



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA JOVEN
CON DEPRESIÓN**

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Serrano Cárdenas, Judith Ofelia

Asesor:

Solano Melo, Cristian Alfonso
(ORCID: 0000-0001-6669-4330)

Jurado:

Vallejos Flores, Miguel

Cirilo Acero, Ingrid

Correa Aranguren, Iris

Lima - Perú

2022

Referencia:

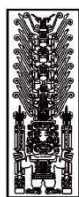
Serrano, J. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta joven con depresión*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6026>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

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



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA JOVEN CON DEPRESIÓN

Línea de investigación: Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

Terapia Cognitivo Conductual

Autora

Serrano Cárdenas, Judith Ofelia

Asesor

Solano Melo, Cristian Alfonso

(ORCID: 0000-0001-6669-4330)

Jurado

Vallejos Flores, Miguel

Cirilo Acero, Ingrid

Correa Aranguren, Iris

Lima – Perú

2022

Pensamientos

“He encontrado el significado de mi vida ayudando a los demás a encontrar en sus vidas un significado”

Viktor Frankl

“La única forma de hacer un gran trabajo, es amar lo que haces”

Steve Jobs

Dedicatoria

El presente trabajo lo dedico a
Dios, porque Gracias a Él estoy
logrando cumplir mis metas en
el aspecto profesional.

Agradecimiento

A mis padres por su cariño y apoyo incondicional, por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre, gracias. Así también, a toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas. Por último, a mi esposo, por estar conmigo en todo momento, con su amor, paciencia, esfuerzo y apoyo incondicional permitiéndome llegar a cumplir hoy un sueño más.

Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Lista de figuras	vi
Lista de tablas	vii
Resumen	x
Abstract	xi
I. Introducción	12
1.1.Descripción del problema	13
1.2.Antecedentes	13
1.2.1. Antecedentes nacionales	13
1.2.2. Antecedentes internacionales	15
1.2.3. Fundamentación teórica	17
1.2.3.1. Depresión	17
1.2.3.2. Terapia cognitivo conductual	25
1.3.Objetivos	30
1.4.Justificación	31
1.5.Impactos esperados del trabajo académico	32
II. Metodología	34
2.1.Tipo y diseño de investigación	34
2.2.Ámbito temporal y espacial	34
2.3.Variable de investigación	35
2.3.1. Variable dependiente	35
2.3.2. Variable independiente	35

2.4.Participantes	35
2.5. Técnicas e instrumentos	36
2.5.1. Técnicas	36
2.5.2. Instrumentos (ficha técnica, descripción, validez y confiabilidad del instrumento)	40
2.5.3. Evaluación psicológica.	42
2.5.4. Evaluación psicométrica.	50
2.5.5. Informe psicológico integrador	60
2.6. Intervención	65
2.6.1. Plan de intervención y calendarización	65
2.6.2. Programa de intervención	71
2.7. Procedimiento	99
2.8. Consideraciones éticas	100
III. Resultados	101
3.1. Análisis de resultados	101
3.2. Discusión de resultados	106
3.3. Seguimiento	109
IV. Conclusiones	110
V. Recomendaciones	111
VI. Referencias	112
VII. Anexos	120

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Lista de chequeo de la conducta problema: Depresión Frecuencia semanal</i>	51
Tabla 2. <i>Resultados del cuestionario de personalidad de Eysenck</i>	52
Tabla 3. <i>Resultados Matrices Progresivas</i>	54
Tabla 4. <i>Resultados del del Test de Depresión de Zung</i>	55
Tabla 5. <i>Resultados BDI-II</i>	56
Tabla 6. <i>Resultados IPA</i>	57
Tabla 7. <i>Análisis funcional</i>	61
Tabla 8. <i>Evaluación psicológica</i>	65
Tabla 9. <i>Programa de intervención cognitivo – conductual</i>	66
Tabla 10. <i>Sesiones de seguimiento</i>	70
Tabla 11. <i>Calendario de sesiones</i>	70
Tabla 12. <i>Autoregistro de pulsaciones</i>	76
Tabla 13. <i>Autoregistro de pulsaciones</i>	76
Tabla 14. <i>Cuadro de Programa de actividades</i>	77
Tabla 15. <i>Autoregistro de pulsaciones</i>	78
Tabla 16. <i>Cuadro de Programa de actividades</i>	78
Tabla 17. <i>Cuadro de Programa de actividades con dominio y agrado</i>	80

Tabla 18. <i>Cuadro de Programa de actividades con dominio y agrado</i>	80
Tabla 19. <i>Registro de actividades positivas agradables</i>	82
Tabla 20. <i>Recompensas</i>	82
Tabla 21. <i>Tareas</i>	83
Tabla 22. <i>Situación inicial A, registro de situación, pensamiento/emoción y conducta.</i>	88
Tabla 23. <i>Situación B: Triple columna</i>	88
Tabla 24. <i>Prueba de realidad los pensamientos negativos</i>	89
Tabla 25. <i>Registro de pensamiento</i>	90
Tabla 26. <i>Cognición-preguntas</i>	91
Tabla 27. <i>Cognición-preguntas</i>	93
Tabla 28. <i>Registro de identificación de conducta, agresiva, pasiva o asertiva</i>	95
Tabla 29. <i>Autoregistro de la conducta asertiva</i>	96
Tabla 30. <i>Cuadro de solución de problemas</i>	97

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. <i>Ficha de psicoeducación sobre programación de actividades graduales</i>	75
Figura 2. <i>Ficha de psicoeducación sobre conteo de pulsaciones</i>	75
Figura 3. <i>Cuadro de situación, pensamiento, sentimiento y conducta I</i>	85
Figura 4. <i>Cuadro de situación, pensamiento, sentimiento y conducta II</i>	85
Figura 5. <i>Cuadro de pensamiento, sentimiento y conducta III</i>	90
Figura 6. <i>Frecuencia del área motor según lista de chequeo de la conducta pre test – post tratamiento</i>	101
Figura 7. <i>Frecuencia del área cognitiva según lista de chequeo pre test – post tratamiento</i>	102
Figura 8. <i>Frecuencia del área emocional según lista de chequeo pre test – post tratamiento</i>	103
Figura 9. <i>Frecuencia del área fisiológica según lista de chequeo pre test – post tratamiento</i>	103
Figura 10. <i>Nivel de depresión test de Zung, pre y post tratamiento</i>	104
Figura 11. <i>Nivel de depresión según inventario de depresión de Beck II (BDI-II) pre y post tratamiento</i>	105
Figura 12. <i>Nivel de pensamientos automáticos (IPA) (RUIZ Y LUJAN, 1991) pre y post tratamiento</i>	105

Resumen

Se desarrolla un caso psicológico de intervención cognitiva conductual de depresión moderada en una mujer adulta de 32 años, se realizó la revisión teórica de la depresión y los programas de intervención de caso único basados en evidencia para la depresión. Se elaboró una historia clínica cognitivo conductual y se aplicaron instrumentos como el Inventario de Personalidad de Eysenck forma B, el Test de Matrices Progresivas Raven, el Test de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), el Inventario de Pensamientos Automáticos – IPA (Ruiz y Lujan 1991) y se usaron registros cognitivos conductuales, también se efectuó una evaluación clínica de los criterios diagnósticos de la depresión. Se diseñó un programa de tratamiento que contenía técnicas como Técnicas de Relajación, Programación de Actividades, Técnica de Dominio y Agrado, Actividades Positivas Agradables, Tareas graduales, Reestructuración Cognitiva, Entrenamiento en Asertividad y Técnica de Solución de Problemas. Se empleó el diseño experimental de caso único ABA y los resultados confirman la eficacia del tratamiento de la sintomatología depresiva, demostrando el logro de los objetivos terapéuticos.

Palabras clave: depresión moderada, terapia cognitiva conductual, mujer adulta.

Abstract

A psychological case of cognitive behavioral intervention for moderate depression is developed in a 32-year-old adult woman, the theoretical review of depression and evidence-based single-case intervention programs for depression were carried out. A cognitive-behavioral clinical history was prepared and instruments such as the Eysenck Personality Inventory form B, the Raven Progressive Matrices Test, the Zung Depression Test, the Beck Depression Inventory II (BDI-II), the Depression Inventory of Automatic Thoughts - IPA (Ruiz and Lujan 1991) and behavioral cognitive registers were used, a clinical evaluation of the diagnostic criteria of depression was also carried out. A treatment program was designed that contained techniques such as Relaxation Techniques, Activity Programming, Mastery and Pleasure Technique, Pleasant Positive Activities, Gradual Tasks, Cognitive Restructuring, Assertiveness Training and Problem Solving Technique. The ABA single case experimental design was used and the results confirm the efficacy of the treatment of depressive symptomatology, demonstrating the achievement of the therapeutic objectives.

Keywords: moderate depression, cognitive behavioral therapy, adult woman.

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la depresión es un problema que daña a más 300 millones de individuos a nivel mundial (Luna-Reyes et al., 2017). De acuerdo a las cifras de la OMS, unas 800 000 personas se suicidan anualmente, siendo la segunda causa de fallecimiento en el grupo etario de adolescentes y jóvenes hasta los 30 años (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2017).

En la actualidad, la depresión es concebida de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades – Décima Versión de la OMS (CIE-10) como una condición de insatisfacción por las cosas y falta de interés recurrente. También con pérdida de energía y escasa actividad corporal, sentimientos de baja autoestima y de culpa. Todo esto afectando en gran medida a las actividades diarias, importantes y metas a futuro de la persona (Ministerio de Salud [MINSA], 2007).

El objetivo de la presente investigación es diseñar un estudio de caso único clínico de una mujer adulta joven que presenta depresión moderada.

El estudio de caso se divide en siete apartados. El primer apartado (I), expone la descripción del problema, los antecedentes nacionales e internacionales, la fundamentación teórica sobre la variable depresión y la variable terapia cognitivo conductual, los objetivos para disminuir la sintomatología depresiva y la justificación e impactos esperados del estudio de caso.

El segundo apartado (II), presenta la metodología, el tipo, diseño y variables de investigación, concepto de las diferentes técnicas e instrumentos utilizados, el informe psicológico de cada instrumento utilizado y el informe integral con los resultados obtenidos, posteriormente se presenta el plan de intervención y calendarización del programa de intervención cognitivo conductual. En el tercer apartado (III), se expone el análisis de los

resultados del tratamiento. En el cuarto apartado (IV), se presentan las conclusiones. En el quinto (V), las recomendaciones. En el sexto (VI), las referencias y, por último, en el séptimo apartado (VII), los anexos.

1.1. Descripción del Problema

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2013) en el Perú al menos un 37% de las personas podría sufrir de algún trastorno mental, teniendo una prevalencia en Lima Metropolitana de un 18,23%, en la Sierra peruana de 16,24% y en la Selva de 21,45%.

Se estima que al menos dos millones de ciudadanos en nuestro país sufren de Depresión. De acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, unas 334 personas se suicidaron en el 2016, siendo entre estas, 267 a causa de la depresión. (Diario El Comercio, 2018).

La depresión según el género afecta más a la población de mujeres (OMS, 2017) con 5,1%, a diferencias de los hombres que sólo afecta en un 3,6%. Con respecto a la prevalencia, en mujeres adultas alcanza un punto máximo de afectación en un 7,5%, siendo esta cifra también mayor al de los hombres 5,5%.

Dicho esto, aún se sigue estudiando como las características propias de la población femenina influye en ellas a ser más proclives a cuadros depresivos (Blehar y Oren, 1997).

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Huaynates (2019), realizó un estudio de caso en Lima para reducir la sintomatología depresiva en una mujer adulta de 40 años, por medio de la intervención cognitivo conductual. Los instrumentos utilizados fueron: entrevista, línea base, auto registros, análisis funcional y cognitivo, Inventario de Beck y la Escala de Personalidad de Eysenck. Se aplicaron las técnicas

cognitivas conductuales de relajación, auto instrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva. Por medio de un diseño Univariable Multicondicional ABA, con el propósito de reestructurar los pensamientos que conducen a emociones y comportamientos dañinos. Se obtuvieron como resultados un descenso del nivel de depresión, ya sea en sus pensamientos, emociones y comportamiento efectivo. Se concluye que las técnicas cognitivas conductuales son efectivas para los casos de depresión.

López (2016), llevó a cabo el estudio “Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto de 29 años”, en Lima, teniendo como objetivo el disminuir los niveles de la sintomatología depresiva. Para ello usó como instrumento el Inventario de depresión de Beck BDI – II y se concluyó en un episodio depresivo moderado. Así mismo, elaboró una línea base, diagnóstico funcional y sesiones de psicoterapia. Las técnicas cognitivas conductuales fueron la Psicoeducación, relajación, asertividad, resolver problemas, modificación de creencias y debate socrático. Los resultados arrojaron desde un puntaje pre test de 28, a un puntaje de 9 post test, del Inventario de Beck, concluyendo que el tratamiento tuvo efectos favorables en el paciente y su disminución de la sintomatología depresiva.

Manrique (2016), efectuó un estudio llamada “Efectividad de un Programa Cognitivo-Conductual en la inteligencia emocional y resolución de problemas en estudiantes de Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega”. De tipo experimental, diseño cuasi experimental con grupo pre y post test, tuvo un grupo de 54 sujetos. Se aplicó un Programa de intervención cognitivo conductual y como instrumento se usaron el Inventario Ice de Baron y la Escala de Habilidades de Resolución de Problemas Sociales. Los resultados evidenciaron la efectividad de la intervención en los estudiantes de la Universidad Ica Garcilaso de la Vega, con diferencias en los resultados en las áreas intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad y estado de ánimo, de igual forma, un incremento en la habilidad resolutiva.

Álvaro (2018), hizo un estudio de caso en Lima con el objetivo de disminuir los niveles de síntomas depresivos en una paciente joven de 22 años. Para ello aplicó un programa de intervención cognitiva conductual usando el diseño de caso único Univariable Multicondicional ABA. Asimismo, para evaluar los síntomas se usó el inventario de depresión de Beck. Las técnicas terapéuticas fueron la Psicoeducación, la activación conductual, resolver problemáticas, modificación de creencias y relajación, técnicas de afrontar, entrenamiento asertivo. Los resultados arrojaron el paso desde una sintomatología moderada a la ausencia de depresión enfocada en la disminución de la ansiedad y las creencias disfuncionales.

Céspedes (2019), realizó un estudio titulado “Propuesta de un programa cognitivo conductual para superar la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en una clínica de Chiclayo, 2016”. Con una muestra de 200 pacientes entre jóvenes y adultos (20 a 75 años) aplicando un diseño no experimental. Como instrumento se utilizó el Inventario de depresión de Beck y datos estadísticos descriptivos. Se procesó la información por programa SPSS. En sus resultados, poco menos de la tercera parte se ubicaba en un nivel de depresión grave.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Caballero (2014), realizó un estudio con la finalidad de proponer un programa cognitivo conductual para la depresión en mujeres mexicanas. La muestra estuvo integrada por 15 mujeres jóvenes y adultas con diagnósticos de depresión moderada a severa. Se usó un diseño pre experimental con evaluación antes y después. Para la evaluación se utilizó como instrumento la Escala de auto medición de Zung para la depresión. El programa de intervención se basó en seis sesiones de dos horas de duración con periodicidad semanal; con técnicas de, programación de actividades, asignación de tareas graduales y modificación de pensamientos automáticos negativos. Los resultados arrojaron significativas diferencias entre los niveles de la depresión antes (promedio = 59.5) y después del tratamiento (promedio = 46.1), concluyendo en una disminución de la depresión.

Antón et al. (2016) realizó un estudio en España con la finalidad de evaluar los impactos de la aplicación de una intervención cognitiva conductual para la reducción de la depresión en una adolescente (18 años). Para ello, se usaron los instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, el inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA y la escala de Alexitimia de Toronto. Las técnicas terapéuticas que se usaron fueron la Psicoeducación, la activación conductual, las auto instrucciones, ejercicios de respiración con el diafragma, aserción, y modificación de creencias. Los resultados arrojaron diferencias entre la evaluación pre test (31) – post test (17) de los puntajes generales, si bien, se demuestra la efectividad en la reducción de síntomas depresivos, no se generaron efectos significativos en la ansiedad y autoestima.

Siguiendo con los estudios, Rubio (2015) efectuó en Colombia un estudio de caso con la finalidad de cotejar los resultados de la terapia cognitiva conductual enfocada en Aaron Beck en una paciente de 29 años con depresión doble más distimia, y rasgos obsesivos de personalidad. Las técnicas usadas fueron la Psicoeducación, los registros de conducta, las tareas conductuales, diálogo socrático, reestructuración cognitiva, programación de actividades, habilidades sociales, entrenamiento en asertividad, y otros. Las técnicas de evaluación fueron la entrevista, el Cuestionario de Esquemas de Young YSQL2 y otros. Después de la intervención, los resultados evidenciaron una remisión de gran parte de la sintomatología de la paciente.

Prada et al. (2012), en Costa Rica realizó la investigación “La efectividad de la terapia cognitiva de la depresión en cuatro mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años”. El objeto de esta investigación fue de evaluar los resultados de aplicar un programa de tratamiento acorde a la terapia cognitiva de Aaron Beck. En total fueron entre 12 a 15 sesiones. De método mixto con predominancia cualitativa, los instrumentos que se utilizaron fueron el Inventario de Depresión de Beck, lista de Competencias para terapeutas cognitivos de Beck, y la tabla

de Cotejo para la evaluación de las técnicas cognitivas y conductuales de Cáceres, Gonzales, Quiroz y Solano. En general la intervención constó de 5 etapas y se utilizaron diversas técnicas como la modificación de creencias, la programación de actividades, entre otros. Los resultados arrojaron la modificación de las distorsiones cognitivas, sentimientos negativos, actividades disfuncionales, proclives a la depresión como se evidenciaron en los registros y entrevistas, además de una disminución considerable entre las pre pruebas y post pruebas.

Alcázar et al. (2017), llevaron a cabo el estudio “Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla”, en México. Tuvieron el objetivo de examinar los efectos de un programa de intervención cognitiva conductual, a un paciente joven de 33 años que había sufrido un accidente en las vías y posterior incapacidad permanente. Se usó un diseño de caso único, en total fueron 10 sesiones de una hora aproximadas. Los instrumentos que se tomaron fueron el inventario de depresión de Beck-I, el Cuestionario sobre la salud del Paciente, el test de medidas de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5, entre otros como el genograma, mapa clínico, etc. Las técnicas usadas fueron la Psicoeducación, la regulación emocional, la reestructuración cognitiva, la relajación, pensamientos alternos, auto instrucciones, parada de pensamiento, diálogo socrático, entre otros. Los resultados comparativos de los exámenes pre y post tratamiento arrojaron efectos considerables en la disminución de los síntomas depresivos como la tristeza, irritabilidad y fomentó pensamientos alternativos, responsabilidad emocional y un incremento de habilidades sociales, concluyendo que el enfoque cognitivo conductual es eficaz en las terapias del trastorno.

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1. Depresión

Definición de depresión

La OMS (2016) menciona que la depresión es una perturbación mental que presenta características como: tristeza, bajo interés, dificultad para disfrutar de la vida, sentimientos de culpa, agotamiento, problemas en el sueño y/o apetito. Siendo una problemática muy grave de salud, que en ocasiones resulta en el suicidio.

Beck et al. (2010), conciben a la depresión como una situación del paciente donde mantiene actitudes que son contraproducentes pues le generan malestar emocional pese a que puede existir evidencia en contra. Se trata del modo como un individuo estructura su mundo bajo un conjunto de esquemas que interpreta la realidad del sujeto de forma pesimista y este evita relacionarse con su mundo o se relaciona de manera que perpetúa las mismas creencias, y por ende los esquemas depresivos.

La depresión se manifiesta en formas de diversos síntomas que podemos clasificar en afectivo, motivacionales, cognitivos y conductuales (Beck et al., 2010), siendo los primeros: Tristeza, cólera inducida, distracción, humo, limitación de las expresiones de disforia, llanto “incontrolable”, culpa, vergüenza, ira, ansiedad. Y también en síntomas motivacionales: ausencia de la motivación positiva y aumento de la tendencia a la evitación, dependencia. Luego tenemos a los síntomas cognitivos: indecisión, percepción de los problemas como abrumadores, autocrítica, pensamientos dicotómicos, problemas de memoria y dificultades de concentración. Posteriormente, tenemos los síntomas conductuales son: pasividad, evitación e inacción, afrontamiento a dificultades prácticas, problemas con las habilidades sociales. Finalmente, los síntomas fisiológicos son: desorden del sueño, alteraciones sexuales y del apetito. (Beck et al., 2010).

Para Vallejo (2011), la depresión se puede comprender en base a tres conceptos: síntoma o trastorno de la psiquis, síndrome en términos de agrupación de determinados criterios

psicológicos que se padecen (tristeza, baja autoestima y desgano) y enfermedad, dentro de la medida en que se identifique un origen o sustrato biológico en el que se delimita.

