales del pretest



En la figura 7, se muestran los puntajes que la paciente obtuvo durante la primera semana de evaluación con relación a los síntomas emocionales de la línea base. Antes de la intervención psicológica, obtuvo un puntaje promedio de 7/10 intensidad por día, con una frecuencia entre 56 veces durante la semana, lo cual nos indica que todos los días sintió esta afectación a nivel emocional, indicándonos niveles moderados de intensidad.

Tabla 31*Registro de frecuencia de síntomas emocionales, línea base, postest*

Síntomas emocionales	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Prom
Sentimientos de frustración: "Ya me cansé de ser la única que se carga con todo"	2	3	2	1	2	2	2	14	2
Sentimientos de culpa: " En el fondo quiero volver el tiempo y no sentir nada, pero no puedo.	2	1	2	1	1	2	1	10	1.3
Sentimientos de desvalorización: "Yo creo que soy débil y sensible, temerosa". "Soy una quejumbrosa"	2	3	2	3	3	2	3	18	2.6

Figura 8*Síntomas emocionales del postest*

En la figura 8, se muestra los puntajes que la paciente obtuvo durante la semana de seguimiento con relación a los síntomas emocionales de la línea base. Después de la intervención psicológica, obtuvo un puntaje de entre 2/10 de intensidad por día, con una frecuencia entre 2 veces durante la semana, dando un promedio de 2 veces por semana, lo cual nos indica que disminuyó la afectación a nivel emocional, indicándonos niveles leves de afectación.

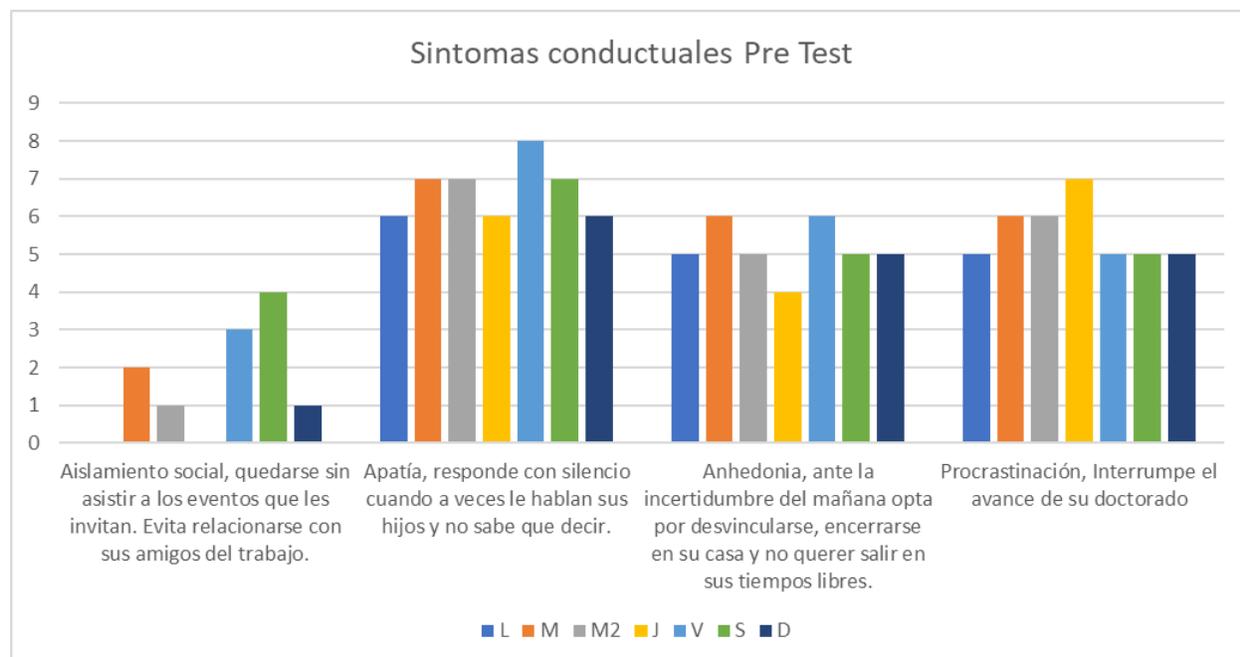
Tabla 32*Registro de frecuencia de Síntomas conductuales, línea base, pretest*

Síntomas conductuales	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Prom
Aislamiento social, quedarse sin asistir a los eventos que les invitan. Evita relacionarse con sus amigos del trabajo.	0	2	1	0	3	4	1	11	1.6