Asabache e Iglesias (2003), señalan que el trastorno depresivo se formula por una cognición distorsionada del yo, de las situaciones que suceden a su alrededor y de lo que le espera en el futuro ocasionando una alteración en el estado de ánimo llevando al sujeto a tener una postura apática y desmotivante.

Para Ríos (2016), la sintomatología de la depresión varía de sujeto en sujeto, pasando por 4 fases. La primera fase. Desencadenante, evento traumático que le ocurre al individuo y no sabe cómo responder a ello. Segunda fase. Asentamiento, es el mantenimiento del estado triste más tiempo de lo esperado en el sujeto. Tercera fase. Asentamiento de la depresión, presencia de pensamientos limitantes y negativos que escapan a su control, abandono de actividades agradables y ausencia de motivación en realizar las tareas cotidianas. Cuarta fase, tenemos el incumplimiento de responsabilidades, desgano, aislamiento, apatía. Llevando a pensamientos suicidas recurrentes (Ríos, 2016).

Modelos explicativos de la depresión

a) Modelo neurobiológico

La depresión es un fenómeno multicausal en donde convergen diversos factores en distintos niveles como son los factores genéticos, los biológicos y los psicosociales. Conforme ha ido avanzando las neurociencias y las técnicas de evaluación en imágenes, se han podido estudiar e identificar cada vez más exactos los correlatos neurobiológicos de la depresión. La amígdala y la corteza pre frontal son sustratos aquí fundamentales para la depresión en la medida que se encuentren anomalías en sus regiones (Drevets, 2001).

La amígdala es una orden límbica implicada en el proceso de emociones, realiza el papel de revelar y regular las intimidaciones e intermedia en las respuestas emocionales limitadas (Sánchez-Navarro & Román, 2004). La corteza pre frontal tiene un papel en la

estructura temporal del comportamiento, así como en la ordenación emocional. Dicho todo esto, se ha demostrado una disfunción cortical pre frontal dorsolateral y ventrolateral en el trastorno depresivo mayor (Brody et al., 2001). Y una hiperreactividad límbica a las incitaciones tristes que determinan el estado del trastorno depresivo. (Price y Drevets, 2009).

b) Modelo cognitivo conductual

De acuerdo al modelo de intervención cognitivo conductual, la depresión se explica bajo dos enfoques. El primero, el enfoque conductual, el cual, expone el manejo de las conductas a partir de las teorías del aprendizaje. Las primeras aportaciones hacia la comprensión conductual de trastornos como la depresión, fueron emitidas por Skinner (1953), quien postuló que la depresión es explicada como una “reducción generalizada en la frecuencia de conductas”, de la misma forma Ferster (1965), Lewinsohn (1974) y Castello (1972) confirman que el trastorno depresivo se caracteriza por la disminución de reforzadores positivos que le ayudan al sujeto a manejar el medio que le rodea (Belloch et al., 1995).

El enfoque es el cognitivo, se centran en que el cambio de ideas se logra a través del control de los sentimientos más intensos ya que estas están basadas en las ideas (Beck, 1983). Este enfoque considera los patrones cognitivos negativos como causantes de los signos y síntomas del síndrome depresivo. Por ejemplo, si el sujeto piensa equivocadamente que va a ser rechazado, reaccionará manera negativa (tristeza, enfado) como si el rechazo fuera real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo. (Beck, 1983).

Según Motta (2013), existen diversas teorías para comprender el fenómeno de la depresión el cual han puesto en el centro de la atención a las cogniciones principalmente:

1. Teoría del procesamiento de la información: la persona es un sistema dentro de un medio cambiante y exigente de capacidades, habilidades y destrezas para su adaptación y conocimiento de sí mismo y del mundo. El cual, provoca una transformación a nivel cognitivo que afecta sus emociones y conductas. (Motta, 2013).

2. Teorías cognitivas sociales: La persona percibe las situaciones externas del mundo y sobre ellas genera expectativas negativas y sentimientos de indefensión que lo llevan a elaborar una visión negativa de desesperanza y sentimientos de derrota. Motta(2013).

Causas de la depresión

La depresión es un fenómeno con múltiples factores explicativos o de riesgo en donde pueden converger más de un factor, siendo estos del ambiente o propios de la vulnerabilidad del sujeto. (Méndez, 2007, citado en Flores, 2019):

a) Factores Ambientales

- Relaciones Padre-Madre: La relación que tienen las figuras paternas es fundamental en la aparición o protección de problemas emocionales. Un gran porcentaje de los casos depresivos se da por los conflictos hasta rupturas de los padres. El hogar deja de ser un ambiente natural de reforzamiento social de felicidad y los hijos son simples espectadores con pocas posibilidades de cambiar la situación (Méndez, 2007, citado en Flores, 2019).
- Relaciones Padres-Hijos: La crianza de las figuras paternas también es un factor crucial en la aparición de la sintomatología depresiva. Por un lado, puede haber padres con una crianza autoritaria, rígida, fría, violenta y en casos extremos de abuso físico, sexual y maltrato grave; y por el otro lado padres permisivos, ausentes, y en casos extremos negligentes o que abandonan. En ambas situaciones afecta en sobremanera la autoestima de los hijos que sienten el rechazo y desamor por parte de las figuras más importantes de sus vidas (Méndez, 2007, citado en Flores, 2019).
- Relaciones Hermanos-Hermanos: También las relaciones entre los hermanos influyen en el estado anímico y bienestar, aún más cuando se dan situaciones de maltrato, abuso y aislamiento. Si esto está acompañado de diferencias considerables de edad y

negligencia paternal, podría desencadenar sintomatología depresiva (Méndez, 2007, citado en Flores, 2019).

- Relaciones escolares y sociales: Después de la familia, el ambiente escolar y comunitario se consideran los lugares importantes para la vida de una persona. Podría decirse que los docentes en la etapa escolar primaria son de relevancia, mientras en la adolescencia y la etapa secundaria, los compañeros de clase llegan a ser piezas claves en la vida emocional, amorosa y académica de los estudiantes (Méndez, 2007, citado en Flores, 2019).

b) Factores Personales (Méndez, 2007, citado en Flores, 2019).

- Vulnerabilidad Biológica: Múltiples investigaciones han encontrado relaciones significativas entre padres con depresión e hijos con tendencia a la sintomatología depresiva.
- Vulnerabilidad Psicológica: La historia de aprendizaje, los contactos previos con los estímulos negativos, la personalidad y otros problemas de conducta, son predisponentes para la sintomatología depresiva.
- Vulnerabilidad Social: Tenemos aquí la carencia de habilidades interpersonales con pares, y las habilidades con el sexo opuesto. Como predisponentes a la depresión.

Clasificación de la depresión

De acuerdo a Méndez (2007, citado en Flores, 2019), la depresión puede clasificarse de acuerdo a los siguientes criterios empleados:

- A. *Según su naturaleza*: primaria, si la depresión se presenta en forma independiente, o secundaria, si ésta es efecto de otros malestares.
- B. *Según su complejidad*: unipolar, cuando se presenta sola; bipolar, cuando existen etapas depresivas y otras maníacas, alternándose en un estado anímico que fluctúa constantemente.

C. Según su severidad: se diferencia entre depresión propiamente dicha; o distimia, cuando esta no reúne los requisitos suficientes para una depresión tal.

E. Según su origen: endógena, cuando después de evaluaciones psicosociales no se encuentra razones o explicaciones externas, asumiendo que la causa es la disfunción orgánica del cerebro; exógena, cuando se encuentra en la historia del paciente una vulnerabilidad y situaciones altamente estresantes y frustrantes.

Aspectos clínicos de la depresión según CIE 10

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE 10] (OMS, 1992) describe los episodios depresivos (F32), como la disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, viéndose afectado la autoestima dado a su perspectiva sombría del futuro, llegando incluso a pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones. Puede acompañarse se síntomas somáticos como trastornos del sueño, pérdida del apetito, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido.

Clasificación de episodios depresivos según CIE 10

Según la severidad del episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

El Episodio depresivo leve F32.0 (OMS, 1992, p.67)

“En donde el paciente, aunque siente algunos de los síntomas, aún pueden continuar con su vida”. Para que el paciente se encuentre en esta categoría debe contar con lo siguiente:

A. Corresponden efectuar los juicios universales de episodio depresivo (F 32)

B. Representación mínima de dos de los tres indicios subsiguientes:

1. Humor depresivo a un nivel visiblemente inaudito para la persona, latente gran porción del día y casi a diario.

2. Quebranto de interés o de la capacidad de disfrute en acciones que regularmente fueron satisfactorias.
3. Baja de energía o acrecentamiento del agotamiento.

C. Conjuntamente, tiene que haber presencia de uno o más indicios del subsiguiente detalle:

- Disminución de confianza o desvaloración de uno mismo.
- Emociones no sensatas de reproche a sí mismo o culpabilidad excesiva e impropia.
- Ideologías periódicas de muerte o suicidio, u otro comportamiento suicida.
- Lamentos o ensayos de pérdida en la capacidad de concentración o pensamiento, como laduda o incertidumbre.
- Permuta en la acción psicomotriz, con conmoción o lentitud (subjetiva y objetiva).
- Toda forma de variación del sueño.
- Subida o pérdida de apetito con el propio cambio de peso. (OMS, 1992, p.67)

Episodio depresivo moderado F32.1

Regularmente pueden estar concurrentes 4 o más indicios siendo posible que el pacientetenga muchos problemas para continuar con sus actividades habituales.

- A. Corresponden efectuarse los discernimientos generales de episodio depresivo (F32).
- B. Existencia de, mínimo, 2 de las 3 sintomatologías explicadas en el criterio B de F32.0.
- C. Existencia de sintomatologías agregados del criterio C de F32.0, a fin de sumar un total de mínimo 6 indicios, como: pérdida de confianza o disminución de la autoestima, sentimientos de autorreproche o de culpa excesiva, pensamientos recurrentes de muerte o conducta suicida, disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento, alteración del sueño, cambio en el apetito (aumento odiminución) con el correspondiente cambio de peso.

Puede emplearse una quinta representación para detallar la existencia o desaparición del “síndrome somático”. (OMS, 1992, p.68)

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos F32.2

Se presentan todos los síntomas, y el individuo no puede seguir con su vida con naturalidad. (OMS, 1992, p.68)

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

A las características del episodio depresivo grave se le agregan los síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios; también se observa retardo psicomotor y llegar al estupor. (OMS, 1992, p.69)

Otros episodios depresivos (F32.8)

No reúnen las características de los episodios depresivos antes señalados, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Se incluye depresión atípica y episodios aislados de depresión “enmascarada” Sin especificación.

Episodio depresivo, no especificado (F32.9)

Incluye depresión sin especificación y trastorno depresivo sin especificación. (OMS, 1992, p.69)

1.2.3.2. Terapia cognitivo conductual

Conforme a Ruiz et al. (2012) indican que la terapia cognitivo conductual (TCC) “es la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente” (p.85). Especialmente enfocan, que el comportamiento es aprendido, viable a tener una medición y se puede cambiar. Buscando una variación de pensamientos, conductas y emociones. Separando las conductas inapropiadas, a fin de modificar los procesos cognitivos.

Principios de la Terapia Cognitiva Conductual

En cuanto a los principios de la Terapia Cognitiva-Conductual, Mahoney (1977) indica lo siguiente:

1. El organismo humano responde a las representaciones cognitivas del medio y no al medio propiamente dicho.
2. Las representaciones cognitivas están relacionadas con los procesos del aprendizaje.
3. La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognitivamente.
4. Los pensamientos, sentimientos y conductas son causalmente interactivos.

Terapia cognitivo conductual en depresión.

Para Karlin et al. (2013), la terapia cognitivo conductual proporciona al individuo el aprendizaje de determinadas estrategias, que al ser ejecutadas modifiquen pensamientos y conductas que corresponden a la depresión.

Diversos escritores indicaron que la terapia cognitivo conductual resuelve las intervenciones en los trastornos del estado de ánimo, disminuyendo los síntomas depresivos más que los medicamentos antidepresivos (Hellerstein et al., 2001, en Rosique, 2013). Además, de ello otros estudios han señalado que la TCC posee la singularidad de brindar técnicas que proveen mayores índices de adherencia en el tratamiento para la depresión mayor y menores tasas de reincidencia (Puerta & Padilla, 2011).

a) Modelo Cognitivo de la Depresión según Beck

Ese modelo surge de observaciones sistemáticas e investigaciones experimentales a través del tiempo, reformulándose constantemente. Beck et al. (2010) postula tres conceptos principales: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos o del procesamiento de información, además de las pautas de la intervención:

Triada cognitiva. Hace referencia a tres patrones cognitivos principales:

- La visión negativa del paciente acerca de sí mismo: Según Beck et al. (2010), la persona se percibe como torpe, enfermo, con poco valor. Y sus experiencias desagradables las asume como suyas, siendo sus defectos los culpables. Este círculo vicioso hace que los

problemas no cesen y las creencias se mantengan. Por otro lado, cree que no tiene las capacidades para salir de la situación y lograr la felicidad.

- La visión negativa del paciente acerca del mundo: La persona interpreta su entorno en términos de derrota (Beck et al., 2010). Ya no sólo se percibe así mismo en forma negativa, sino que, al preguntarle al paciente sobre las situaciones de la vida, éste las construye en forma negativa. Además, se le puede mostrar mediante reflexiones que existen explicaciones alternativas a los hechos que le está ocurriendo y podría llegar a darse cuenta de que está tergiversando los hechos.

- La visión negativa acerca del futuro: Es inevitable para las personas realizar proyecciones y planificar su futuro. La persona depresiva piensa que su desgracia ocurrirá de manera indefinida, por lo tanto, concluye que los resultados de su futuro será un fracaso (Beck et al., 2010).

Distorsiones cognitivas o esquemas cognitivos

Beck et al. (2010) definen al esquema cognitivo como aquello que mantiene a través del tiempo actitudes contraproducentes y disfuncionales en la persona depresiva. Un esquema es un patrón cognitivo estable, que se mantiene en el tiempo y permite filtrar los hechos para su interpretación subjetiva. Estos esquemas son diversos y se activan en función a los estímulos y circunstancias de alrededor, pudiendo estar inactivos por mucho tiempo y a pesar de ello, volverse a activar. Finalmente, estos esquemas podrían también determinar a veces el estado de salud y vitalidad del organismo, no sólo el valorativo.

Pensamientos automáticos o errores sistemáticos.

Los errores sistemáticos que tienen origen en el pensamiento del individuo que sufre depresión son los errores que se conservan en las costumbres negativas (Beck et al., 2010). Existen varios errores sistemáticos como la inferencia arbitraria que se puede encontrar en forma de dos procesos, cuando la persona se adelanta a una conclusión sin tener las pruebas o

premisas para llegar a aquella; o cuando existe evidencia contraria y la conclusión errónea persista. La abstracción selectiva, es el proceso donde la persona sólo se centra en un detalle de todo el contexto, ignorando las características más importantes. La persona depresiva se centra en un solo detalle, y justo es el lado negativo, que por más pequeño que sea, actúa en el mundo en base a este. La generalización excesiva, es cuando la persona depresiva desarrolla una regla general para muchas situaciones, pero sólo basándose en hechos aislados o únicos, siendo esta regla incorrecta para comprender y actuar en el mundo. Las situaciones negativas únicas se vuelven principios de vida para comprender que todo terminará irremediabilmente de esa forma. (Beck et al., 2010).

La maximización y minimización, es cuando se evalúa incorrectamente la magnitud, el significado, la importancia de los eventos y se actúa de acuerdo a esta evaluación. Las personas depresivas maximizan los eventos negativos y minimizan los eventos que le generaron felicidad. La personalización, es el proceso donde la persona depresiva se atribuye a sí mismo los eventos externos a pesar de que no existen razones o pruebas para ello. Por último, el pensamiento absolutista, dicotómico, es el proceso en que la persona entiende la realidad como si estuviese clasificando todo en dos lados o categorías opuestas: “impecable o sucio, santo o pecador” (Beck et al., 2010).

b) Pautas de intervención según el modelo cognitivo de la depresión de Beck

Las pautas de la intervención de la terapia de Beck para la depresión se dividen en pautas para el terapeuta y pautas para las intervenciones. Son las siguientes (Beck et al., 2010).

Pautas para el terapeuta. Beck et al. (2010):

- *Conocer el “paradigma personal” del paciente:* La visión que tiene la persona con depresión le parece razonable por lo que es necesario validar para luego descubrir cuáles son las bases que la originan.

- *Evitar “etiquetar” al paciente y hacer juicios de valor:* El terapeuta percibe al paciente como una persona que tiene problemas específicos o relaciones con su mundo, mas no que es “un” depresivo o “un” irracional.

- *Evitar la conducta contraproducente a “deseos inconscientes”:* Lo que determina la conducta del paciente es la visión que tiene de sí mismo, de su mundo y su futuro principalmente, mas no de “deseos infantiles.

- *Ajustar el nivel de actividad y estructurarlo según las necesidades del paciente:* La atención y actividad presentan dificultades considerables en el paciente por lo que el terapeuta deberá de transmitirles, así como modelar, energía y vitalidad.

- *Emplear las preguntas como instrumento terapéutico:* Las preguntas deben de brindarse constantemente y poseen diversos objetivos terapéuticos, obtener datos biográficos, desarrollar ideas centrales del problema, obtener la visión del paciente, evaluar las habilidades disponibles, concretizar quejas ambiguas, incitar decisiones alternativas, entre otros.

- *Emplear el método de hacer preguntas, en vez de discutir, o sermonear:* Las preguntas siempre deben ser la manera de lidiar con el paciente.

- *Emplear el humor con prudencia y sensatez:* Se trata de una herramienta potente siempre y cuando se use con espontaneidad, objetividad y mesura para evitar malentendidos. Es parte del terapeuta el reconocer que posee las capacidades de humor espontáneo y medido.

Pautas para la intervención. (Beck et al., 2010).

- *Preparar al paciente para la terapia cognitiva:* El paciente al inicio debe saber los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva además de los efectos a los que se enfrentará.

- *Formular un plan de terapia para cada sesión:* La intervención tendrá que estructurarse desde un inicio estableciendo los objetivos claros de la intervención además de las habilidades que progresivamente se deberá de entrenar al paciente. Los objetivos serán a corto, mediano y largo plazo.

- *Establecer la agenda al comienzo de la sesión:* El terapeuta expondrá la guía de cada sesión, estableciendo los objetivos, las herramientas, los instrumentos, los contenidos a reforzar y nuevos, así como los pasos que se darán y que podría ser variado en función a cómo avance la intervención.

- *Formular y comprobar hipótesis concretas:* Luego de tener información relevante debido a las preguntas formuladas el terapeuta establecerá diversas hipótesis, luego las comprobará y las modificará. Esto permitirá que la información más relevante y difícil se pueda brindar.

- *Elicitar feedback del paciente:* Las reacciones relevantes del paciente deberán recibir elogio u observación y el terapeuta deberá de esforzarse a que el paciente exprese estas reacciones para así poder brindarles observaciones terapéuticas relevantes. Luego de esto el paciente expresará otras reacciones más intensas que son importantes para que el terapeuta trabaje.

- *Resúmenes intercalados:* El terapeuta debe de realizar síntesis o resúmenes de los avances del proceso (al inicio, mitad y final de sesión), y también de lo comentado ampliamente por el paciente. Esto debe ser motivo de confirmación o rechazo del paciente.

- *Contar con la participación de personas significativas:* La participación de una persona significativa como un familiar, pareja o amigo, como un aliado incrementa la efectividad terapéutica. Además de ello, se obtiene información relevante, y podría ser apoyo para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos además de estar asesorada para intervenir en ambientes naturales.

- *Utilizar técnicas auxiliares:* Como el uso de cintas de grabación para que el paciente se dé cuenta como observador externo, de su conducta (Beck et al., 2010).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Disminuir la sintomatología depresiva en una mujer adulta mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual.

1.3.2. Objetivos específicos

- Disminuir las conductas depresivas manifestadas por la paciente mediante técnicas conductuales como la programación de actividades positivas y asignación de tareas graduales.
- Disminuir las distorsiones cognitivas reemplazándolos por pensamientos racionales y adaptativos.
- Reducir las respuestas fisiológicas a través de la técnica de relajación y autorregistros conductuales.
- Reducir las emociones negativas como la tristeza y culpa para promover su autorregulación.

1.4. Justificación

Según la OMS (2021) la depresión es una de las enfermedades que aqueja a más individuos y va aumentando su incidencia dentro de la sociedad, dado a que muchas personas que lo padecen no son conscientes de la misma, viéndose afectados a nivel físico, emocional, familiar y laboral, dándose cuenta muchas veces de su diagnóstico cuando la enfermedad ha avanzado. En muchos casos con un final lamentable.

Esta investigación experimental responde a una necesidad de brindar pautas y estrategias para abordar eficazmente el problema de la depresión en los usuarios con características similares al presente caso único. Ya que hay estudios que muestran que la intervención cognitiva conductual logra excelentes resultados.

Por ello se pretende demostrar, que la intervención psicológica en estos casos es de mucha ayuda para cambiar aquellas cogniciones distorsionadas que son las que conducen a la depresión. Por otro lado, es necesario seguir realizando investigaciones experimentales y diseñar programas dirigidos para este tipo de casos con la finalidad de que puedan tener un mejor manejo, ya que la depresión se manifiesta de manera diferente en cada individuo.

Por último, cuenta con pertinencia aplicativa ya que el modelo de intervención, así como las sesiones y técnicas empleadas permitirán que sean replicadas en casos similares.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Respecto al presente trabajo académico se espera poder evidenciar el impacto de las técnicas cognitivo-conductuales en la disminución significativa de las conductas depresivas en el caso de una paciente adulta, dejando así un precedente que sirva de base para futuras investigaciones y fortalezca la evidencia de que la terapia cognitivo conductual es una terapia basada en evidencias científicas.

Asimismo, la contribución de este trabajo académico está sujeta al importante antecedente que representa para futuros investigadores, ya que no se han encontrado muchos estudios en la población femenina adulta joven sobre la variable depresión y su tratamiento, estando la mayor parte de las intervenciones diseñadas para la población de riesgo adulto mayor o con comorbilidad diagnóstica y en menor medida para la población femenina adulta joven.

Finalmente, consideramos que el impacto de este estudio de caso clínico único se verá reflejado en dos niveles de manera simultánea. Por un lado, notaremos una mejoría tanto en las relaciones interpersonales que establece la usuaria como, en su bienestar personal. Y, por otro lado, se evidenciará un mayor bienestar de su medio en común. Este último nivel es muy importante, ya que la depresión es nociva para la convivencia dentro de la sociedad, dado

que, ensimisma al individuo generándole daño, por lo cual debe ser claramente abordada. El presente trabajo académico contribuirá positivamente sobre estos aspectos.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

Para el presente trabajo, se empleó el diseño experimental de caso único tipo A-B-A (Hernandez et al., 2015). Donde un solo individuo es el propio control. El diseño univariable multicondicional A.B.A. De acuerdo con Kazdin (2001). Diseño bicondicional ABA, permite aplicarle una evaluación previa a la administración de algún estímulo en el sujeto para finalmente realizar una segunda evaluación al mismo. A continuación, se describen las siguientes fases:

Fase A: En esta etapa se realizó la línea base de las conductas y cogniciones depresivas a intervenir, para ello se utilizó como evaluación de entrada la historia clínica cognitiva conductual, la observación psicológica conductual y el registro conductual para obtener la medida inicial del comportamiento depresivo. Asimismo, se aplicaron instrumentos psicométricos como el Test de Matrices Progresivas de Raven, Inventario de personalidad de Eysenck forma B, La escala de depresión de Zung, Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA), Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II).

Fase B: en esta etapa se aplicó el tratamiento cognitivo conductual, utilizando técnicas y estrategias como la reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, programación de actividades positivas, técnica de dominio y agrado, asignación de tareas graduales, entrenamiento en asertividad y solución de problemas.

Fase A: Evaluación de salida (Post Test).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio de caso único clínico se llevó a cabo en consulta privada dentro de las instalaciones del Centro de Atención integral “Luz Divina”, ubicado en la urb. Márquez, provincia del Callao. Donde se desarrolló 23 sesiones terapéuticas de 45 minutos cada una con

una frecuencia semanal. Iniciando en el mes de mayo 2021 y culminando en el mes de noviembre 2021.

2.3. Variables de Investigación

2.3.1. Variable dependiente: Depresión

Definición conceptual: La OMS (2016) menciona a la depresión como un trastorno de la mente que posee presencia de tristezas, baja del interés o placer por la satisfacción de la vida, emociones de culpa, dificultades de sueño y/o apetencia, agotamiento.

Definición operacional: El Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II) donde los ítems de cada área de evaluación se suman para obtener una puntuación total, la cual puede ir de 0 puntaje mínimo a 63, puntaje máximo; distribuyéndose de, 0 a 13, no padece depresión o ausencia de depresión; 14 a 19, depresión leve; 20 a 28, depresión moderada; y 29 a 63, depresión severa.

2.3.2. Variable independiente: Terapia cognitivo conductual

Definición conceptual: De acuerdo a Hernández y Sánchez (2007) es conceptualizada como una metodología colaborativa, comenzado del supuesto de que el paciente cambie su modo de pensar, desde su razón de introspección. El objetivo es enseñar al paciente a deliberar de otra forma frente a las dificultades y síntomas que sufre, lo que le ayudaría a disminuir las emociones negativas y afrontar los inconvenientes con soluciones.

Definición operacional: Es el desarrollo de una serie de técnicas de terapia cognitiva conductual en el transcurso de 23 sesiones, dirigida a tratar determinadas problemáticas específicas, tales como: pérdida de interés y placer en actividades que antes se disfrutaba, sentimiento de desvalorización, culpa, aislamiento y frustración.

2.4. Participante

Estudio de caso único con una usuaria de sexo femenino de 32 años de edad, soltera, sin hijos, natural de Perú, Callao. Con grado de instrucción superior incompleto en la carrera de administración. Actualmente vive en casa de sus padres con su abuela y hermanamenor.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

Entrevista conductual

Se sugiere realizar una entrevista clínica en la que se representen situaciones problemáticas identificadas por el paciente. La labor del terapeuta será observar detalladamente la actuación del paciente, el volumen, el tono, el contenido de su lenguaje, la mirada, la postura, y gestos del evaluado. (Caballo, 1997).

Técnica de Respiración

La respiración es un proceso esencial y eficaz que permite tener el control y la regulación fisiológica y psicológica. Las técnicas de respiración buscan reducir los niveles de activación por medio del control voluntario de la respiración (Ruiz et al., 2012), esta técnica consta de 3 fases:

Inspiración: Se inhala aire con el objetivo de obtener oxígeno (O₂).

Pausa respiratoria: Posibilita que los pulmones se inflen e intercambian gases.

Espiración: Se expulsa el dióxido de carbono y otros gases. (Co₂).

Entrenamiento en asertividad y role-playing

El entrenamiento asertivo es un conglomerado de técnicas como el modelado, la prácticacognitiva entre otros. El role-playing es el cumplimiento de papeles de dramatización entre elterapeuta y el paciente. La conjunción de estas técnicas facilita mucho la discusión y entrenamiento de nuevos puntos de vista y nuevas habilidades alternativas (Beck et al., 2010). Lange y Jakubowski (1983). El modelo para el entrenamiento asertivo, junta procedimientos

cognitivos y conductuales, a fin de valorar los déficits en asertividad de los pacientes dentro de situaciones reales y utilizar procedimientos más apropiados para los mismos. El modelo se compone de cuatro etapas: 1. Desarrollar un sistema de creencias en el cual se evidencie el respeto de los derechos asertivos propios y de los demás. 2. Instaurar una clara diferencia entre los comportamientos asertivos, no asertivos y agresivos. 3. Reestructuración cognitiva en casos concretos. 4. El ensayo conductual de las respuestas asertivas en situaciones específicas. También se plantean tareas asertivas para que los pacientes realicen fuera del marco de las sesiones.

Los Autoregistros conductuales

Consiste en registros diarios de los acontecimientos. Estos registros son útiles para evaluar las conductas del sujeto ya que proporciona información sobre su ambiente social y los refuerzos con los que cuenta. Caballo (1997). Asimismo, sirven para identificar la conducta problema, el origen de la línea base y el conocimiento de la variable dependiente a fin de evaluar los efectos del tratamiento al culminar con las sesiones (Buela-Casal & Sierra 2004).

Programación de actividades

Esta técnica busca planificar el tiempo del sujeto hora tras hora a fin de mantenerlo ocupado e impedir que vuelva a su estado de quietud. Centrándose en el uso de un programa de actividades que sirven como contraste a la poca motivación e inactividad del paciente a causa de sus ideas depresivas. Además, busca centrar al paciente a hacer ejecutar tareas dirigidas a un objetivo, proporcionando al terapeuta datos concretos y realistas en que basar las evaluaciones de la capacidad funcional del sujeto (Beck et al., 2010).

Técnica de dominio y agrado

Esta técnica se basa en que el paciente elija actividades agradables que desearía hacer y que por su sintomatología no las ejecuta, para ello se realiza un listado de actividades agradables o de dominio para la persona (sentido de logro al realizar la actividad), las cuales debe puntuar

de 0 a 5, donde 0 significa, la ausencia de dominio/agrado y 5, el máximo de dominio y agrado. Con esta técnica se tiene como finalidad contrarrestar el pensamiento absolutista de todo o nada. Demostrando al paciente las capacidades que tiene y cuestionar las creencias de incapacidad (Beck et al., 2010).

Actividades positivas agradables

Se enfoca como objetivo principal en el aumento de actividades positivas en la paciente. Vallejo (2012), refiere que esta técnica busca que el paciente se mantenga ocupado con actividades potencialmente agradables siendo estos recursos distractores para reducir el nivel de importancia que le atribuye al problema que presenta.

La asignación de tareas graduadas

Luego de sentirse motivado a hacer tareas, estas deben ser graduales o progresivamente más complejas hasta llegar a las metas terapéuticas de una en una. En este proceso el terapeuta debe de percibir las reacciones que tiene el paciente para modificar la intervención y ajustar la velocidad e intensidad de las tareas. (Beck et al., 2010).

Psicoeducación

Según Camacho (2003), la psicoeducación es la exposición en forma breve del modelo teórico a utilizar, otorgando a la paciente información sobre su diagnóstico, problema y posibilidades de tratamiento. Siendo útil en múltiples situaciones, puesto que busca el incremento de la adherencia al tratamiento, lo que es esencial para el logro terapéutico.

Técnica de la Triple Columna

Técnica dirigida a identificar los pensamientos automáticos específicos. Fundamentándose en la interrelación de la situación, el pensamiento, la emoción y la conducta. Para ejecutar esta técnica se graficaron tres columnas, en la 1era columna se escribe la situación que genera el pensamiento, en la 2da columna anotaremos el pensamiento automático

y el sentimiento que este ocasione, por último, en la 3era columna después de haber debatido los pensamientos se pondrá la conducta adaptativa (Beck et al., 2010).

Reestructuración cognitiva

Es necesario afirmar que no todos los pensamientos pesimistas del paciente son irracionales o erróneos. Esta técnica trata hacer que el paciente perciba a sus cogniciones de una forma más objetiva y clara, sometiéndola a diversas pruebas de realidad para ver si estas pueden cambiar con lecturas de realidad alternativas (Beck et al, 2010). Los pacientes aceptan sus cogniciones como hechos debido a la distorsión que sufren y por lo tanto deben aprender a buscarlas, identificarlas y someterlas a la realidad ellos mismos. Para ello, la reestructuración cognitiva se apoya en diversas técnicas, entre las utilizadas tenemos:

- Examinar y someter a una prueba de realidad las imágenes y los pensamientos automáticos. El terapeuta hace que el paciente someta sus ideas a pruebas de realidad no para inducir un optimismo pasajero haciéndole creer que “las cosas son realmente mejores de lo que parecen”, sino para suscitar una descripción y un análisis más correctos de cómo son las cosas. (Beck et al., 2010).

- Técnicas de retribución.: Es la primera técnica que Beck et al. (2010) sugiere para aumentar la objetividad de las cogniciones. Trata de enseñarle al paciente atribuir la causa de los eventos a las situaciones y responsabilidades correctas, no importando si en algunos casos el paciente y la falta de recursos sean los responsables. Esto liberará de mucha culpa al paciente.

- Búsqueda de soluciones alternativas. El sistema de razonamiento del paciente depresivo se encuentra en sus inicios muy limitado por lo que estos patrones rígidos y básicos de pensamiento hacen posible que los problemas no puedan resolverse por menos complejos que sean (Beck et al., 2010). La terapia cognitiva permite una búsqueda activa de pensamientos elaborados para resolver los asuntos del paciente. Se alistan los problemas y se proponen con el terapeuta diversas alternativas siendo el paciente un elemento activo. Las alternativas se

ejecutan y se ven sus resultados para discutirlos y aprender de ellos. Poco a poco, el paciente logra entender que estos problemas

“irresolubles” en realidad eran situaciones sin planificación para resolverlos y que él mismo tenía la capacidad de lograrlo.

Solución de problemas

Nezu y Nezu en el año 1991, indica que la técnica de solución de problemas se divide en cinco etapas: La primera, la orientación hacia el problema; segundo, definición y formulación del problema; tercero, generación de alternativas; cuarto, toma de decisiones y, por último, la puesta en práctica; el objetivo de la presente técnica, es de que se logre resolver los problemas planteados de manera racional, lógico y no en forma emocional (Vallejo, 2012).

2.5.2. Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II) (Beck et al., 1996, citado en Rodríguez y Farfán, 2015)

La versión original fue introducida por Beck, Ward, Meldenson, Mack y Erbaug, y luego de unos años Beck y otros colaboradores desarrollan una versión más corta desde la Universidad de Pennsylvania. En 1987 se publicó el manual para el inventario de depresión de Beck adaptado (BDI-IA). Casi una década después de estudios, en 1996 se publicó el BDI-II con la intención de ajustar la evaluación en pacientes psiquiátricos. Esta última publicación obtuvo niveles altos de fiabilidad y validez. Se trata de una escala de auto aplicación de 21 ítems, tiene el objetivo de evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes y adultos desde los 13 años. Cada ítem posee cuatro alternativas el cual se valora de 0 a 3 puntos. El puntaje total es de 63 puntos; las puntuaciones se distribuyen de 0 a 13, no padece depresión; 14 a 19, depresión leve; 20 a 28, depresión moderada; y 29 a 63, depresión severa.

Inventario de Pensamientos Automáticos –IPA (Ruiz y Lujan 1991)

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA), fue creado por Ruiz y Lujan en 1991 (Gamarra y Vela, 2020). En sus inicios este instrumento tenía el objetivo de screening.

Actualmente se trata de una escala autoaplicada que contiene 45 reactivos. El cual, tiene como objetivo medir los pensamientos automáticos negativos y entre ellos, distorsiones cognitivas.

Ellos se pueden puntuar de 0 hasta el 3. Las distorsiones cognitivas evaluadas son: Filtraje (1, 16, 31), pensamiento polarizado (2, 17, 32), sobregeneralización (3, 18, 33), interpretación de pensamiento (4, 19, 34), visión catastrófica (5, 20, 35), personalización (6, 21, 36), falacia de control (7, 22, 37), falacia de justicia (8, 23, 38), razonamiento emocional (9, 24, 39), falacia de cambio (10, 25, 40), etiquetas globales (11, 26, 41), culpabilidad (12, 27, 42), los deberías (13, 28, 43), falacia de razón (14, 29, 44) y falacia de recompensa divina (15, 20, 45).

La escala de depresión de Zung (1965) (citado en Rivera et al., 2007)

Está constituida por 20 reactivos. Tiene el objetivo de explorar, medir y cuantificar la sintomatología depresiva en las dos últimas semanas. Cada reactivo tiene cuatro alternativas de responder desde el 1 hasta el 4. Los criterios de puntuación son la suma de todos los reactivos. En términos generales, una puntuación menor a 50 puntos significa no depresión, y mayores a dichos puntajes, depresión mínima, moderada y severa. Esta escala debe ser complementada con otras evaluaciones cuantitativas y cualitativas.

Inventario de personalidad de Eysenck forma B

Desarrollada por Hans Jurgen Eysenck en la Universidad de Londres (Rojas, 2018). De tipo colectiva o individual, se puede aplicar desde los 16 años. Tiene el objetivo de evaluar las dimensiones de la personalidad: introversión-extroversión, estabilidad- inestabilidad. Está constituido por 57 ítems, los primeros 24 son para la dimensión extroversión-introversión, y otros 24 para la otra dimensión. Los 9 ítems restantes son para la escala de mentiras. La

respuesta es de tipo dicotómica. Los criterios de puntuación de la primera dimensión son: 0-9 = alta introversión; 10-12 = tendencia a introversión; 13-16 = tendencia a extroversión; 17-24 = alta extroversión. De igual forma para la dimensión Neuroticismo: 0-9 = alta estabilidad; 10-13 = tendencia estable; 14-17 = tendencia a inestabilidad; 18-24 = alta inestabilidad.

Test de Matrices Progresivas de Raven

Su administración puede realizarse en forma individual y colectiva, el tiempo de aplicación varía entre 40 y 90 minutos, el rango de aplicación incluye Niños, adolescentes y adultos (6 a 65 años), su significación es medir el factor g, capacidad de deducción y capacidad intelectual o habilidad mental general por medio de la comparación de formas y el razonamiento por analogías, la estructura consta de 5 grupos de series: A, B, C, D, E cada una contiene 12 láminas con figuras de una serie incompleta con 8 alternativas para elegir la respuesta correcta. Total 60 láminas.

2.5.3. Evaluación psicológica

Datos de filiación

Nombres y apellidos	:	L.K.A.S.
Edad	:	32 años
Fecha de nacimiento	:	15 de agosto de 1988
Sexo	:	Femenino
Estado civil	:	Soltera
Lugar de residencia	:	Callao – Márquez
Grado de instrucción	:	Superior incompleta
Ocupación	:	Ninguna
Peso	:	65 kilos
Talla	:	1.56 metros
IMC	:	15.5
Lugar de entrevista	:	consultorio

Informante : La paciente
 Examinador (a) : Psic. Judith Ofelia Serrano Cárdenas

Observación de la conducta:

Usuaría de estatura mediana 1.56 m, con peso aproximado a 65 kilos, raza mestiza, de contextura gruesa, aparenta su edad cronológica. Trigueña, con cabello largo, ondeado de color castaño oscuro, ojos de color negro, nariz pequeña respingada, orejas en proporción al tamaño de su rostro. Se viste acorde a la estación. Acude a las sesiones con ropa cómoda y sencilla, casaca, pantalón jeans y zapatillas. Se presenta a las sesiones en correcto aseo e higiene personal.

La examinada se encuentra lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Al inicio de la entrevista saluda dando la mano izquierda (zurda). En las primeras sesiones se le nota triste, apretando una mano contra la otra, desviando la mirada con frecuencia. Con el transcurrir de las entrevistas, se le vio más calmada, manteniendo mayor contacto ocular y dando gracias al final de cada sesión.

Su lenguaje es fluido y su discurso coherente. Brinda abundante información, en ocasiones se desvía del tema planteado. Refiere con detalle emociones y pensamientos que experimentó en diversas situaciones de su vida. Constantemente comenta su interés por superar sus dificultades y manifiesta estar dispuesto a continuar y cumplir con la terapia psicológica. Acude puntualmente a todas las sesiones.

Motivo de consulta

Laura refiere:” siento que desde que termine con Antonhy ya no soy yo, intento estar bien pero no puedo, he tratado de entender lo pasa, pero siento que me estanco, no salgo con mis amigos, jale cursos en la universidad y lo dejé por eso, me llaman la atención en el trabajo porque llego tarde, no puedo dormir bien, he subido de peso. Y “jode” por dentro, lloro en silencio para que mis papas no se den cuenta de mí” termina la expresión con gesto sollozo.