Síntomas conductuales	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Prom
Apatía, responde con silencio cuando a veces le hablan sus hijos y no sabe que decir.	6	7	7	6	8	7	6	47	6.7
Anhedonia, ante la incertidumbre del mañana opta por desvincularse, encerrarse en su casa y no querer salir en sus tiempos libres.	5	6	5	4	6	5	5	36	5.1
Procrastinación, Interrumpe el avance de su doctorado	5	6	6	7	5	5	5	39	5.6

Figura 9

Síntomas conductuales del pretest

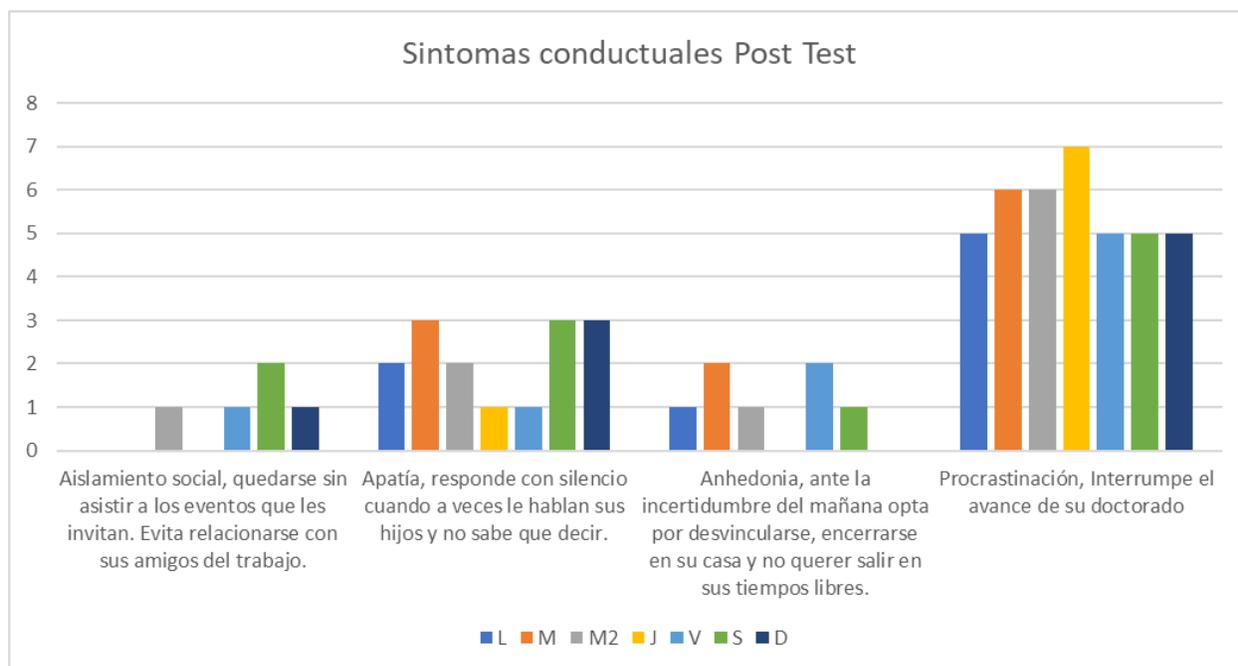


En la figura 9, se muestran los puntajes que la paciente obtuvo durante la primera semana de evaluación con relación a los síntomas conductuales de la línea base. Antes de la intervención psicológica, obtuvo un puntaje de entre 7/10 de intensidad, con una frecuencia entre 34 veces durante la semana, lo cual nos indica que todos los días sintió esta afectación a nivel conductual, indicándonos niveles moderados de afectación.

Tabla 33

Registro de frecuencia de síntomas conductuales, línea base, postest

Síntomas conductuales	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Prom
Aislamiento social, quedarse sin asistir a los eventos que les invitan. Evita relacionarse con sus amigos del trabajo.	0	0	1	0	1	2	1	4	0.6
Apatía, responde con silencio cuando a veces le hablan sus hijos y no sabe que decir.	2	3	2	1	1	3	3	15	2.1
Anhedonia, ante la incertidumbre del mañana opta por desvincularse, encerrarse en su casa y no querer salir en sus tiempos libres.	1	2	1	0	2	1	0	7	1
Procrastinación, Interrumpe el avance de su doctorado	5	6	6	7	5	5	5	39	5.6

Figura 10*Síntomas conductuales del postest*

En la figura 10, se muestran los puntajes que la paciente obtuvo durante la semana de seguimiento con relación a los síntomas conductuales de la línea base. Después de la intervención psicológica, obtuvo un puntaje de entre 3/10 de intensidad por día, con una frecuencia entre 3 veces durante la semana, dando un promedio de 9 veces por semana, lo cual evidencia la disminución de la afectación a nivel conductual, indicándonos niveles leves de afectación.