Problema actual

Laura viene a consulta expresando que ya no siente ser ella misma desde que terminó la relación con su última pareja (Anthony) hace 6 meses aprox., no puedo dormir bien, ha subido de peso, ha dejado la universidad, tiene problemas en su desempeño laboral, ha dejado de hacer actividades con su familia y amistades que antes le agradaba, prefiriendo estar la mayor parte del día sola. Refiere, además que aún sigue llorando en silencio por las noches, al mirar el Facebook de Anthony y sus publicaciones. Expresa que decidió terminar por las constantes peleas que tenían debido a la intromisión de su ex esposa de Anthony en su relación. Expresa que lo único que ella quería era cuidar a Anthony de los chantajes y manipulaciones de su ex esposa, pero que él la ignoraba o le gritaba llamándola “celosa” o “enferma”, llegando incluso a agredirse físicamente, porque Laura había encontrado mensajes y fotos íntimas en el celular de Anthony. Hecho que la motivó a separarse, por aproximadamente 1 meses (octubre 2020), retomando la relación a insistencia de Anthony (noviembre 2020) prometiendo que las cosas iban a mejorar, que no “tire al tacho” 3 años de relación. Al inicio de retomar la relación, comenta Laura, “todo iba bien”, salían los dos juntos con la hija menor de Anthony, quedándose incluso algunos fines de semana en la casa de la familia de él. Sin embargo, al mes siguiente (diciembre 2020), la ex esposa, vuelve a contactarse con Laura de diferentes números de celulares y diversas cuentas de Facebook, diciéndole “no pienses que me has quitado a mi marido” “eres una perra” “el siempre será mi hombre” “tu solo eres un juguete” “yo sé todo lo que hace contigo” “ten dignidad, solo le sirves para cachar”. Refiere Laura, que inmediatamente tomó capturas a los mensajes y le envió a Anthony quien solo respondió “déjala, ya se le pasará”. Saliendo del trabajo fue a buscarlo, sin previo aviso, para reclamarle su actitud frente a los mensajes. Encontrándolo, según refiere, en la esquina besando, abrazando y cargando la cartera de su ex esposa. Ante ello, Laura fue y comenzó a gritar a Anthony, reclamando su actitud, el cual, respondió “estás loca” “ya me tienes cansado”, optando Laura por terminar la relación en ese momento (diciembre 2020). A las semanas siguientes Anthony

le escribe pidiendo que regrese con él. Según refiere Laura los primeros mensajes fueron pidiéndole perdón, pasando después a ser reclamos, culpándola de abandonar la relación y sus planes a futuro. Refiere Laura que, a la fecha de la entrevista (mayo 2021), tiene en la cabeza todo lo que le ha dicho Anthony, recuerda los planes para casarse y las cosas que se prometieron.

Sintiendo tristeza (9/10) culpa (8/9) y frustración (7/10). Cuando Anthony publica fotos con su nueva relación en sus redes sociales (9/10), cuando lo ve conectado al WhatsApp(8/10), cuando su familia le dice “supéralo, no exageres” (7/10), cuando ve fotos de cuando estaban juntos en su celular (8/10), cuando escucha canciones o ve películas románticas (8/10), cuando su hermana le dice “exagerada” (7/10), cuando sus amigos le cuentan cosas deAnthony (7/10), cuando las hermanas o mamá de Anthony la llaman por teléfono (7/10).

Estas situaciones le han generado desmotivación, desgano y nostalgia ante cualquier estímulo que le haga recordar su relación con Anthony, dificultando su desenvolviendonormal ante sus actividades laborales, llegando tarde en varias ocasiones, dejando inconcluso los reportes del trabajo en el día, generándose llamadas de atención por parte de su supervisor. Ha dejado los estudios, dado a su falta de concentración y bajo rendimiento académico, incumpliendo tareas o actividades grupales vía zoom. Asimismo, evita salir de casa a reuniones con amistades o familia, manteniendo contacto vía web con una amiga a quien considera su confidente. Los fines de semana prefiere estar la mayor parte del día en casa, viendo series en Netflix o videos musicales de género baladas. Los días de semana, cadavez que regresa del trabajo, se queda hasta altas horas de la madrugada con la misma rutina, cambiando su horario alimenticio, subiendo de peso. En ocasiones que sus padres insisten para que apague la televisión tiene dificultades para dormir, llorando en varias ocasiones viendo las redes sociales de Anthony.

Presenta tensión corporal, dolor de cabeza leve, al no poder dormir adecuadamente, ritmo cardíaco acelerado, al recibir llamadas de la familia de Anthony o ver publicaciones nuevas de Anthony con su pareja, agotamiento físico, desmotivación y llanto al recordar su ruptura.

Piensa en sobre sí misma, “por mi culpa no funcionó la relación” “si solo lo hubiera escuchado o respondido sus mensajes en ese momento” “yo lo perdí” “él quería regresar conmigo y yo me hice de rogar, perdí esa oportunidad por estúpida” “no merezco ser feliz” “lo sigo amando, así me haga daño” “quiero olvidarlo, pero no puedo”, “siento que ya no puedo más”, “estoy vacía por dentro”, “doy pena”, “lo único que quiero es estar sola en mi cuarto y que me dejen en paz”. Sobre los demás piensa, “esa mujer siempre se ha metido entre nosotros, no nos dejó ser felices”, “ella solo buscó destruir todo”, “nadie me entiende” “todos dicen que exagero, como si lo hiciera a propósito”, “a él nunca le importe solo quería tirar conmigo y punto”.

Actualmente, Laura ha abandonado los estudios, puesto que ha perdido sus motivaciones personales, sintiéndose agotada la mayor parte del día. Dejó de contactarse con sus amistades, (redes sociales), alejándose de los mismos. Reconoce que ha dejado varios aspectos personales de su vida que ha intentado retomarlas, pero que siente “ya no tiene fuerzas”.

Desarrollo cronológico del problema

A los 18 años, Laura mantuvo su primera relación sentimental con su primo lejano de 24 años, con quien tuvo su primera relación sexual. A quien solo veía en la habitación alquilada del joven, dado que refería que no tenía recursos económicos para salir con ella, cuidando Laura de él, llevándole comida, ropa cada vez que lo veía. Sin embargo, una chica, por redes sociales contactó a Laura refiriendo que era la pareja del joven acusándola de ser la amante, por lo que ambas quedaron en confrontar al joven. Este, defiende a su pareja y humilla

a Laura acusándola de querer destruir su relación, por lo que la botan del cuarto. Dicho evento, la hizo aislarse en su casa por dos meses, sin poder comunicar su pesar a su familia, puesto que no sabían de esta relación.

A los 19 años, a raíz de la decepción amorosa que tuvo empezó a salir con jóvenes que conocía mediante redes sociales, discotecas o en reuniones de amigos, manteniendo relaciones sexuales de manera esporádica sin compromiso, hasta aproximadamente los 22 años, donde tuvo su primera prueba de embarazo, dado a que le había retrasado su periodo menstrual un par de meses, llegando a reconocer los excesos que estaba cometiendo con sus relaciones sexuales.

A los 24 años, la usuaria comienza una relación amorosa con su compañero de universidad, de quien refiere “era un chico muy tranquilo”, con quien estuvo por un periodo de 8 meses. Terminando la relación por motivo de infidelidad por parte de Laura, quien refiere que su relación era más de amigos que de pareja, por lo que se llevaban muy bien, pero le faltaba “chispa”. A la fecha, expresa mantener una relación de amigos.

A los 29 años, 2018, conoce a su ex pareja Anthony, en la empresa donde trabajaba en eso entonces, con quien mantuvo una relación de 3 años. Llevando inicialmente una adecuada relación, refiere, hasta que decide conocer a la hija (5 años) de Anthony, la cual, vivía con la casa de los abuelos maternos de la ex pareja, ubicado en la misma cuadra donde vive él, por lo que solían frecuentarse con regularidad. Hecho que causó fastidio desde un inicio, pero por evitar problemas en la relación Laura aceptaba y no expresaba nada, refiere “yo no decía nada y por no hacer problemas me tragaba mi molestia, pero estaba “jodía por dentro”, llegando a llorar en silencio al lado de él.

Historia Personal

Embarazo

La evaluada manifiesta que su madre le refirió que el proceso de gestación se dio dentro de los parámetros normales, sin ningún tipo de alteración ni enfermedad; siendo su embarazo deseado, mas no planificado.

Parto

Nació por parto eutócico tras un embarazo a término, manifiesta que no tuvo ningún tipo de alteración al nacer y que desconoce mayores detalles.

Desarrollo psicomotor

La evaluada manifiesta que logró caminar a la edad de aproximadamente 1 año, encontrándose dentro de los parámetros normales de desarrollo infantil, pero desconoce si logró gatear antes de caminar.

Área educativa

De rendimiento promedio superior en el periodo escolar primaria y secundaria, no repitió ningún grado, además expresa que ha tenido participación activa en las actividades complementarias de danza y canto.

A los 18 años ingresó a la universidad San Martín de Porres carrera de administración, el cual, tuvo que postergar en el 5to ciclo, por problemas económicos (padres no podían solventar gastos) y accidente de la abuela (fractura de cadera). Ayudando en la responsabilidad del hogar.

Retomó la universidad a los 24 años, solventando de manera independiente sus gastos, llevando cursos solo por créditos. Desertó a los 29 años, por pedido de su pareja para mejorar la relación. A inicios del 2021, continuó estudiando de manera virtual. Actualmente, por dificultades en su rendimiento académico (concentrarse, memoria, retención) ha dejado los estudios.

Área laboral

La usuaria inicia sus actividades laborales a la edad de 24 años, en vista de la situación económica de su familia. Empezó como apoyo de cocina en el restaurante cerca a su casa, de ahí postuló a KFC para trabajar medio tiempo, posteriormente postula a un call center de la empresa CLARO, como asesora técnica. Hasta la fecha mantiene trabajos esporádicos, no referidos a la carrera que estudia. Máximo permanece 6 meses en cada trabajo, expresa no adecuarse al clima laboral, ni a los horarios que se establece, por motivo de sus estudios y otras actividades que se presentan. Expresa que “cuando junta lo necesario para pagar cada pensión, renuncia”. A la fecha, viene trabajando en un call center de la empresa HP, como asesora técnica, presentando inconvenientes en su desempeño dado a las tardanzas constante e incumpliendo los reportes diarios, generando quejas de su supervisor.

Relaciones interpersonales

Laura manifiesta que desde niña ha mantenido una vida social activa, relacionándose con sus pares y adultos con facilidad, integrándose rápidamente a los grupos y adaptándose a diversos contextos sin problema alguno. Actualmente, evita relacionarse con sus pares y amistades. Hecho que le genera nostalgia, al no sentir ser ella misma.

Desarrollo psicosexual

A los 18 años, Laura mantuvo su primera relación sentimental con su primo lejano de 24 años, con quien tuvo su primera relación sexual. Posteriormente a los 19 años empezó a mantener relaciones sexuales de manera esporádica sin compromiso, con personas que conocía en discotecas o reuniones de amigos. A los 22 años sacó su primera prueba de embarazo debido a su retraso menstrual, saliendo negativo. A los 24 años, empieza una relación amorosa de 8 meses, el cual termina por infidelidad de parte de ella, mantuvo relaciones sexuales con un amigo del vecindario.

Historia Familiar

Proviene de una familia funcional. Vive con padre, madre, hermana (13 años menor) y abuela parte mamá. Padre poco comunicativo, dentro del hogar. Refiere tener mayor confianza con su madre. Debido a los horarios de trabajo de los padres (padre turno diurno, madre turno nocturno), a los 16 años Laura se hizo cargo de los cuidados de la abuela y posteriormente de su hermana menor. Responsabilizándose de las funciones del hogar (cocina, limpieza, cuidado, otros). Actualmente vive con sus padres en un cuarto en el segundo piso.

Padre JAAT, de edad 61 años, grado de instrucción secundaria completa, de ocupación empleado en un estudio contable de 8 a 10 horas al día, dependiendo la carga laboral, religión católica. Reservado en sus actividades, no gusta de beber alcohol ni de ir a fiestas, prefiere estar en casa y ver películas o leer el periódico. Poco comunicativo dentro del hogar, pero preocupado por el bienestar de sus hijas y su esposa. Mantiene una relación adecuada con Laura, refiere que su padre la quiere mucho, a su modo, y lo expresa cocinando y limpiando los fines de semana en la casa o llevándolas de viaje una vez al año a la tierra donde nació, Chiclayo.

Madre ESV, de 59 años, grado de instrucción secundaria completa, de ocupación empleada como operaria de limpieza para la Municipalidad de Ventanilla, turno de trabajo nocturno de 8 horas, religión católica. De carácter amigable, sociable con su entorno, reservada en sus actividades, no gusta de fiestas ni de beber alcohol. Mantiene buena comunicación con sus hijas, de carácter pasivo y amoroso, refiere Laura.

Hermana, EAS de edad 20 años, grado de instrucción técnico superior incompleta en la carrera de gastronomía, de religión católica, con características personales divertida, alegre, juguetona, renegona, floja e indecisa. Cambió de carrera 3 veces, en los ciclos iniciales por motivos de dudas. Refiere Laura que mantiene buena relación, expresa que conversaban mucho, solían ir de viaje, al gimnasio, al salón de belleza, a pasear por la playa y participar de danzas peruanas en grupos de baile en los parques.

2.5.4 Evaluación Psicométrica

Tabla 1

Lista de chequeo de la conducta problema: Depresión Frecuencia semanal (pre test)

Área	Respuestas	Día1	Día2	Día3	Día 4	Día5	Día 6	Día7	Frecuencia 1 semana
Motor	Llegar tarde al trabajo	x		x	x	x	x		5
	Dejar inconcluso los reportes del trabajo	x		x	x		x		4
	Llorar al ver las fotos de su ex en redes sociales	x	x	x	x	x	x	x	7
	Llorar en su cama viendo videos románticos	x	x	x	x	x	x	x	7
	Realizar actividades académicas	-	-	-	-	-	-	-	0
	Reunirse con amistades y familiares fuera de casa	-	-	-	-	-	-	-	0
	“Por mi culpa no funcionó la relación”	x	x	x	x	x	x	x	7
	“Yo lo perdí”	x	x	x	x	x	x	x	7
	“Lo sigo amando, así me haga daño”	x	x	x	x	x	x	x	7
	“Siento que ya no puedo más”	x	x	x	x	x	x	x	7
Cognitiva	“No merezco ser feliz”	x	x	x	x	x	x	x	7
	“Estoy vacía por dentro”	x	x	x	x	x	x	x	7
	“Nadie me entiende”	x	x	x	x	x	x	x	7
	“A él nunca le importe, solo quería tirar conmigo y punto”	x	x	x	x	x	x	x	7
	Tristeza	9	9	8	8	9	9	9	8.71
Emocional	Culpa	8	7	8	7	8	8	8	7.71

Fisiológico	Frustración	8	8	7	8	7	8	8	7.71
	Tensión corporal	x	x	x	x	x	x	x	7
	Dolor de cabeza	x	x	x	x	x	x	x	7
	Insomnio	x		x		x	x	x	5
	Ritmo cardíaco acelerado	x	x	x	x	x	x	x	7
	Agotamiento físico	x	x	x	x	x	x	x	7
	Aumento del apetito	x	x	x	x	x	x	x	7

Informe del inventario de personalidad de Eysenck Forma B – Adultos

Datos de filiación

Nombre y Apellidos:	Laura
Edad:	33 años
Lugar y fecha de nacimiento:	Lima, 15 de agosto de 1988
Estado civil:	Soltera
Grado de Instrucción:	Universitario incompleta
Religión:	católica
Lugar de entrevista:	Consultorio
Psicólogo:	Judith O. Serrano Cárdenas

Instrumento Aplicado

Inventario de personalidad de Eysenck Forma B – Adultos

Resultados

Tabla 2

Resultados del cuestionario de personalidad de Eysenck

DIMENSION	PUNTAJE
N	7
E	1
L	4

Interpretación de los resultados

Como característica de personalidad la usuaria presenta una tipología altamente estable tendiente a la extroversión, el cual, corresponde al tipo sanguíneo. Es decir, tiende de gustar participar en eventos sociales, compartir con amistades, dialogar con personas de su medio, ser optimista. Siendo frecuentemente equilibrada, locuaz, tiende a ser líder de gran productividad y mantiene buena capacidad para trabajar en equipo adecuándose a situaciones nuevas. Asimismo, tiende a actuar sobre estímulos del momento, dejándose llevar por su impulso, prefiriendo en ocasiones más actuar que pensar.

De la prueba aplicada, se desprende que la usuaria presenta personalidad estable relacionada a la extroversión de tipo sanguíneo, hecho que evidencia que la situación actual por la cual, viene al servicio de psicología no está relacionada a su tipo de personalidad, evidenciando un desajuste ocasionado por los sucesos relatados en consulta.

Recomendaciones y/o sugerencias

Dado que la personalidad es un factor estático en la persona, se recomienda iniciar un tratamiento terapéutico psicológico utilizando técnicas conductuales y cognitivas para impulsar las fortalezas de la usuaria.

Informe del Test de Matrices Progresivas, Escala General de Raven

1. Datos de filiación

Nombre y Apellidos:	Laura
Edad:	33 años
Lugar y fecha de nacimiento:	Lima, 15 de agosto de 1988
Estado civil:	Soltera
Grado de Instrucción:	Universitario incompleta
Religión:	católica
Lugar de entrevista:	Consultorio

Psicólogo:

Judith O. Serrano Cárdenas

Instrumento aplicado

Test de Matrices Progresivas, Escala General de Raven

Resultados

Tabla 3

Resultados Matrices Progresivas

RESULTADO	
Puntaje	60
Percentil	95
Rango	I
Diagnóstico	Intelectual muy superior al término medio

Interpretación de resultados

De acuerdo al test de matrices progresivas, escala general de Raven, la usuaria presenta rango I, el cual indica, que es intelectualmente muy superior al término medio, es decir, presenta mayores habilidades intelectuales en comparación con los de su edad. Ello nos señala, que la ausencia en el desempeño académico que relata en consulta la usuaria, no se debe a eventos neurológicos o de desempeño intelectual, sino, a los sucesos ocurridos que afectando su rendimiento.

Recomendaciones y/o sugerencias

Se recomienda intervención terapéutica psicológica, utilizando técnicas cognitivas y conductuales que estimule las cogniciones de la usuaria.

Informe del Test de Depresión de Zung

Datos de filiación

Nombre y Apellidos:

Laura

Edad:	33 años
Lugar y fecha de nacimiento:	Lima, 15 de agosto de 1988
Estado civil:	Soltera
Grado de Instrucción:	Universitario incompleta
Religión:	católica
Lugar de entrevista:	Consultorio
Psicólogo:	Judith O. Serrano Cárdenas

Instrumento aplicado

Test de Depresión de Zung

Resultados

Tabla 4

Resultado del Test de Depresión de Zung

Puntaje total	Índice EAD	Interpretación
50	63	Depresión moderada (61-70 EAMD)

Interpretación de resultados

Usuaría presenta sintomatología depresiva situacional, es decir, se generó en base a un evento considerado traumático, ocasionando una depresión nivel moderado, ello dice, que la usuaria ha valorado los sucesos ocurridos como una experiencia impactante que ha cambiado su vida, generándole un estado de ánimo bajo, dificultad de conciliar el sueño, cambios en el apetito, falta de energía, sentimiento de inutilidad, culpa, pérdida del placer en actividades que le generaban satisfacción.

Recomendaciones y/o sugerencias

Se recomienda iniciar un tratamiento psicológico especializado en depresión utilizando técnicas conductuales y cognitivas.

Informe del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Datos de filiación

Nombre y Apellidos:	Laura
Edad:	33 años
Lugar y fecha de nacimiento:	Lima, 15 de agosto de 1988
Estado civil:	Soltera
Grado de Instrucción:	Universitario incompleta
Religión:	católica
Lugar de entrevista:	Consultorio
Psicólogo:	Judith O. Serrano Cárdenas

Instrumento aplicado

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Resultados

Tabla 5

Resultados BDI-II

Puntaje	Interpretación
28	Depresión moderada

Interpretación de resultados

El puntaje obtenido en el inventario de depresión de Beck II (BDI-II) identifica en la usuaria áreas de mayor dificultad, tales como, sentimiento de castigo, autocrítica, llanto, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, cambios de hábitos de sueño, irritabilidad,

dificultad en la concentración, pérdida de interés en el deseo sexual. Presentando como resultado un nivel de depresión moderada.

Recomendaciones y/o sugerencias

Se recomienda iniciar un tratamiento psicológico especializado en depresión utilizando técnicas conductuales y cognitivas.

Informe del Inventario de pensamientos automáticos (IPA)

Datos de filiación

Nombre y Apellidos:	Laura
Edad:	33 años
Lugar y fecha de nacimiento:	Lima, 15 de agosto de 1988
Estado civil:	Soltera
Grado de Instrucción:	Universitario incompleta
Religión:	católica
Lugar de entrevista:	Consultorio
Psicólogo:	Judith O. Serrano Cárdenas

Instrumento aplicado

Inventario de pensamientos automáticos (IPA)

Resultados

Tabla 6

Resultados IPA

Pensamientos automáticos	Puntaje	Interpretación
Falacia de recompensa divina	9	Alto
Los debería	6	Medio
Falacia de justicia	5	Medio

filtraje	4	Medio
culpabilidad	4	Medio

Interpretación de resultados

El puntaje obtenido en el inventario de pensamientos automáticos (IPA) identifica una serie de distorsiones cognitivas en la examinada, entre las más significativas tenemos:

-La falacia de recompensa divina, el cual, le hace creer a la usuaria que el universo o alguna entidad divina debería recompensar sus actos, llegando a entorpecer sus actos de superación ante el conflicto, esperando recompensa en un futuro por todos los esfuerzos y sacrificios realizados.

-Los debería, esta distorsión otorga a la usuaria una gama de estrictas reglas inflexibles de cómo deben hacerse las cosas, o que es lo que ella tiene que hacer, considerando cualquier desviación que sucede alrededor o consigo misma como algo intolerable, insoportable, llevándola a alteraciones emocionales.

- Falacia de justicia, la usuaria llega a sentirse responsable de todo lo que sucede a su alrededor y de todas las personas que lo rodean, siente que tiene el mundo en sus hombros y que cualquier error de su parte le puede llevar a la ruina, así como a los demás, por eso debe de buscar hacer lo correcto siempre si no tendrá sentimientos de culpa y congoja. Como lo que presenta en la actualidad.

- Filtraje, tiende a emitir juicios de valor ante situaciones vividas extrayendo solo lo negativo y olvidando lo positivo de las mismas. Esta distorsión consiste en seleccionar en forma de túnel un solo aspecto.

- Culpabilidad, la usuaria asume la culpabilidad de sus sucesos ocurridos, de ella o lo demás, generándole sentimientos martirizantes en las diferentes áreas de su vida.

Recomendaciones y/o sugerencias

Se recomienda realizar una terapia cognitiva con el objetivo de reestructurar las distorsiones cognitivas que presenta la examinada y que mantienen su depresión.

Informe integrado de todos los instrumentos psicológicos aplicados

Datos de filiación

Nombre y Apellidos:	Laura
Edad:	33 años
Lugar y fecha de nacimiento:	Lima, 15 de agosto de 1988
Estado civil:	Soltera
Grado de Instrucción:	Universitario incompleta
Religión:	católica
Lugar de entrevista:	Consultorio
Psicólogo:	Judith O. Serrano Cárdenas

Instrumentos aplicados

Inventario de personalidad de Eysenck Forma B – Adultos

Test de Matrices Progresivas, Escala General de Raven

Test de Depresión de Zung

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Inventario de pensamientos automáticos de Beck II (IPA)

Interpretación de resultados

Los resultados de los instrumentos aplicados indican que Laura es una adulta joven con un problema de depresión nivel moderado, que va perjudicando diversas áreas personales, sociales, educativas y laborales. Presentando pensamientos, distorsiones cognitivas relacionados a los sentimientos de culpa, reglas y mandatos autoimpuesto, así como, esperanza de una recompensa ante su sacrificio, hecho que ahonda más la depresión, además presenta

conductas de aislamiento, desmotivación, fatiga, pérdida del interés, dificultades en conciliar el sueño y desajustes en la alimentación. Estos resultados se correlacionan con la historia clínica cognitiva conductual.

Recomendaciones y/o sugerencias

Se recomienda que la usuaria participe en un tratamiento especializado para la depresión, el cual, incluya técnicas conductuales y cognitivas que ayuden a disminuir la sintomatología depresiva presentada, a fin de generar funcionabilidad en el sujeto.

2.5.5 Informe psicológico integrador

Diagnóstico funcional:

Exceso:

- Tristeza marcada que se evidencia al llorar constantemente por las noches después de revisar las redes sociales de su ex pareja.
- Evita reiteradamente salir con sus amistades o compartir reuniones con su familia.
- Mira series o videos románticos de manera frecuente, hasta altas horas de la madrugada, generando dificultades en el adecuado descanso.
- Aumento de peso, debido a los desarreglos alimenticios.
- Tensión corporal y dolor de cabeza a causa de las alteraciones del adecuado sueño.
- Pensamientos distorsionados: “por mi culpa no funcionó mi relación”, “no merezco ser feliz”, “siento que ya no puedo más”, “doy pena”, “estoy vacía por dentro”.

Debilitamiento:

- Dificultades en el rendimiento laboral
- Abandono académico, debido a la falta de concentración y asistencia.

Déficit:

- Aceptación de la ruptura amorosa, asumiendo las nuevas circunstancias presentes en su vida.
- Pensamientos positivos racionales, en relación a su ruptura amorosa.
- Actividades de relajación.

Lista de conductas Conductas adecuadas:

- Conciencia del problema (actitud contemplativa)
- Adecuado aseo y arreglo personal
- Buen nivel de auto observación
- Alta motivación respecto al tratamiento.
- Actitud comunicativa
- Cumplimiento de tareas asignadas

Conductas inadecuadas

- Depresión.
- Bajo concepto de sí mismo
- Visión negativa sobre su futuro.

Análisis funcional:**Tabla 7***Análisis funcional*

Estímulo discriminativo (ED)	Respuesta (R)	Estímulo reforzador (ER)
<u>ED Externo:</u>	<u>Emocional</u>	<u>Interno:</u>

- Cuando su ex pareja publica fotos con su relación actual. (9/10)	Tristeza (9/10) Culpa (8/10) Frustración (7/10)	- Buscar las fotos de su ex en las redes sociales. <i>reforzador positivo</i>
- Cuando revisa el Facebook de su ex pareja o personas afines a él. (9/10)	<u>Fisiológico</u> Tensión corporal Dolor de cabeza	- Evitar salir con amigos y reuniones familiares (Alivio al quedarse en cama).
- Cuando lo ve conectado al WhatsApp. (8/10)	Insomnio Aumento del apetito	<i>Reforzador negativo</i>
- Al ver las fotos en su celular donde están juntos. (8/10)	Ritmo cardíaco acelerado Agotamiento físico	<u>Externo:</u>
- Cuando escucha canciones románticas o ve películas del mismo género. (8/10)	<u>Cognitivo</u> “Por mi culpa no funcionó la relación”, “yo lo perdí”, “él quería regresar conmigo y yo me hice de rogar”, “perdí esa oportunidad por estúpida”, “no merezco ser feliz”,	Permisividad de la familia. <i>Refuerzo positivo</i>
- Cuando sus amigos le cuentan sobre su ex. (7/10)	“lo sigo amando, así me haga daño”, “quiero olvidarlo, pero no puedo”, “siento que ya no puedo más”, “estoy vacía por dentro”,	Conversar con su amiga que la entiende vía web <i>Refuerzo positivo</i>
- Cuando sus papas y hermana le dicen “supéralo, eres una exagerada”. (7/10)-	“doy pena”. “nadie me entiende”, “todos dicen que exagero como si lo hiciera a propósito”, “a él, nunca le	Contestar las llamadas de la familia de su ex para saber de él. <i>Refuerzo positivo</i>
<u>ED Interno:</u> Recuerdos de sus planes de		

matrimonio (9/10)

importe, solo quería tirar
conmigo y punto”.

Motor

- Dificultades laborales (llegar tarde al trabajo, dejar inconclusos los reportes del día)
- Abandono de los estudios
- llorar (al ver las fotos de su ex y al ver videos románticos)
- Aislamiento (evita reunirse con amigos y familiares fuera de casa)

Dimensiones de la

conducta: Duración: 6 meses

aprox.

Frecuencia: 5 a 6 veces por la semana

Intensidad

: Tristeza

(9/10)

Culpa

(8/10)

Frustración (7/10)

Diagnóstico tradicional: CIE 10

Episodio depresivo moderado (F32.1)

F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos: (OMS, 1992, p.66)

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito. (OMS, 1992, p.66)

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. (OMS, 1992, p.67).

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo. (OMS, 1992, p.67).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas.

Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. (OMS, 1992, p.68)

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático: (OMS, 1992, p.68)

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síntomas somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría). (OMS, 1992, p.68).

2.6 Intervención

2.6.1 Plan de intervención.

Tabla 8

Evaluación psicológica

Evaluación Psicológica				
Fases	N° de sesiones	Fechas	Técnicas	Desarrollo actividades
EVALUACIÓN	Sesión 1	03MAY21	Entrevista psicológica	Establecer el encuadre y la alianza terapéutica. Datos de filiación, motivo de consulta, observaciones generales y firma del consentimiento informado.
	Sesión 2	07MAY21	Entrevista psicológica	Firma del contrato terapéutico. Elaboración de la Historia clínica cognitiva conductual. Culminación de la historia cognitiva conductual. Evaluación psicológica, aplicación del Inventario de personalidad de Eysenck forma B, Test de matrices progresivas Raven, Test de depresión de Zung, Inventario de depresión de Beck II (BDI-II), Inventario de pensamientos automáticos (IPA) y elaboración de la línea base de conductas (registro).
	Sesión 3	12MAY21	Entrevista psicológica	
	Sesión 4	18MAY21	Entrevista psicológica Procesamiento de datos	Explicación y retroalimentación del informe psicológico integral

Tabla 9

Programa de intervención cognitivo – conductual

Programa de intervención cognitivo – conductual				
INTERVENCIÓN	N° de sesiones	Fechas	Técnicas	Desarrollo actividades
	Sesión 5	25MAY21	Psicoeducación	Psicoeducación sobre la terapia cognitiva conductual y la

INTERVENCIÓN			depresión.
	Sesión 6	01JUN21	Técnica de relajación, modelado y autoregistro
	Sesión 7	08JUN21	Técnica de Programación de actividades Técnica de relajación Autoregistro
	Sesión 8	15JUN21	Técnica de Programación de actividades Técnica de dominio y agrado
	Sesión 9	22JUN21	Actividades positivas agradables
INTERVENCIÓN	Sesión 10	30JUN21	Tareas graduales

Explicación de la técnica de relajación por medio del modelado. Entrenamiento en el reconocimiento de las unidades subjetivas de disturbio (SUDS) a través del autoregistro puntuando el SUDS.

Explicación de la técnica e importancia dentro del proceso terapéutico. Ejemplo de su ejecución en sesión.
Registro de actividades diarias.

Revisión del registro de actividades en la semana y puntuación del dominio y agrado de cada una de ellas.
Autoregistro semanal

Realización de lista de actividades potencialmente agradables, por medio de la valoración del dominio y agrado.
Y relación de recompensas o gratificaciones para las actividades que se ejecuten.

Registro conductual
Se explicará la técnica y su importancia en el proceso terapéutico, asimismo, se elaborará una lista de tareas en

INTERVENCIÓN

			sesión como ejercicio. Posteriormente se asignará tareas para casa en la semana, graduándola de menos a más complicada.
Sesión 11	07JUL21	Psicoeducación de la relación situación, pensamiento, emoción y conducta	Se explica e identifica la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta. Registro de pensamiento.
Sesión 12	14JUL21	Psicoeducación en la relación pensamiento – emoción	Se explica la relación entre los pensamientos y la influencia en la emoción, para ello se hará uso del termómetro del estado de ánimo. Realización de la técnica de triple columna, para reestructurar los pensamientos que están generando emociones perturbadoras, a fin de modificar la conducta.
Sesión 13	21JUL21	Técnica de triple columna	Identificación de los pensamientos distorsionados.
Sesión 14	27JUL21	Reestructuración cognitiva	Entrenamiento en reestructuración por medio de la prueba de realidad de las distorsiones cognitivas.
Sesión 15	03AGOS21	Reestructuración cognitiva	Registro de pensamiento. Entrenamiento en reestructuración por medio de la reatribución.

INTERVENCIÓN

Sesión 16	10AGOS21	Reestructuración cognitiva	Registro de pensamiento. Entrenamiento en reestructuración por medio de la búsqueda de soluciones alternativas.
Sesión 17	17AGOS21	Reestructuración cognitiva	Monitorear el correcto aprendizaje de las técnicas aprendidas. Feedback
Sesión 18	24AGOS21	Entrenamiento en conductas asertivas	Tipo de conductas pasiva, asertiva y agresiva. Juego de roles, registro conductual y auto registro.
Sesión 19	01SET21	Técnica de solución de problemas	Entrenamiento en los 5 pasos para la solución de situaciones problemáticas presentadas.
Sesión 20	08SET21	Técnica de solución de problemas y autoregistro	Monitorear lo aprendido. Establecer o reiniciar la solución presentada en la sesión pasada, buscando soluciones efectivas a largo plazo. Auto registro.
Sesión 21	15SET21	Evaluación post test – Finalización	Aplicación del Test de depresión de Zung, Inventario de depresión de Beck II (BDI-II), Inventario de pensamientos automáticos (IPA). Aplicación del registro de conducta. Devolución de los avances del programa de intervención.

2.6.2 Programa de intervención: Sesiones terapéuticas

Sesión 1: Entrevista psicológica– Motivo de consulta

Objetivo:

- Generar un ambiente agradable para la usuaria, estableciendo el encuadre y la alianza terapéutica.
- Conocer el motivo de consulta

Procedimiento:

1. Se realiza la presentación profesional, dándole bienvenida a la usuaria en consulta.
2. Se menciona la confidencialidad de lo dicho en sesión, y se le invita a tener la libertad de expresarse en la misma.
3. Posteriormente se pasa a recolectar de los datos de filiación de la usuaria y las observaciones generales de su conducta.
4. Se invita a que relate el motivo por el cual viene a consulta.
5. Se hace la devolución de la información recibida, a fin de confirmar o añadir su motivo de consulta. Y tener todos los indicadores claros.
6. Se explica el proceso de evaluación y programa de intervención aplicando el encuadre terapéutico.
7. Por último, se procede a la firma del consentimiento informado previa coordinación con la usuaria.

Sesión 2: Entrevista psicológica – conformación de la historia clínica

Objetivo:

- Recolectar información de la usuaria por medio de la historia clínica cognitiva conductual.

Procedimiento:

1. Se saluda cordialmente a Laura, invitándola a ponerse cómoda dentro del consultorio, felicitando la puntualidad y continuidad del proceso de evaluación.
2. Se explica lo que se va a realizar en la sesión presente, solicitando confianza en su relato.
3. Conformación de la historia clínica cognitiva conductual.
4. Para finalizar la sesión, se realiza la explicación, compromiso y firma del contrato terapéutico.

Sesión 3: Entrevista psicológica – evaluación psicológica.

Objetivo:

- Culminar la historia clínica cognitivo conductual
- Realizar las evaluaciones psicológicas psicométricas

Procedimiento:

1. Se explica a la usuaria lo que se va a trabajar en la sesión actual.
2. Se procede a la recopilación de la información de la historia clínica cognitivo conductual, para su culminación.
3. Se realiza la explicación de las pruebas psicométricas a aplicar y su finalidad: el inventario de personalidad de Eysenck forma B, Test de matrices progresivas de Raven, Test de depresión de Zung, Inventario de depresión de Beck II (BDI-II), Inventario de pensamientos automáticos (IPA).

Sesión 4: Entrevista psicológica – Procesamiento de datos.

Objetivos:

- Explicación del Informe psicológico integral.
- Elaboración de la línea base de las conductas.

Procedimiento:

1. Se realiza la devolución de información a la usuaria, respecto al análisis del informe psicológico integral y los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas.
2. Se explica los detalles evaluados y los criterios a considerar para la presunción diagnóstica.
3. Se despeja toda interrogante de la evaluada, en consulta, respecto a su informe psicológico.
4. Del informe psicológico, se procede a explicar el análisis funcional de la conducta y en base a ella, elaborar con la usuaria la línea base de la conducta.

Tarea:

Se solicita a la usuaria el registro de la línea base de la conducta en la semana, hasta la fecha de la próxima sesión.

Sesión 5: Psicoeducación sobre la terapia cognitiva conductual y la depresión

Objetivos:

- Dar a conocer a la usuaria los términos de la terapia cognitiva conductual y la depresión.

Procedimiento:

1. Se solicitará a la usuaria la tarea de la sesión pasada, invitándola a detallar los sucesos ocurridos en la semana por la cual puntuó el registro.
2. Se le brindará explicación de su problemática actual; depresión nivel moderado, facilitándole información detallada por medio de material didáctico impreso y digital, tales como, imágenes, lecturas, videos cortos, entre otros. Con la finalidad que esclarecer dudas referentes al caso.
3. Asimismo, se acoplará a la información anterior la conceptualización de la depresión abordada desde la terapia cognitiva conductual, explicando los factores involucrados,

tales como la triada cognitiva, esquemas y distorsiones cognitivas, agenciándose de material de lectura y gráficos, papel, lapiceros, para apoyar el aprendizaje en la usuaria.

Tarea:

Se dejará lecturas trabajadas en sesión, para que las revise en la semana, hasta la próxima sesión.

Sesión 6: Entrenamiento en técnica de relajación – Respiración diafragmática. Objetivos:

- Enseñar a la usuaria la técnica de respiración diafragmática y la influencia positiva en las reacciones fisiológicas.
- Lograr el aprendizaje de la usuaria del auto registro, reconociendo el SUDS y relacionándolo con sus pulsaciones.

Procedimiento:

1. Se explica a la usuaria en que consiste la técnica de respiración profunda o diafragmática, su importancia y como ello, muestra resultados favorables para el manejo de las reacciones fisiológicas que presenta, esto se hará por medio de material de lectura e imágenes.
2. Se aborda cuestionamientos relacionados a la técnica por parte de la usuaria, despejando toda duda de la misma y comprometiéndola a la realización correcta de los diferentes pasos a señalar.
3. Se realiza el modelado de la técnica, detallando cada paso en voz alta para el mayor entendimiento de la secuencia a seguir.
4. Posteriormente, se le indica que se coloque en una posición cómoda, asegurándose que la espalda se encuentre apoyada. Si gusta, que cierre los ojos en el proceso. Se señala los siguientes pasos:
 - Coloque una de las manos sobre el pecho y la otra sobre el abdomen.

- Inhale lentamente por la nariz. Cuente hasta 4. A medida que inhale, el abdomen debe empujar la mano. El pecho debe permanecer quieto.
 - Expulse el aire lentamente con los labios juntos (casi cerrados). Cuente hasta 4. A medida que expulsa el aire, debe sentir que el estómago se hunde. Ayudando a mantener la respiración lenta y pareja.
5. Para reforzar el aprendizaje de la técnica se solicita la repetición en 3 momentos más.
 6. Ahora que la usuaria ya sabe realizar el ejercicio se pasará a aprender las unidades subjetivas de disturbios (SUDS) donde se detalla que 0 es “nada de ansiedad”, 5 es más o menos, y 10 “demasiada ansiedad”.
 7. Asimismo, se pasará a enseñar a reconocer la medida de las pulsaciones, para el autoregistro. Se explicará que la frecuencia cardíaca en reposo es de 60 a 100 de pulsaciones por minuto.

Figura 1

Ficha de psicoeducación sobre programación de actividades graduales

Colocamos el dedo índice y medio de la mano en la muñeca de la otra mano, tratando de encontrar la arteria radial, hasta sentir pequeños latidos.

Seguidamente se usará el cronometro por 30 segundos y multiplicaremos por dos las pulsaciones encontradas en ese tiempo.

Figura 2

Ficha de psicoeducación sobre conteo de pulsaciones



8. Se solicitará a la usuaria, a modo de práctica, imagine una situación que le genere ansiedad, le otorgue un valor de 0 a 10 (SUDS) y se tome las pulsaciones, de acuerdo al ejemplo presentado. llenando el siguiente registro.

Tabla 12*Autoregistro de pulsaciones*

AUTO REGISTRO		
Situación	Pulsaciones iniciales/SUDS	Pulsaciones finales/ SUDS
Pasar por el paradero de carros, que está cerca a la casa de su ex pareja	98/5	

9. Posteriormente, se le pide que realice la técnica de respiración diafragmática, paso a paso. Y Al término de la misma, que se vuelva a medir las pulsaciones.

Tabla 13*Autoregistro de pulsaciones*

AUTO REGISTRO		
Situación	Pulsaciones iniciales/SUDS	Pulsaciones finales/ SUDS
Pasar por el paradero de carros, que está cerca a la casa de su expareja	98/5	82/3

Tarea:

- Practicar la respiración diafragmática en el transcurso de la semana, de preferencia en situaciones que le generen cierto grado de malestar.
- Llenar el autoregistro en la semana, hasta la siguiente sesión.

Sesión 7: Técnica de programación de actividades, técnica de relajación y autoregistro.

Objetivo:

- Aprender la técnica de programación de actividades y su adecuada ejecución.

- Lograr que la usuaria note la importancia de cómo sus actividades influyen en su estado de ánimo

Procedimiento:

1. Se le explica a la usuaria la importancia del empleo de un programa de actividades para contrarrestar su escasa motivación. Planificando el tiempo hora tras hora, ocupando su atención en las actividades a ejecutar centrándose en tareas dirigidas a un objetivo. Evidenciando datos realistas de la capacidad funcional de la usuaria.
2. Se presenta a la usuaria fundamentos teóricos, que respalden la técnica. Para ello, se hará uso de materiales impresos didácticos, ejemplos de casos y ejemplos de programas de actividades.
3. Se aborda las dudas de la usuaria sobre la técnica y se propone elaborar un programa en plan de experimento, dentro de la sesión, como ejemplo. Se resalta que el objetivo inmediato es el hecho de intentar cumplir con el programa.

Tabla 14

Cuadro de Programa de actividades

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
2:00-			Bañarme y				
3:00			alistarme				
			para ir a				
3:00-			mi sesión				
3:30			Subir al				
			bus, a mi				
3:30 –			cita				
4:30							

4. Se pide a la usuaria que, en una hoja o cuaderno aparte, registre los pensamientos y sentimientos que lo abordan mientras realiza cada tarea. Enfocándose en el hecho de realizarlas, más que en el juzgar o criticar dichas actividades o su desempeño.