3.2 Discusión de resultados

El presente estudio de caso tuvo como objetivo general disminuir los síntomas de depresión e incrementar las conductas de afrontamiento mediante la aplicación de un Programa Cognitivo-Conductual en una mujer adulta de 52 años, donde los resultados obtenidos evidencian la evolución favorable de la paciente, al presentar los resultados en las tablas comparativas de la aplicación del inventario de depresión de Beck, donde el nivel de depresión moderado con síntomas de tristeza,

angustia, fracaso, culpa, desvalorización y manifestaciones fisiológicas se ven reducidos significativamente en toda esta sintomatología.

Como resultados obtenidos, en contraste a estudios nacionales de Pissani (2022), Calderón (2022), Requena (2022), Feijoo (2021) y Huaynates (2019), quienes investigaron también en casos únicos de depresión y la efectividad de la TCC, verificamos que son congruentes con nuestros resultados ya que se demostró la reducción de sintomatología de la depresión en todos los casos para los resultados de postest en la medición de depresión. En el plano internacional, también evidenciamos que los 112 estudios comparativos de Asdaq et al. (2024), muestran resultados favorables medidos mediante el postest, pudiendo evidenciar que la intervención cognitivo-conductual redujo favorablemente la gravedad de la sintomatología de la depresión en cada uno de ellos.

En lo que respecta al primer objetivo específico planteado en este estudio que fue el de disminuir las manifestaciones fisiológicas asociadas a la depresión a través de técnicas de relajación, se logró satisfactoriamente la reducción de síntomas a nivel fisiológico al igual que en los estudios de Pissani (2022), Calderón (2022) quienes obtuvieron la reducción de síntomas fisiológicos aplicando las mismas técnicas.

Respecto al segundo objetivo específico planteado en este estudio que planteó modificar los pensamientos de fracaso, culpa y desvalorización a través de la reestructuración cognitiva, se obtuvieron resultados favorables a nivel de la sintomatología cognitiva. Así mismo, en Bolivia, Cruz (2019) y en Miami, Berrío (2019) evidenciaron la eficacia de la restauración cognitiva para los pensamientos distorsionados de cada uno de sus casos intervenidos aplicando como postest el BDI-II.

Respecto al tercer objetivo específico planteado en este estudio, el cual fue incrementar el nivel de autoestima enfocado en los sentimientos de tristeza y angustia, se obtuvieron resultados favorables y en contraste con los estudios previos tenemos que Pissani (2022) y Feijoo (2021) en sus estudios de caso obtuvieron como resultado, después de la aplicación de la TCC, el incremento de los niveles de autoestima siendo medidos mediante el postest con el instrumento Inventario de Autoestima de Coopersmith.

Respecto al cuarto objetivo específico planteado en este estudio que fue incrementar las conductas de habilidades sociales que facilitaran la interacción con sus familiares y entorno social, se obtiene como resultado que la paciente logró obtener conductas que mejoraron la relación con su familia y entorno social. A la vez, podemos evidenciar que en el estudio de Asdaq et al. (2024), todas las intervenciones redujeron con éxito la gravedad de la depresión, principalmente, en su relaciones familiares y sociales, mejorando su interacción social y obteniendo un impacto significativo en la reducción de sintomatología a nivel de la afectación social de la depresión.

A modo concluyente, queda demostrado mediante evidencia científica la efectividad de la TCC en el tratamiento para la reducción de síntomas de la depresión, en todos sus niveles.

3.3. Seguimiento

En el presente estudio de caso, se llevó a cabo sólo una sesión de seguimiento, la cual tuvo por objetivo prevenir las recaídas y fortalecer las estrategias de afrontamiento ante los problemas del día a día. Se realizó después de dos meses de la última sesión de intervención y tuvo una duración de 65 minutos, donde se trabajó la retroalimentación de las técnicas necesarias y el postest con la finalidad de verificar el sostenimiento de los cambios obtenidos en el proceso de intervención.

IV. CONCLUSIONES

- La aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual en una mujer adulta de 52 años resultó en la disminución de los síntomas de depresión y el incremento de las conductas de afrontamiento. Este hallazgo resalta la importancia de abordar la depresión considerando los múltiples factores influyentes que la pueden desencadenar, incluyendo los niveles fisiológico, psicológico, cognitivo, conductual y social, así como su interacción.
- La intervención, que incluyó psicoeducación, técnicas de respiración abdominal profunda y relajación muscular progresiva de Jacobson, logró disminuir las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión.
- A través de la aplicación de técnicas cognitivas como la persuasión verbal de estilo socrático, la reestructuración cognitiva y la imaginación racional emotiva, se logró modificar los pensamientos distorsionados identificados en la paciente.
- El trabajo con la técnica de autoinstrucciones favoreció el desarrollo de un autoconcepto más positivo y el fortalecimiento de la autoestima en la paciente.
- El entrenamiento en habilidades sociales resultó en una mejora de las relaciones interpersonales de la paciente, fortaleciendo sus vínculos familiares y sociales.
- Este caso confirma la vigencia y utilidad de la TCC en el abordaje de la depresión, demostrando su eficacia para facilitar la adquisición de herramientas que el paciente puede aplicar a su problemática actual y a diversas situaciones futuras. Sin embargo, es fundamental destacar que, si bien los resultados obtenidos en este caso son alentadores, no son generalizables, y cada intervención debe considerar cuidadosamente las peculiaridades y características individuales de cada persona para asegurar su pertinencia y eficacia.

V. RECOMENDACIONES

- Promover la aplicación de programas de intervención basados en la TCC para abordar la depresión en mujeres adultas, considerando que esta población puede ser especialmente vulnerable a factores de riesgo específicos. Es fundamental que dichas intervenciones adopten un enfoque integral, abordando no solo los síntomas emocionales, sino también los niveles fisiológico, psicológico, cognitivo, conductual y social, así como la influencia del contexto sociocultural en la experiencia de la depresión.
- Incorporar de manera sistemática la psicoeducación, las técnicas de respiración abdominal profunda y la relajación muscular progresiva de Jacobson como componentes esenciales en la intervención de la depresión. Estas herramientas, al favorecer la regulación emocional y la disminución de la activación fisiológica, contribuyen a mejorar el bienestar general del paciente y a potenciar la eficacia de la terapia.
- Capacitar a los profesionales de la salud mental en el uso de técnicas cognitivas como la persuasión verbal de estilo socrático, la reestructuración cognitiva y la imaginación racional emotiva para la identificación y modificación de pensamientos distorsionados en pacientes con depresión. Dichas técnicas, al promover la flexibilidad cognitiva y el cuestionamiento de patrones de pensamiento desadaptativos, resultan fundamentales para abordar la raíz de la problemática y prevenir recaídas.
- Integrar la técnica de autoinstrucciones en los programas de intervención para la depresión, con el objetivo de promover el desarrollo de un autoconcepto más positivo y fortalecer la autoestima de los pacientes. El entrenamiento en autoverbalizaciones adaptativas y afirmaciones positivas puede contribuir a modificar los patrones de pensamiento negativos, mejorar la autoimagen y favorecer el autocuidado.

- Incluir el entrenamiento en habilidades sociales como un componente clave en la intervención de la depresión, especialmente en aquellos casos donde se identifiquen dificultades en las relaciones interpersonales. El desarrollo de habilidades de comunicación asertiva, resolución de conflictos y manejo de situaciones sociales puede contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente y fortalecer su red de apoyo social, factores protectores frente a la depresión.
- Difundir ampliamente los resultados del presente estudio entre estudiantes y profesionales de la salud mental para dar a conocer la eficacia de la TCC en la depresión, ofreciendo un modelo de intervención adaptable a otros casos. Asimismo, se insta a impulsar el desarrollo e implementación de programas preventivos y de promoción de la salud mental enfocados en la depresión en mujeres, considerando los factores de riesgo específicos y las necesidades particulares de esta población, con el fin de promover la detección temprana y el abordaje integral de esta problemática.