5. Se explica que, para un mejor manejo de la técnica, se apoye con la técnica de relajación antes de iniciar con cada actividad o en el proceso de la misma. Midiendo las pulsaciones iniciales, puntuando el SUDS y luego las pulsaciones finales puntuando el SUDS. Esto puede realizarse sin necesidad de la hoja de registro.

Tabla 15

Autoregistro de pulsaciones

Situación	AUTO REGISTRO	
	Pulsaciones iniciales/SUDS	Pulsaciones finales/ SUDS
Bañarme y alistarme para ir a mi sesión	86/4	

6. Posteriormente, se pasa a realizar la programación de actividades en conjunto con la usuaria, con la finalidad de demostrar que es capaz de controlar su propio tiempo. Para ello, determinaremos el tipo de actividad que va a emprender, no la proporción de tarea que va a conseguir, asimismo, se explica que hay cosas que no se pueden prever, tanto factores externos como internos. Recalcando nuevamente que lo más importante es el intentar llevar a cabo el programa. Ya que esto proporcionará información útil para los siguientes objetivos. Se entrega este registro:

Tabla 16

Cuadro de Programa de actividades

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
8:00-							
9:00							
9:00 –							
10:00							

7. Se reitera, la importancia de acompañar dicho programa de actividades con la técnica de relajación como apoyo y registrar su pensamiento y sentimiento al momento de realizar las tareas.

8. Luego de realizar la programación de los primeros tres días de la semana, en sesión, se pide a la usuaria que reserve unos momentos al final de la tarde para hacer el programa del día siguiente; anotando la actividad propuesta para cada hora en el programa, así como se trabajó en sesión.

Tarea:

Completar el programa de actividades diarias en el registro, escribir los pensamientos y sentimientos en un cuaderno u hoja, de las tareas realizadas, y traerlo para la siguiente sesión.

Sesión 8: Técnica de programación de actividades - Técnica de dominio y agrado

Objetivos:

- Conseguir que la usuaria reconozca sus logros por medio de la técnica de dominio y agrado dentro de la programación de actividades.

Procedimiento:

1. Se solicita a la usuaria la tarea de la sesión pasada, el programa de actividades diarias y el registro de sus pensamientos y sentimientos de las tareas realizadas. Asimismo, se pide que relate la experiencia obtenida con la técnica.
2. Después del feedback realizado, abordando las dudas o cuestionamiento de la usuaria. Se deja claro que el propósito inicial del programa es observar y no juzgar, lo que la usuaria hace cada día.
3. Posteriormente se pasa a explicar la técnica de dominio y agrado, para ello, se hace uso de material impreso abordando conceptualización, pasos y ventajas. Detallando que el dominio, hace referencia al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada y el agrado, se refiere más al sentimiento de placer, diversión o alegría que derivan de una actividad.

4. Se explica que, el modo de evaluación de la técnica es de 0 a 5 puntos por cada actividad, donde 0 es mínimo “niveles bajos de agrado” y 5 es máximo “éxitos parciales”.
5. Para abordar mejor la técnica, se pide a la usuaria que mire su registro de programación de actividades diarias y que escriba inicialmente al lado de cada actividad una D (dominio) y una A (agrado).

Tabla 17

Cuadro de Programa de actividades con dominio y agrado

Hora	Lunes	Martes	M J V S D
8:00-			
9:00	Actividad D A	Actividad D A	
9:00 –			
10:00		Actividad D A	

6. Posteriormente, se solicita que a cada actividad otorgue una puntuación de 0 a 5 tanto para el dominio (D) como al agrado (A) de las mismas.

Tabla 18

Cuadro de Programa de actividades con dominio y agrado

Hora	Lunes	Martes	M J V S D
8:00-			
9:00	Actividad D 0 A 0	Actividad D 3 A 0	
9:00 –			
10:00		Actividad D 0 A 3	

7. Se explica a la usuaria que la finalidad de la técnica de dominio y agrado dentro

de la programación de actividades es lograr que ella se trace metas con sentido, realizando actividades que de hecho quiso hacer a las que estaban programadas para ese día. Generando por sí y para sí misma, una autoevaluación del dominio, como un paso adelante que consiguió a pesar que dicha actividad no le agrado y el agrado como la satisfacción al conseguir el objetivo.

8. Se trabaja en sesión con la usuaria una nueva programación de actividades para la semana siguiente, donde se puntué el D y A.

Tarea

Completar el registro de programación de actividades y puntuar en cada actividad el grado de dominio (D) y agrado (A).

Sesión 09: Técnica de actividades positivas agradables.

Objetivo:

- Incrementar las actividades de la usuaria mediante actividades positivas agradables.

Procedimiento:

1. Se pide a la usuaria la tarea de la semana pasada y se solicita que, de acuerdo a las puntuaciones otorgadas al dominio y agrado de las actividades del registro de programación, separe en una hoja las actividades que consideró agradables y de dominio.
2. Posteriormente, se consultará las razones de la usuaria por las que no realiza actividades agradables, indagando si es porque evita realizarlas o se ha olvidado de ellas.
3. A la lista realizada en el punto (1) por la usuaria, más la información recabada en el punto (2), se confecciona junto con la usuaria una lista de actividades potencialmente agradables.
4. Se determinará con la usuaria un listado de 5 actividades gratificantes a realizarse en la semana, detallando en el registro hora, día, actividad, nivel de agrado y

dominio. Donde puntuará de 0 a 5, donde 0 es ausencia de agrado/dominio y 5 máximo de dominio/agrado.

Tabla 19

Registro de actividades positivas agradables

Día	Hora	Actividad	agrado	Dominio
Martes	10:00 am	Maquillarme los ojos para salir de casa. Sombras en los parpados y delineado	5	3
Jueves	4:00 pm	Sacar a pasear a mochi por 20min (su perrito)	5	3

- Posteriormente, Se realizará con la usuaria, la relación de recompensas o gratificaciones a la cantidad de actividades cumplidas por semana. Donde, se jerarquizará las recompensas desde 1 actividad hasta 5 actividades cumplidas.

Tabla 20

Recompensas

Recompensa	Semana
Un helado frio rico sabor vainilla	1 actividad
Plato favorito: Un cuarto de pollo a la brasa	2 actividades

- Se realizará las primeras 5 actividades para la semana en sesión. Detallando que, se debe puntuar en el registro los niveles de dominio y agrado, además de acompañar cada una de ellas, con la técnica de respiración, a fin de fortalecer la técnica.

Tarea:

Realizar la puntuación del dominio y agrado en el registro de actividades, durante la semana. Hasta la siguiente sesión.

Sesión 10: Técnicas de tareas graduales.

Objetivo:

- Incrementar las actividades a través de tareas graduales
- Conseguir que la usuaria reconozca sus logros como resultado de su propio esfuerzo.

Procedimiento:

1. Se le solicitará a la usuaria el registro de actividades trabajadas en la sesión pasada, se felicita los logros obtenidos dentro de la dinámica, y las recompensas que se otorgó por el cumplimiento de las mismas.
2. A modo de introducción, se explica en qué consiste la técnica de tareas graduales, tomando como ejemplo los pasos conseguidos desde la programación de actividades hasta las actividades gratificantes y sus recompensas obtenidas, para poder contrarrestar el pensamiento de la usuaria de que es incapaz de conseguir objetivos que son importantes para ella.
3. Posteriormente, y revisando sus registros anteriores se trabaja con la usuaria la formulación de un proyecto, explicando que se asignará una serie de tareas ordenadas de las más simples a más complejas. Iniciando como base con las conductas ya ejecutadas.
4. A modo de ejercicio y para ejemplificar la técnica. Se realizará un pequeño listado, en conjunto con la paciente de las tareas a cumplir. Donde la misma usuaria jerarquizará el orden de las actividades por el nivel de dificultad.

Tabla 21

Tareas

Tarea
Concentrarse en las actividades de la sesión por 10 min sin agarrar el celular.
Concentrarse en las actividades de la sesión por 20 min sin agarrar el celular.
Enfocarse en las actividades de la sesión por 30 min sin agarrar el celular.

5. Se realizarán las observaciones de su éxito al conseguir realizar las actividades que se encomendaron, pidiéndole a la usuaria que relate, que es lo que piensa y siente respecto al logro del mismo.
6. Cuestionar las dudas de la usuaria, disminuyendo la minimización de sus logros.
7. Estimular a la usuaria para que se evalúe de forma realista, haciendo énfasis en que alcanza el objetivo gracias a su propio esfuerzo y a sus capacidades.
8. Posteriormente, se trabajará con la usuaria una pequeña lista de tareas graduales para la casa y el trabajo, especificando que se tome en cuenta lo realizado en el ejercicio, es decir que las actividades sean de menos a más.

Tarea:

A modo de conclusión se le indica a la usuaria que ponga en práctica lo aprendido en sesión, además de registrar los pensamientos y sentimientos que tiene al cumplir con los objetivos y traerlo a la siguiente cita.

Sesión 11: Psicoeducación de la relación situación, pensamiento, emoción y conducta.

Objetivos:

- Enseñar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta.
- Lograr identificar la importancia de los pensamientos frente a distintas situaciones que generen emociones perturbadoras.

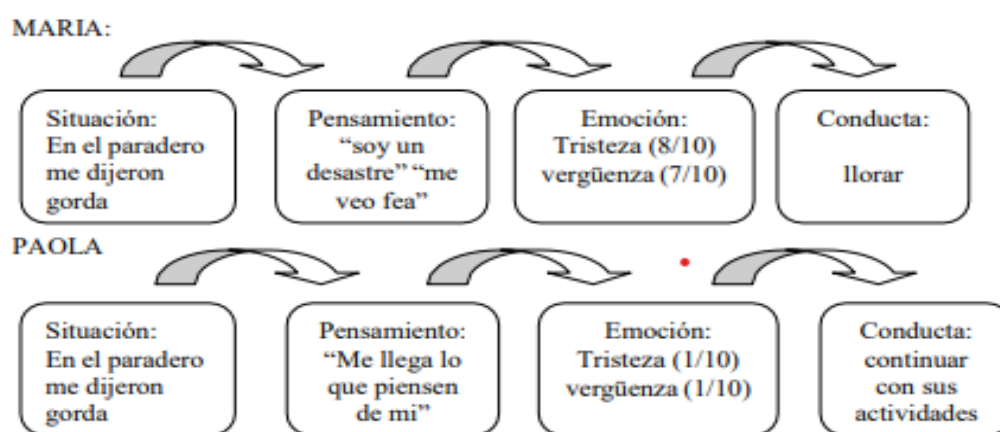
Procedimiento:

1. Se le pedirá la actividad de la sesión pasada, la lista de tareas graduales y el registro de sus pensamientos y sentimientos, solicitando un breve resumen de lo trabajado, explicando los pensamientos y sentimientos de aquellas tareas que le fueron complicadas de cumplir.
2. Se usará el discurso de la usuaria y la experiencia de la tarea pasada, para introducir la explicación de la relación entre situación, pensamiento, sentimiento y conducta.

Posteriormente, se hará uso de material impreso informativo y didáctico, para sustentar la explicación. Asimismo, se pondrá por medio de imágenes y/o esquemas ejemplos a trabajar en sesión, reconociendo la relación e influencia de los pensamientos y conducta en cada persona de manera diferente bajo la misma situación.

Figura 3

Cuadro de situación, pensamiento, sentimiento y conducta I



- Una vez identificado las diferentes respuestas de los ejemplos bajo la misma situación, se esclarece la influencia de los pensamientos en las emociones y la conducta.
- Se proponen ejemplos que le sucedieron dentro de la semana para que identifique la relación bajo su propia experiencia.

Figura 4

Cuadro de situación, pensamiento, sentimiento y conducta II



- A modo de práctica se repetirán dos a tres veces más el registro de situación, pensamiento/emoción y conducta, a fin de establecer el aprendizaje.

Tarea:

Se le deja tarea conductual, de llenar el registro de situación, pensamiento/emoción y conducta, durante la semana hasta la próxima sesión.

Sesión 12: Psicoeducación en la relación pensamiento – emoción.

Objetivo:

- Lograr que la usuaria reconozca la influencia de sus pensamientos en su estado de ánimo.
- Conseguir que la usuaria identifique y registre la valoración de su estado de ánimo de manera diaria.

Procedimiento:

1. Se pide a la usuaria que muestre la tarea encomendada en la semana y que narre el proceso de llenado del registro. Se realiza la retroalimentación de lo trabajado.
2. Del registro trabajado en semana, se pasará a detallar las columnas de pensamiento y emoción, explicando la relación directa que existe entre la manera en como uno se siente y los pensamientos que genera. Para ello, se hará uso de material didáctico, ejemplificando casos. Partiendo del aprendizaje anterior, se explicará la importancia de identificar el estado de ánimo de manera objetiva, no dejándose llevar por el malestar.
3. Para ello, se procederá a dar la hoja del termómetro del estado de ánimo, donde se explicará la importancia de auto reconocer y valorar el ánimo por día.
4. Se procede a dar las indicaciones de cómo trabajar el estado de ánimo, detallando el cómo y cuándo valorar. Así como, la importancia de realizarlo por día.
5. A modo de práctica, se indicará a la usuaria que, de acuerdo a la programación de sus actividades, narre un día realizado, al culminar el día (antes de recostarse) recuerde como se sintió. Y en la hoja del termómetro del estado de ánimo puntúe del 1 al 9, donde 1 es peor estado y 9 mejor estado, el ánimo que considere.

6. Se deja en claro, que el termómetro del ánimo tiene que desarrollarlo de manera diaria, en todo el proceso terapéutico y posterior al mismo.

Tarea:

Ejecutar el termómetro del ánimo de manera diaria y que lo traiga en la siguiente sesión, así como el registro de situación, pensamiento emoción y conducta.

Sesión 13: Técnica de triple columna.

Objetivos:

- Reestructurar pensamientos a través de la técnica de triple columna.

Procedimiento:

1. Se solicita el termómetro del ánimo y se revisa las puntuaciones dadas en la semana. Se felicita el cumplimiento de la tarea y se le pide continúe con el registro de manera diaria hasta la siguiente sesión, se entrega material impreso.
2. Se explica lo que se va a trabajar en la sesión actual y se entrega el registro de situación, pensamiento, emoción y conducta, para llenarlo. A fin de realizar el feedback de la sesión anterior. Del registro entregado se solicitará a la usuaria enfocarse en la columna de pensamiento.
3. Una vez, identificado y reconocido el pensamiento, como determinante en su emoción y conducta, se realiza la Técnica de triple columna, identificando los pensamientos automáticos específicos. Basándose en la interrelación que se da entre la situación, el pensamiento, la emoción y la conducta.
4. Para llevar a cabo esta técnica se graficará tres columnas, en la 1era columna se describe la situación perturbadora, en la 2da columna anotaremos el pensamiento automático y el sentimiento que éste genera, por último, en la 3era columna después de haber debatido los pensamientos se pondrá la conducta adaptativa.

Tabla 22

Situación inicial A, registro de situación, pensamiento/emoción y conducta.

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Veo películas románticas	“nunca me amarán así” “ellos son perfectos”	Tristeza (8/10)	Llorar

5. Se cuestionan los pensamientos con la finalidad de que se genere una conducta más adaptativa a la situación. Mostrando a la usuaria, lo importante que son sus pensamientos en el modo en que siente y actúa.

Tabla 23

Situación B: Triple columna

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Veo películas románticas	“Es solo una película, no todo es real” “Son actores representando un personaje, en la realidad todo es diferente”	Tristeza (3/10)	- Respirar profundo y terminar de ver la película sin llorar.

6. A modo de práctica y para establecer la técnica, se repetirán dos veces más la técnica utilizando el registro de triple columna.

Tarea:

Se le deja tarea conductual, de llenar el registro de la triple columna, durante la semana hasta la próxima sesión, donde de acuerdo a lo aprendido, registre los eventos activadores, los

pensamientos que tiene del mismo, las emociones que le generan. Luego las confronte o debata, y llenar por último la 3era columna con la conducta adaptativa.

Sesión 14: Reestructurar los pensamientos distorsionados por medio de la prueba de realidad

Objetivos:

- Detectar los pensamientos automáticos en el discurso de la consultante, orientando a la usuaria en darse cuenta de sus pensamientos distorsionados, reelaborando la expresión irracional por uno más racional

Procedimiento:

1. Se le solicitará la tarea conductual dejada en la sesión anterior. Registro de la técnica de triple columna. Se pedirá que mencione los pensamientos más resistentes en la técnica, los cuales, permanecen generando malestar.
2. Se da a conocer la técnica a utilizar en la presente sesión, explicando que con la técnica no se pretende generar un optimismo pasajero haciéndole creer que “las cosas son realmente mejores de lo que parecen”, sino para producir una descripción y análisis más correctos de cómo son las cosas, buscando la base o evidencia de cada pensamiento a someterse en la prueba de realidad.
3. En base al registro de la sesión pasada y a la línea base, se somete a prueba de realidad los pensamientos negativos. Donde la usuaria buscará demostrar las evidencias que indiquen qué tan ciertas son las situaciones que plantea.

Tabla 24

Prueba de realidad los pensamientos negativos

Cognición	Preguntas
-----------	-----------

“yo lo perdí”	¿Qué te hace creer...?
“no merezco ser feliz”	¿Dónde está la evidencia de...?
	¿En qué te fundamentas para decir que...?
	¿Qué sustento tienes que respalde que...?
	¿Eras la única responsable de la relación?
	Entonces podrías decir que...
	Entre otros cuestionamientos en sesión.

4. Con los cuestionamientos se busca redireccionar, elaborando respuestas alternas a los pensamientos, invitándola a reformular por uno más relativo, preferencial, racional. Identificando mediante este nuevo discurso.

Figura 5

Cuadro de pensamiento, sentimiento y conducta III



5. Para establecer la dinámica de la técnica, se cuestionan dos pensamientos más que le generen malestar a la usuaria, de modo que la usuaria pueda mejorar tanto su capacidad de observación como su capacidad para hacer inferencias lógicas y realistas.
6. Como apoyo a la técnica se solicita a la usuaria registrar los pensamientos alternos, la nueva emoción asociada y la conducta generada.

Tabla 25*Registro de pensamiento*

Pensamiento automático	Pensamiento reformulado - alterno	Emoción nueva	Conducta alterna

Tarea:

Poner en práctica lo aprendido en sesión, haciendo uso del registro de pensamiento y traerlo en la próxima sesión.

Sesión 15: Reestructurar los pensamientos distorsionados por medio de la reatribución.

Objetivos:

- Lograr que la usuaria aprenda a reestructurar sus cogniciones por medio de la técnica de reatribución, generando pensamientos alternos adaptativos.

Procedimiento:

1. Se solicitará a la usuaria la tarea de la sesión pasada, preguntando los avances que realizó en la semana, así como las dificultades que encontró en desarrollarla.
2. Posteriormente, y de acuerdo a su registro de línea base, se pasa a explicar la técnica de retribución, explicando que dicha técnica se ejecuta en aquellos pensamientos que la hacen atribuirse incorrectamente culpa o responsabilidad de los acontecimientos negativos que escapen de su control, o son relativas a sus acciones.
3. Se indica que la técnica de “reatribución” tiene el objetivo de atribuirle la responsabilidad a quien verdaderamente corresponda. Y así definir los diferentes factores que pudieron intervenir en la situación adversa que está pasando.
4. En base al registro de línea base y a la revisión de la tarea de la sesión pasada, se pasa a realizar la técnica.

Tabla 26*Cognición-preguntas*

Cognición	Preguntas
Por mi culpa no funcionó la relación	Explícame a que te refieres.... Que hecho me puedes describir... Analícemos lo que me comentas.... Tenías todo lo necesario para ¿Eres 100% responsable de toda la relación? Entre otras interrogantes propias de la secuencia de respuestas.

5. Se pasa a explicar a la usuaria, lo ocurrido en la técnica, explicando que dichas interrogantes ejercidas en la dinámica buscan redireccionar, elaborar las respuestas alternas a los pensamientos, para luego mostrar como los distintos criterios para atribuir responsabilidad a su propia conducta podrían haber sido aplicados a la conducta de otra persona, poniendo así en duda su cognición.
6. A modo de conclusión se le indica a la usuaria escribir en una hoja las racionalidades, la emoción y alternativa de conducta que pudo generar en sesión.

Tarea:

Se deja como tarea poner en práctica lo aprendido en sesión apoyándose con la hoja de racionalidades escritas en el punto 8.

Sesión 16: Reestructurar cognitiva de los pensamientos distorsionados por medio de solución de alternativas.

Objetivos:

- Monitorear el correcto aprendizaje de la técnica aprendida en la pasada.
- Fortalecer el aprendizaje con técnica de búsqueda de soluciones alternativas.

Procedimiento:

1. Se le pedirá un breve resumen de lo trabajado en la sesión pasada, retroalimentando dicho aprendizaje.

2. Se solicitará a que narre si presentó dificultades en la tarea dejada la sesión pasada, donde no haya podido reformular los pensamientos automáticos distorsionados.
3. En base a ello, se pasa a explicar la técnica de soluciones alternativas, donde se investigará otras interpretaciones o soluciones a los problemas de la usuaria buscando alternativas y generando conclusiones desde un punto de vista objetivo.
4. Posteriormente, en base al registro de línea base y a la revisión de la tarea de la sesión pasada, se pasa a realizar la técnica.

Tabla 27*Cognición-preguntas*

Cognición	Preguntas
“nadie me entiende”	¿Qué te hace pensar esto?
“estoy vacía por dentro”	¿Qué alternativas puedo plantear a ...?
“a él nunca le importe, solo quería tirar conmigo”	¿Cuál podría ser un pensamiento alternativo a ...?
	Hagamos una lista de posibles alternativas a...
	¿Existirán interpretaciones alternativas a la situación que me comentas...?
	¿Es posible que...?
	¿Hay alguna posibilidad que...? entre otras generadas de acuerdo a las respuestas en sesión.

5. A modo de conclusión se le vuelve a indicar a la usuaria que añada en la misma hoja anterior las racionalidades que generó en la actual sesión.

Tarea:

Ya con el reforzamiento realizado. Se deja como tarea poner en práctica lo aprendido en sesión apoyándose de la hoja de racionalidades. Para ello se explicará que la identificación de pensamientos no es solo parte inicial de la sesión, sino un proceso continuo.

Sesión 17: Reestructuración cognitiva – feedback.

Objetivo:

- Fortalecer el aprendizaje de las técnicas cognitivas aprendidas por medio de la retroalimentación y ejercicios en sesión.

Procedimiento:

1. Se felicitará a la usuaria por los logros alcanzados dentro de su proceso terapéutico y se solicitará los registros cognitivos de las sesiones pasadas, así como las hojas de racionalidades escritas en la misma, pidiendo que las lea en voz alta.
2. A modo de recordar, se le pide que haga un pequeño resumen verbal de las técnicas trabajadas y en que situaciones le ha ayudado. Se brindará retroalimentación del aprendizaje, enfocando la importancia del cuestionamiento de los pensamientos y la finalidad de cada técnica.
3. Asimismo, se pedirá que narre eventos que le ha sido o es difícil de manejar, en donde sienta que aún le “ganan” los pensamientos. Para que, a modo de fortalecer el aprendizaje, se guíe a la usuaria a plantearse propios cuestionamientos que ayuden a poner en duda las cogniciones aun presentes y puedan generar pensamientos más realistas y flexibles.
4. Posteriormente, se felicitará a la usuaria por generar sus propios cuestionamientos y se le pedirá que escriba en una hoja, preguntas claves que le ayuden a debatir los pensamientos en las situaciones que evalué como difíciles. Acompañándolos de enunciados racionales propios que estimulen pensamientos flexibles.

Tarea:

Se pedirá que practique lo aprendido en la semana, hasta la siguiente sesión.

Sesión 18: Técnica de entrenamiento de conductas asertivas.

Objetivos:

- Identificar el tipo de conducta de la usuaria frente a los problemas que considera como amenaza.
- Lograr que la usuaria genere alternativas asertivas al estilo de respuesta de conducta que presenta.

Procedimiento:

1. Se inicia saludando a la usuaria, conociendo como le ha ido en su semana y se revisa las tareas pendientes.
2. Se introducirá a la usuaria en las ideas centrales del comportamiento asertivo, a través del diálogo que incluirá: la definición de conducta asertiva contrastándola con la conducta no asertiva o pasiva y la conducta agresiva, y lo que podría lograr como resultado de un comportamiento asertivo.
3. Se procederá a ejemplificar de manera didáctica por medio de gráficos impresos (cuadros comparativos, análisis de caso) escenas que muestren los tres tipos de comportamiento.
4. Se le solicitará a la usuaria que relate el o los problemas que considere amenazantes e identifique el tipo de comportamiento que utiliza: pasivo, agresivo o asertivo. Para hacer frente a ello. Llenando el siguiente cuadro:

Tabla 28

Registro de identificación de conducta, agresiva, pasiva o asertiva

Evento o suceso	Conducta inmediata	¿Tipo de comportamiento identificas?

5. Después se le pasará a recordar el papel que juegan los pensamientos distorsionados en el comportamiento agresivo y pasivo dentro de nuestras emociones. Se le presentan algunos ejemplos típicos de pensamientos automáticos que suelen acompañar a las

conductas pasivas y agresivas y como estas nos hacen sentir. Para luego, llenar el siguiente cuadro

Tabla 29

Autoregistro de la conducta asertiva

Evento o suceso	Conducta inmediata	¿Qué tipo de comportamiento identificas?	¿Cómo te sentiste?	¿Cómo sería un comportamiento asertivo?	¿Cómo te sentirías?

6. Se realiza el llenado del cuadro en sesión con 4 a 5 eventos o sucesos ocurridos. Posteriormente se guiará a la usuaria de manera progresiva en el llenado del cuadro, orientando a conseguir comportamientos asertivos.

Tarea:

A modo de conclusión se le indica a la usuaria que ponga en práctica lo aprendido en sesión, registrar y traer la siguiente cita.

Sesión 19: Técnica de solución de problemas.

Objetivos:

- Desarrollar habilidades de resolución de problemas.

Procedimiento:

1. Se revisa la tarea pendiente y se realiza la retroalimentación de la sesión pasada.
2. Posteriormente se explicará la sesión actual explicando la importancia de generar alternativas de solución. Apoyándonos de manera didáctica de material impreso y ejemplos de casos para explicar la técnica de resolución de problemas.
3. Se le pedirá como primer paso, que identifique una situación problemática, como segundo paso, escribir 5 alternativas de solución, considerando lo aprendido: conductas pasiva, agresiva y asertiva. Como tercer paso, se le pedirá que, a cada una de las

alternativas escritas le coloque las consecuencias positivas y/o negativas que podrían generar.

Tabla 30

Cuadro de solución de problemas

Definición del problema:		
Definición de alternativas y la evaluación de las consecuencias		
Alternativa de solución	Consecuencias positivas	Consecuencias negativas
1.-		
2.-		

4. Se pide que realice un análisis de lo escrito y de las alternativas generadas observe las consecuencias que tiene, para así poder elegir la alternativa más apropiada.
5. A modo de práctica, y para afianzar lo aprendido, se realizará el ejercicio 2 veces más.
6. Como cuarto paso, se pide a la usuaria poner en práctica las soluciones generadas en el transcurso de la semana. para así poder realizar el último paso de evaluar la eficacia de la solución y establecerla a largo plazo.

Tarea:

Se deja como tarea poner en práctica lo aprendido en sesión y traer en la siguiente sesión.

Sesión 20: Técnica de solución de problemas- feedback.

Objetivos

- Monitorear el correcto aprendizaje de la técnica aprendida en la sesión pasada.
- Fortalecer lo aprendido.

Procedimiento:

1. Se pedirá un breve resumen de lo trabajado en la sesión pasada, retroalimentando el aprendizaje, resaltando las ventajas de la técnica y felicitando el cumplimiento de la tarea.
2. Se solicitará a la usuaria que narre si presentó dificultades en la tarea encomendada, detallando la situación de la misma.
3. Se explicará a la usuaria la finalidad de la sesión, detallando que se efectuará el punto cinco de la técnica de resolución de problemas, para eso se verificará la efectividad de la solución planteada en la sesión pasada, para establecerla a largo plazo o reiniciar el proceso de ser necesario.
4. Una vez confirmada la eficacia de la solución, se realiza la técnica de solución de problemas utilizando el auto registro con dos situaciones presentadas, fin de fortalecer lo aprendido.

Tarea:

A modo de conclusión se deja como tarea poner en práctica lo aprendido en sesión.

Sesión 21: Evaluación post test – Finalización.

Objetivo:

- Realizar las evaluaciones psicológicas psicométricas post test.
- Devolver información a la usuaria respecto a los logros obtenidos en el proceso terapéutico.

Procedimiento:

1. Se realiza la explicación de las pruebas psicométricas a aplicar y su finalidad post test: Test de depresión de Zung, Inventario de depresión de Beck II (BDI-II), Inventario de pensamientos automáticos (IPA).

2. Se realiza el registro post de conductas, con la finalidad de puntuar las diversas dimensiones de la conducta en su estado actual, mediante la lista de chequeo post tratamiento.
3. Se realiza la devolución de información a la usuaria, respecto a las sesiones terapéuticas realizadas, los avances efectuados haciendo una comparación entre la línea base inicial y el registro de conductas actuales en conjunto con los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas post test.
4. Se procede a explicar el cumplimiento de asistir a las dos sesiones de seguimiento, acordando el día y la hora de la misma. Invitando a la usuaria a continuar con las estrategias y técnicas cognitivo conductuales aprendidas en terapia.

2.7 Procedimiento

El proceso terapéutico se llevó a cabo en 23 sesiones de 45 minutos cada una con una frecuencia semanal. Para lograr los objetivos propuestos se utilizaron diversas técnicas cognitivos – conductuales.

Dentro de las primeras cuatro sesiones se realizó la entrevista inicial con el objetivo de conocer los datos de filiación, el motivo de consulta, identificar la problemática y antecedentes, además de establecer la alianza terapéutica. Asimismo, se llevó a cabo la firma del consentimiento informado, la recopilación de información por medio de la historia cognitiva conductual, la aplicación de las evaluaciones psicológicas y la firma del contrato psicoterapéutico, el cual detalla la necesidad de la participación activa y el compromiso de ambas partes para el logro de los objetivos. Como último punto, se realiza la explicación y retroalimentación del informe psicológico integral y se elaboró la línea base de las conductas por medio de una lista de chequeo conductual pre tratamiento, a fin de, construir los objetivos terapéuticos que enfocaran el plan de tratamiento.

Seguidamente se realizaron 16 sesiones, de la quinta sesión a la sesión veintiuno, en las cuales se aplicaron técnicas cognitivas conductuales con la finalidad de conseguir los objetivos establecidos. Estas técnicas fueron, psicoeducación, sobre la terapia cognitivo conductual y la depresión, técnica de relajación y reconocimiento de las unidades subjetivas de disturbio (SUD), técnica de programación de actividades, técnica de dominio y agrado, actividades positivas agradables y tareas graduales. Para las sesiones enfocadas en la autorregulación emocional, se aplicó la psicoeducación y el uso del termómetro del ánimo. Para las sesiones cognitivas, se aplicaron las técnicas de, triple columna y reestructuración cognitiva. Por último, como técnicas de afronte, se llevó a cabo la técnica de entrenamiento en asertividad y solución de problemas.

Para culminar el proceso terapéutico se realizó en la sesión veintiuno la evaluación post tratamiento mediante el Test de Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), Inventario de pensamientos automáticos - IPA (Ruiz y Lujan 1991) y por último, la lista de chequeo de la conducta post. Obteniendo una disminución de sintomatología de la usuaria.

Posteriormente, se realizaron dos sesiones de seguimiento, veintidós y veintitrés para monitorear el sostenimiento del cambio terapéutico.

2.8 Consideraciones éticas

Para el presente estudio de caso se amparó en el capítulo 3 artículo N°24 del código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú, adaptado al Estatuto Nacional y a la ley 30702 del 21 diciembre de 2017, el cual refiere el uso del consentimiento informado. El artículo N° 25, que indica que el psicólogo debe cautelar la primacía del beneficio sobre los riesgos para los participantes y tener en consideración, la salud psicológica de los usuarios sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Amparándose además en la ley N° 1090 del 2006, el cual refiere, la aceptación voluntaria de la usuaria en el desarrollo de la intervención. Describiendo el proceso, sus riesgos, beneficios, alcances y otros.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

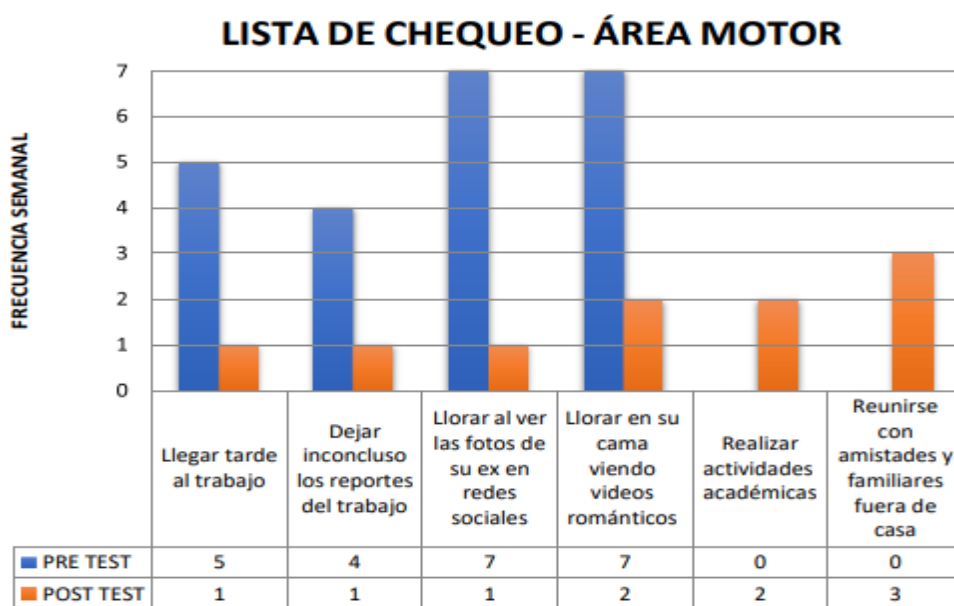
Las técnicas cognitivas conductuales incluidas en el programa de intervención pudieron demostrar su efectividad en la modificación de la conducta depresiva a través de 23 sesiones, 4 de entrevista y evaluación, 16 de intervención terapéutica, 1 evaluación post test y 2 sesiones de seguimiento. En donde se utilizaron técnicas conductuales como, técnica programación de actividades, técnica de dominio y agrado, actividades positivas agradables, tareas graduales. Técnicas cognitivas, como psicoeducación, técnica de triple columna, reestructuración cognitiva haciendo uso de la prueba de realidad, la reatribución y búsqueda de soluciones alternativas. Así mismo, técnicas de entrenamiento en conductas asertivas, afín de mejorar su interacción social y técnica de solución de problemas. Logrando disminuir la conducta depresiva en la usuaria, lo cual, fue corroborado en la evaluación post tratamiento.

Al culminar el tratamiento se aplicó nuevamente la lista de chequeo de la conducta problema post tratamiento, el test de depresión de Zung, inventario de depresión de Beck II (DBI-II), inventario de pensamientos automáticos (IPA). Además, durante el proceso de tratamiento se han elaborado registros de pensamientos y conductas.

Lista de chequeo de la conducta problema Depresión

Figura 6

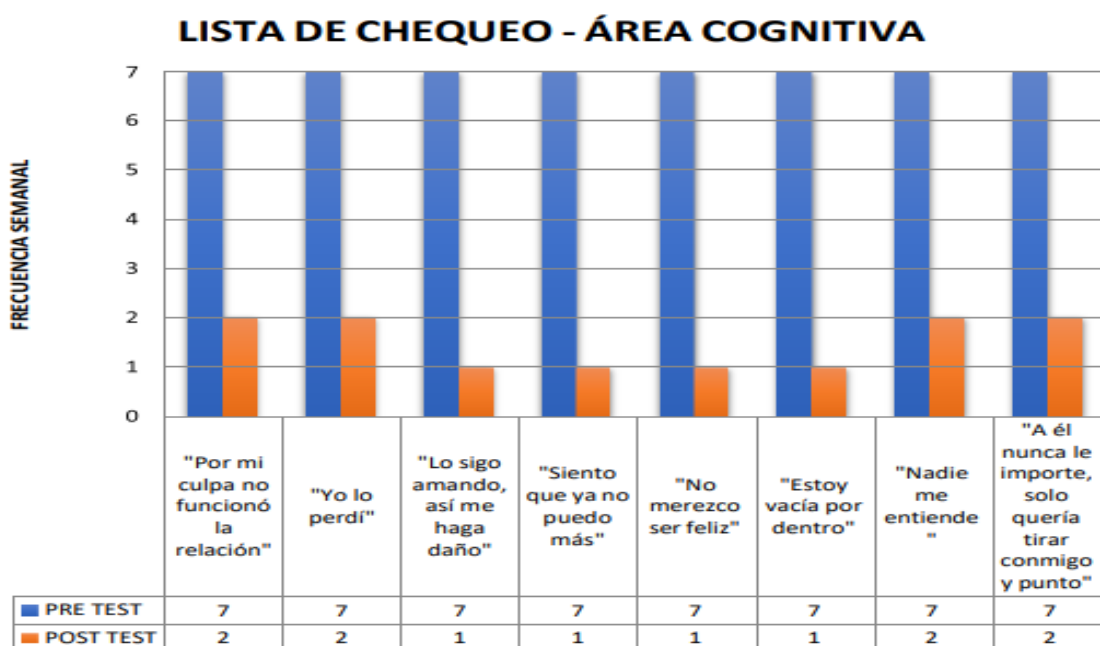
Frecuencia del área motor según lista de chequeo de la conducta pre test – post tratamiento.



De acuerdo a la lista de chequeo de la conducta, dentro del área motor, post tratamiento del programa de intervención cognitivo conductual, presenta el siguiente resultado, disminución de las conductas de llegar tarde al trabajo (1), dejar inconcluso los reportes del trabajo (1), llorar al ver las fotos de su ex en redes sociales (1), llorar en su cama viendo videos románticos (2). Un aumento en las conductas de realizar actividades académicas (2), reunirse con amistades y familiares fuera de casa (3).

Figura 7

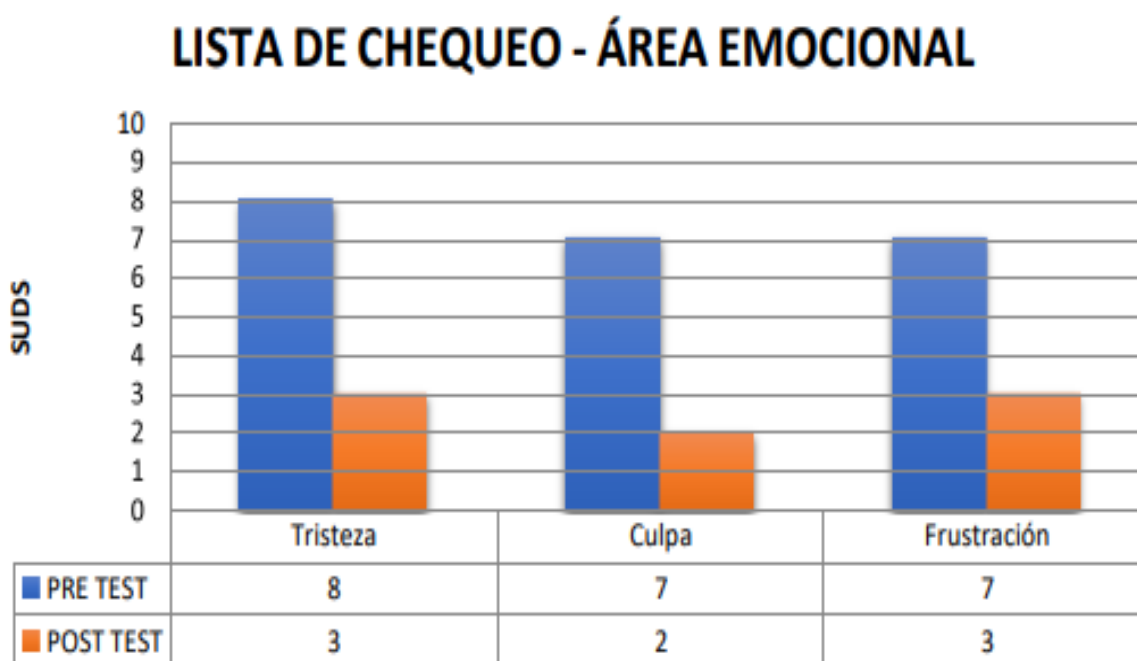
Frecuencia del área cognitiva según lista de chequeo pre test – post tratamiento.



De acuerdo a la lista de chequeo de la conducta, dentro del área cognitivo, post tratamiento del programa de intervención cognitivo conductual, se presenta el siguiente resultado, disminución de las cogniciones “por mi culpa no funcionó la relación” (2), “yo lo perdí” (2), “lo sigo amando, así me haga daño” (1), “siento que ya no puedo más” (1), “no merezco se feliz” (1), “estoy vacía por dentro” (1), “nadie me entiende” (2), “a él nunca le importe, solo quería tirar conmigo y punto” (2).