VI. REFERENCIAS

- Abal, F.J.P., Ursino, D.J. y Attorresi, H.F. (2022). Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (versión reducida): análisis con la teoría de respuesta al ítem. *Rev CES Psico*, 15(1), 1-23. <https://dx.doi.org/10.21615/cesp.5830>.
- Acevedo, M. Y., & Gélvez, L. M. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, (55), 146–158. <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/1001>
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., y Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(3), 288–295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Asdaq, S. M. B., Alshehri, S., Alajlan, S. A., Almutiri, A. A., & Alanazi, A. K. R. (2024). Depression in persons with disabilities: a scoping review. *Frontiers in public health*, 12 <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1383078>
- Bados, A. y García, E. (15 de abril de 2010) *La técnica de la reestructuración cognitiva*. <https://es.scribd.com/document/710807685/Bados-A-Garcia-E-2010-La-Tecnica-de-La-Reestructuracion-Cognitiva>
- Beck, A.T., Rust, A.J, Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*, (2nd). <https://psycnet.apa.org/fulltext/2011-22098-000.pdf>

- Becoña, E. y Oblitas, L. (s.f). *Terapia Cognitivo-Conductual: Antecedentes Técnicas*. *Veritas*, 3(3), 49-70. http://www.revistaliberabit.com/liberabit03/elisa_becon_a_iglesias.pdf / es
- Berná-Ruiz, J. (2016) *Intervención Cognitiva Conductual en un Caso de Depresión Mayor Moderada* [Trabajo de grado, Universidad Miguel Hernández]. Repositorio de la Universidad Miguel Hernández. <https://dspace.umh.es/bitstream/11000/2991/1/TFG%20Bern%C3%A1%20Ruiz%2C%20Jennifer.pdf>
- Berrío, N. (2019), *Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso*. *Revista de diagnóstico psicológico, psicoterapia y salud*, 3(10), 1-14. <https://doi.org/10.5093/cc2019a21>
- Caballo, V. (1998). *Tratamiento de los trastornos emocionales en psicoterapia*. Moderna
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Editorial siglo XXI.
- Calderón, E. (2020) *Intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión* [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio de la UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4654>
- Camacho, J. M. (2003) *El ABC de la Terapia Cognitiva*. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Castillero, O. (2018). *Psicología y Mente: Método Socrático: qué es y cómo se aplica en la psicología*. <https://psicologiaymente.com/clinica/metodo-socratico>
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., y Saxena, S. (2016). *Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis*. *The Lancet. Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30024-4)

- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. W. H. Freeman y Co.
- Cruz, N. (2019). *Aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual en un caso de trastorno depresivo recurrente* [Tesis de especialización, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio de la Universidad Pontificia Bolivariana. <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/8435/39169.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., y Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine*, 10(5), e1001439. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162–167. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
- Dobson, K. S. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.). Guilford Press.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. Birch Lane Press.
- Feijoo-Gamboa, A. P. (2021). Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo conductual para un caso de trastorno depresivo recurrente [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio de la Universidad de San Martín de Porre. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/9648>
- Fiestas, N. L. (2020). *Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura, 2019* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/41482>

- Golfried, M., & Davison, G. (1981). *Técnicas terapéuticas conductuales*. Editorial Paidós
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (2009). *Handbook of depression*, (2nd). Handbooks in Psychology
- Gutierrez, K. M. (2022). *Depresión y factores asociados en adolescencia media y tardía en el Perú* [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/341747a0-7ffa-4057-bd88-f3cbe5d8c74f/content>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., y Fang, A. (2012). *The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses*. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Huaynates, M. (2019) *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa* [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio de la UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/3489>
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Pearson Publications Company.
- Kerlinger, F. N. (2002). *Investigación del comportamiento*, (4nd). McGraw-Hill Companies.
- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet. Psychiatry*, 4(2), 146–158. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30263-2)
- Labrador, F. J. (2001). *Manual de Técnicas de modificación y Terapia de Comportamiento*. Pirámide ediciones.
- León, R. P. (2021). *Depresión en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín – 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio de la Universidad Peruana Los Andes.

<http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/3135/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Martínez-González, L., Olvera-Villanueva, G., & Villarreal-Ríos, E. (2018). Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. *Rev Enferm IMSS*, 26(2), 99–104. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80649>

McNeil, D. W., Ries, B. J., & Turk, C. L. (1995). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. The Guilford Press.

Navarro, M. M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único* [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio de la Universidad del Norte. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ochoa, C., Cruz, A. F., & Moreno, N. D. (2015). Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad actual?. *Revista Colombiana De Ciencias Sociales*, 6(1), 113–135. <https://doi.org/10.21501/22161201.1211>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depresión*. Centro de Prensa.

Payne, R. A. (1998). *Técnicas de relajación: Guía práctica*. Paidotribo Editorial.

Pissani, G.A. (2022). *Estudio de caso clínico: intervención desde la terapia cognitivo conductual en un caso de depresión* [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio de la Universidad de San Martín de Porres. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4787967?show=full>

- Pissani-Contreras, G. A. (2022). *Estudio de caso clínico: Intervención desde la Terapia Cognitivo Conductual en un Caso de Depresión* [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio de la Universidad de San Martín de Porres. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10603/PISSANI_CG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Puerta, J. V., & Padilla, D. E. (2011). Terapia cognitiva – conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Requena, C. (2022). *Intervención cognitiva conductual en depresión en una mujer adulta*. [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio de la UNVF. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6164>
- Richards, D., y Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329–342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004>
- Robles, Y., y Padilla, M. (2023). Adaptación de la Escala De Autoestima de Rosenberg en Lima Metropolitana. *Anales De Salud Mental*, 34(2), 9-20. <https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/article/view/35>
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (3), 261-270.
- Ruiz, A., Diaz, M., y Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Salomón, I. P. (2018). *Trabajo académico de aplicación profesional en el ámbito laboral: “Caso clínico episodio depresivo leve”* [Tesis postgrado, Universidad Nacional de San Agustín].

Repositorio de la Universidad Nacional de San Agustín.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/items/4c9b91d7-8322-41bc-8565-3290534c72c2>

Samaniego, I., & López, L. (2021). Programa terapéutico cognitivo conductual grupal, y reducción de síntomas depresivos en una muestra de adolescentes que asisten al Centro de atención integral (CAI). *Redes*, 1(13), 113–124.

<https://revistas.udelas.ac.pa/index.php/redes/article/view/139>

Sibaja-Molina, J. (2024). Trastorno depresivo persistente: Evaluación clínica y abordaje psicoterapéutico desde la terapia cognitivo conductual. Estudio de caso único. *Clínica Contemporánea*, 15(1), Artículo e2. <https://doi.org/10.5093/cc2024a2>

Smith, T., Panfil, K., Bailey, C., y Kirkpatrick, K. (2019). Cognitive and behavioral training interventions to promote self-control. *Journal of Experimental Psychology. Animal Learning and Cognition*, 45(3), 259–279. <https://doi.org/10.1037/xan0000208>

Universidad Nacional Federico Villarreal (2018). *Código de ética*. Universidad Nacional Federico Villarreal

Velasquez, O., y Yulisa, E. (2024). *Niveles de depresión en mujeres con cáncer de mama de un hospital de Lima Norte* [Tesis de pregrado, Universidad Femenina del Sagrado Corazón].

Repositorio de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón.

<https://repositorio.unife.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a4b9c0f2-0139-4219-9be9-d618fc083f51/content>

Villarreal-Zegarra, D., Copez-Lonzoy, A., Paz-Jesús, A., & Costa-Ball, C. D. (2017). Validez y confiabilidad de la Escala Satisfacción Familiar en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, Perú. *Actualidades en psicología: AP*, 31(123), 89.

<https://doi.org/10.15517/ap.v31i123.23573>

VII ANEXOS



NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA

ANEXO N° 12

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Establecimiento de Salud: [Redacted]

Señor (a) [Redacted] viene a este Establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por el profesional médico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes deberán aprender sobre la enfermedad que usted tiene; solo observarán, tal vez podrán entrevistarlos (a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente; siempre y cuando usted autorice que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que le realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre el cual aclararemos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N° 28733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las Leyes y su Reglamento en mención.

Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su CONSENTIMIENTO si así usted lo considera, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para REVOCAR o DESAUTORIZAR en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, esta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: [Redacted]
Yo, [Redacted] Historial Clínico N° [Redacted] declaro haber leído y entendido el contenido de este consentimiento informado, se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resuelvo todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo N° 013-2006-SA; SI () NO () doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o forma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado (a):

SI consiento que sea grabado: Video ()
NO consiento que sea grabado: Video ()

Audio () Toma fotográfica ()
Audio () Toma fotográfica ()

Firma o huella digital del paciente o representante legal
D.N.I. 44924584

Firma y sello del profesional de la salud que recibe el consentimiento informado
D.N.I. [Redacted]
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD MANTARO
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha: de del 202.....

Firma o huella digital del paciente o representante legal
D.N.I.

Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria
D.N.I.
Nota: Cualquier profesional de la salud

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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

hecho.

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

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo.

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

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11. Agitación

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

12. Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 24 - pts