Figura 8

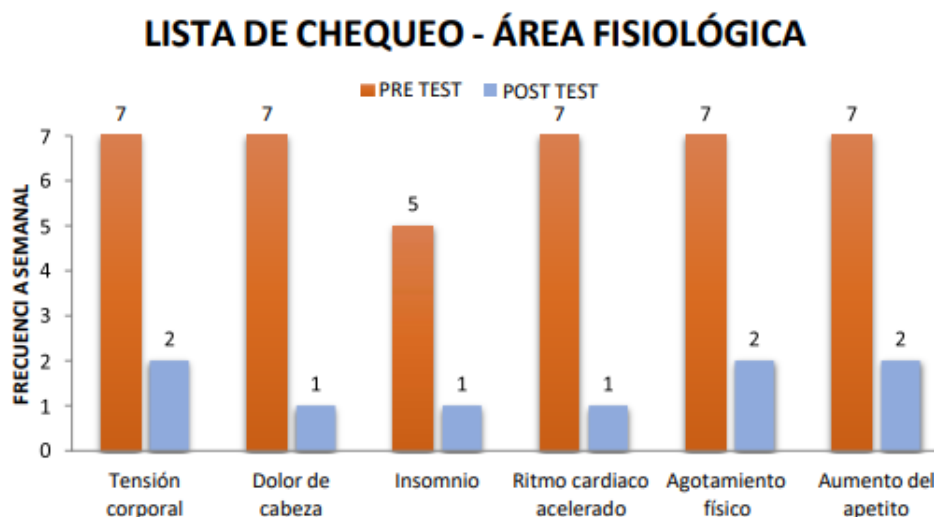
Frecuencia del área emocional según lista de chequeo pre test – post tratamiento.



De acuerdo a la lista de chequeo de la conducta, dentro del área emocional, post tratamiento del programa de intervención cognitivo conductual, presenta el siguiente resultado, disminución de tristeza (3/10), culpa (2/10), frustración (3/10)

Figura 9

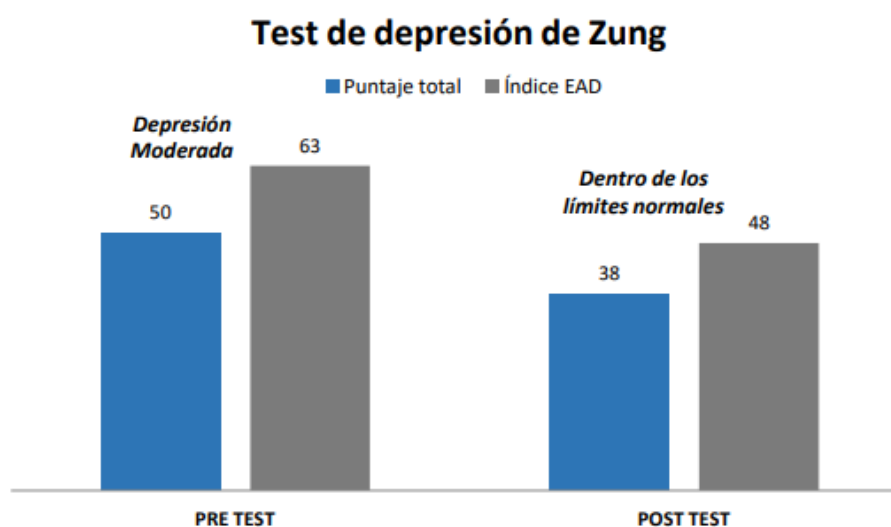
Frecuencia del área fisiológica según lista de chequeo pre test – post tratamiento.



De acuerdo a la lista de chequeo de la conducta, dentro del área fisiológica, post tratamiento del programa de intervención cognitivo conductual, presenta el siguiente resultado, disminución de la frecuencia de veces en la semana de tensión corporal (2), dolor de cabeza(1), insomnio (1), ritmo cardiaco acelerado (1), agotamiento físico (2), aumento del apetito (2).

Figura 10

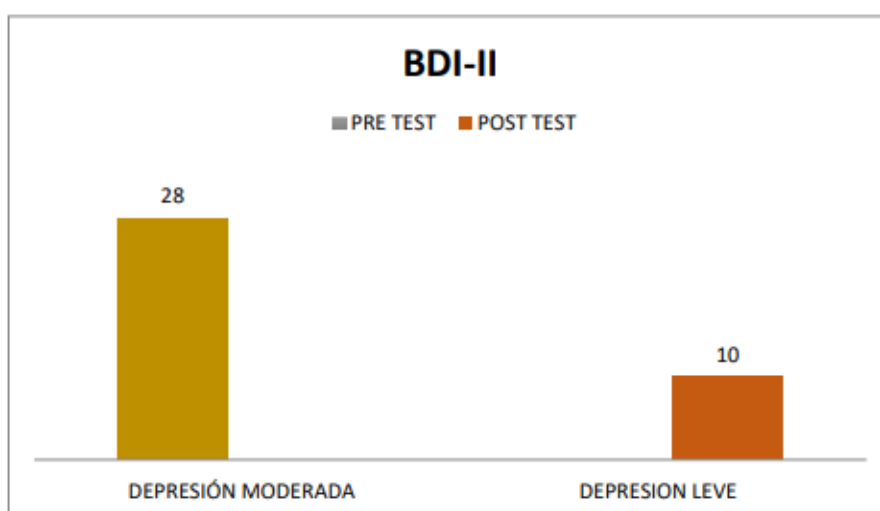
Nivel de depresión test de Zung, pre y post tratamiento



En la figura 11, se aprecia las puntuaciones pre y post del test de depresión de Zung, antes de la aplicación del programa de tratamiento la usuaria obtuvo un puntaje total de 50 y un índice EAD de 63, depresión moderada. Luego de aplicar el programa de tratamiento la examinada obtuvo un puntaje total de 38 y un índice EAD de 48, se interpreta como dentro de los límites normales.

Figura 11

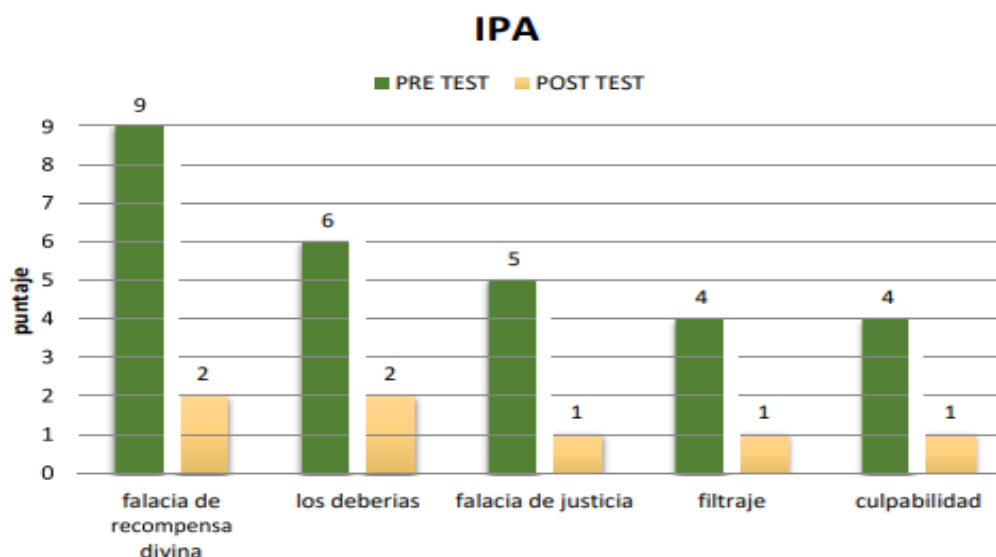
Nivel de depresión según inventario de depresión de Beck II (BDI-II) pre y post tratamiento.



En la figura 12 se aprecia las puntuaciones pre y post del inventario de depresión de Beck II (BDI-II), donde en la evaluación pre test muestra un puntaje de 29, depresión moderada. En la evaluación posterior al tratamiento (post test) obtuvo un puntaje de 10, depresión leve.

Figura 12

Nivel de pensamientos automáticos (IPA) (RUIZ Y LUJAN, 1991) pre y post tratamiento.



En la figura 12 se presenta el puntaje de las distorsiones encontradas en la usuaria. Al iniciarel programa de intervención cognitivo conductual, obtuvo un puntaje de falacia de recompensa divina 9, los deberías 6, falacia de justicia 5, filtraje 4 y culpabilidad 4. Al terminar el programa obtuvo una puntuación en el post test de, falacia de recompensa divina 2, los debería 2, falacia de justicia 1, filtraje 1, culpabilidad 1.

3.2. Discusión de resultados

El presente estudio de caso único tuvo como objetivo general disminuir la sintomatología depresión nivel moderado en una mujer adulta joven, mediante la aplicación de un Programa Cognitivo Conductual. De acuerdo con el proceso terapéutico que se llevó a cabo se puede afirmar que se dio cumplimiento al objetivo expuesto inicialmente, efectuándose veintitrés sesiones terapéuticas, divididas en cuatro iniciales de evaluación, dieciséis de intervención y dos de seguimiento. Siendo la evaluación psicológica y el análisis funcional de la conducta depresiva los que permitieron elaborar el respectivo programa de tratamiento utilizando en el diseño del plan de intervención las técnicas conductuales y cognitivas encaminadas a abordar los objetivos terapéuticos planteados para modificar la conducta problema de la usuaria en todas las áreas afectadas. Demostrando que la aplicación de las

técnicas que componen el programa logran la disminución de la sintomatología, ya que los resultados post tratamiento son significativamente inferiores a lo registrado en los pre test. Estos resultados refuerzan lo señalado por Huaynates (2019) quien también realizó un estudio de caso en Lima aplicando la terapia cognitiva conductual, ratificando la eficacia de las técnicas para el caso de la depresión.

Siguiendo el orden de ideas, podemos afirmar que la evaluación es considerada como el inicio de toda intervención cognitivo conductual, dado que permite obtener en datos contables y cuantificables el comportamiento y la conducta problema por medio de la identificación de variables (dependientes e independientes), cumpliendo la función de cuantificar y analizar la conducta, estableciendo el diagnóstico y la realización del tratamiento (Kanner & Phillips, 1976). En base a ello, en el presente caso único se utilizaron instrumentos que demostraron efectividad en casos con diagnóstico semejante (Huaynates 2019; López 2016). Estos fueron; entrevista, línea de base, auto registros, análisis funcional, Inventario de depresión de Beck, test de depresión de Zung y evaluaciones a nivel cognitivo.

Iniciando con el plano de intervención, se abordó en primera instancia el área conductual teniendo como objetivo lograr incrementar el nivel de actividad de la usuaria, puesto que, según Beck (2010) suele ser necesario restablecer el nivel de funcionamiento que tenía el sujeto antes de la depresión, a fin de mantener ocupados la atención y el interés, induciendo al mismo a que contrarreste su huida y se dedique a actividades más constructivas. Este objetivo se alcanzó por medio de la programación de actividades acompañado de la técnica de dominio y agrado, las actividades agradables, las tareas graduales y los autoregistros, reforzando los resultados obtenidos por Caballero (2014).

Como segunda instancia se trabajó el área cognitiva, tomando en cuenta la premisa de Beck (2010), quien refiere, cuando el paciente es capaz de emprender actividades más constructivas y, por lo tanto, ha modificado la estimación negativa de sus capacidades, el

terapeuta puede centrarse directamente en los componentes cognitivos de la depresión. Por ello, posteriormente se aplicaron técnicas cognitivas que se dirigieron a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva de la usuaria, a fin de disminuir las distorsiones cognitivas reemplazándolas por pensamientos racionales y adaptativos, utilizando técnicas como psicoeducación, la triple columna y reestructuración cognitiva, los cuales identificaron y modificaron los pensamientos ilógicos, pensamientos automáticos y pensamientos distorsionados, logrando el objetivo planteado. Reforzando lo señalado por Rubio (2015), quien aplicó la reestructuración cognitiva para reducir la sintomatología cognitiva, logrando la remisión de los síntomas del componente antes señalado.

En el área fisiológica, se trabajó el objetivo de reducir las respuestas fisiológicas de la usuaria, por medio de respiración diafragmática para ello, se instruyó en el correcto aprendizaje de la técnica y el conteo de pulsaciones, además a ello, se enseñó a registrar las unidades subjetivas de disturbio (SUDS) por medio del autoregistro señalando el SUDS y las pulsaciones por evento ansioso, antes y después de la aplicación de la técnica de respiración, con el objetivo de generar su propia autoevaluación y autoregistro. Alcanzando el objetivo planteado inicialmente, reforzando con esto lo señalado por López (2016) y Álvaro (2018) quienes usaron la técnica de relajación por medio de la respiración dentro de su programa de tratamiento cognitivo conductual, mostrando eficacia en los resultados.

Asimismo, se realizó un entrenamiento en estrategias de afrontamiento para mejorar los esfuerzos cognitivos y conductuales, generando habilidades de adaptación que le ayuden en el adecuado desenvolvimiento social, así como en el manejo de situaciones conflictivas. A través de técnicas de asertividad y resolución de problemas, al igual que lo señalado por Alvarado (2018) y Antón (2016) quienes aplicaron en su modelo cognitivo conductual técnicas de afrontamiento y resolución de problemas logrando en sus objetivos de tratamiento.

Con todo lo mencionado anteriormente, podemos afirmar que la presente investigación cuenta con resultados importantes respecto a la intervención cognitivo conductual en un caso de depresión moderada, sin embargo, por ser un modelo de caso único con diseño univariable multicondicional ABA no puede ser generalizado; sin embargo, puede ser utilizado como referencia para futuras investigaciones en población femenina adulto joven para seguir comprobando su efectividad; Aunado a ello, se resalta la importancia del compromiso de la usuaria y la adherencia al tratamiento que mantuvo durante toda la intervención.

3.3. Seguimiento

Para el presente caso único y a fin de monitorear el aprendizaje terapéutico, se realizaron dos sesiones de seguimiento con una periodicidad de un mes y un tiempo de 45 minutos cada una. En la primera sesión se realizó el abordaje de la ejecución de las técnicas cognitivas conductuales recopilando información, a fin de comprobar el grado de mantenimiento de los cambios terapéuticos, sugiriéndole en la siguiente sesión venir con algún miembro de su familia. En la última sesión de seguimiento, se realiza el feedback de lo aprendido durante todo el desarrollo terapéutico, reforzando por medio de la familia el cambio terapéutico y dando las recomendaciones finales.

IV. CONCLUSIONES

- ❖ Se logró disminuir la sintomatología depresiva en una mujer adulta a través de la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual, mostrando efectividad en cuanto al objetivo general.
- ❖ Se logró disminuir las conductas depresivas manifestadas por la usuaria a través de la aplicación de la técnica de programación de actividades, técnica de dominio y agrado, actividades agradables, tareas graduales, incrementando de manera positiva el nivel de actividades agradables y satisfactorias.
- ❖ Se consiguió disminuir las distorsiones cognitivas a través de la técnica de psicoeducación, técnica de triple columna, reestructuración cognitiva, prueba de realidad, reatribución y búsqueda de soluciones alternativas, incrementando pensamientos racionales, flexibles y alternativos.
- ❖ Se logró reducir las respuestas fisiológicas a través de la psicoeducación, técnicas de relajación, registro de pulsaciones y autoregistros.
- ❖ Se logró reducir las emociones negativas a través de la técnica de psicoeducación en relación al pensamiento y emoción, técnica del termómetro del ánimo y técnica de solución de problemas, incrementando su autorregulación emocional.

V. RECOMENDACIONES

- ❖ Aplicar un plan de intervención cognitivo conductual, en base a la aplicación de técnicas de relajación, programa de actividades, técnicas de dominio y agrado, tareas graduales, reestructuración cognitiva, y entrenamiento en solución de problemas para reducir la sintomatología depresiva en una mujer adulta promoviendo un abordaje integral.
- ❖ Trabajar técnicas como programación de actividades, técnica de dominio y agrado, actividades agradables y tareas graduales complementando con autoregistros a fin de promover y fortalecer conductas saludables.
- ❖ Aplicar las técnicas de triple columna y reestructuración cognitiva para trabajar los pensamientos automáticos, así como las distorsiones cognitivas con el fin de favorecer el desarrollo de cogniciones adaptativas y saludables.
- ❖ Ejecutar las técnicas de respiración y registro de pulsaciones para promover la identificación y regulación de las alteraciones fisiológicas.
- ❖ Trabajar la psicoeducación en relación al pensamiento y emoción, en conjunto con el termómetro del ánimo, para favorecer el autocontrol emocional percibiendo las situaciones en su magnitud y dimensiones reales.

VI. REFERENCIAS

- Alcázar, D.L., Hernández, R., Reyes, D. A., Romero, D. y Vogel, N. K. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento*, 8(1), 15-28. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>
- Álvaro, K. (2018) *Terapia cognitivo conductual para la depresión en una joven de 22 años* [Trabajo académico para optar por el título de especialista, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5830>
- Antón, V., García-Marín, P., y García-Benito, J. (2016) Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 3 (1), 45-52. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf
- Asabache, C. e Iglesias, M. (2003). Trastornos del estado de ánimo: Depresión. <http://www.eepsy.com/aeoap/cas/tras/dep.htm>
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, F. y Emery, G., (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao Desclée de Brouwer.
- Belloch F., Bonifacio S. y Ramos F. (1995). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill Interamericana de España.

Blehar MD, Oren DA. (1995) Diferencias de género en la depresión. Salud de la mujer de *Medscape*; 2(2):3.

Buela-Casal G. & Sierra, J. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*.
Biblioteca Nueva.

Brody, A., Saxena, S., Mandelkern, M., Fairbanks, L., Lewis, LH y Baxter, R. (2001). Cambios metabólicos cerebrales asociados con mejora del factor sintomático en el trastorno depresivo mayor. *Psiquiatría biológica*, 50(3), 171-178.

Caballero, A. (2014). *Modelo de intervención en mujeres con depresión* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional – Universidad Autónoma del Estado de México. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/5026179>

Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo veintiuno.

Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Editorial Buenos Aires.

Céspedes, C. (2019). *Propuesta de un programa cognitivo conductual para superar la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en una clínica de Chiclayo, 2016*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo”]. Repositorio Institucional Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo”.
https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/696/C%c3%a9spedes_Chuz%c3%b3n_Catherine_Ivon.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Colegio de Psicólogos del Perú (2018). *Código de ética y deontología*.
http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

Drevets, W.C. (2001). Estudios de neuroimagen y neuropatológicos de la depresión: implicaciones para las características cognitivo-emocionales de los trastornos del estado de ánimo. Opinión actual, *Neurobiol*, 11(2), 240-249. [https://doi.org/10.1016/s0959-4388\(00\)00203-8](https://doi.org/10.1016/s0959-4388(00)00203-8).

El Comercio (2018, Setiembre 27). Depresión: Cuando vivir se convierte en una tarea insoportable. www.elcomercio.pe/lima/sucesos/vivir-convierte-tarea-insoportable-noticia-492188-noticia/

Flores, V. (2019) *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana*. [Tesis para optar la licenciatura en Psicología, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5567/FLORES_AV.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gamarra, A., y Vela, M. (2020) *Primeras evidencias psicométricas del Inventario de Pensamientos automáticos (IPA) en universitarios peruanos*. [Tesis para optar la licenciatura en Psicología, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/653304/GAMARRA_RA.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill.

Huaynates, M. (2019) *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa* [Trabajo académico para optar por el título de especialista, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3489>

Hernández, N. A. & Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. LibrosEnRed. https://books.google.com.pe/books?id=EzlwZg_aH6AC&pg=PA63&dq=reestructuracion+cognitiva&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjF94zNrO7dAhVKu1MKHS4TBLwQ6AEINzAD#v=onepage&q=reestructuracion%20cognitiva&f=false

Instituto Nacional de Salud Mental (2013). *Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao*. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>.

Kanfer F.H. y Phillips J.S. (1976). *Principios del Aprendizaje en la Terapia de Comportamiento*. Trillas.

Karlin, B., Trockel, M., Brown, G., Gordienki, M., Yesavage, J. & Taylor, B. (2013). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression among Older Versus Younger Veterans: Results of a National Evaluation. *Journals of Gerontology*, 70(1), 3-12. http://www.oxfordjournals.org/our_journals/geronb/geronbva.pdf

Kazdin, A.E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3ª ed.). Pearson Educación.

LANGE; J. (1983): "Entrenamiento Cognitivo Conductual de la Asertividad". En: *Manual de Terapia Racional Emotiva*. (pp. 309-324). Ed. Desclée de Brouwer.

López, J. (2016). *Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto* [Tesis para optar por el título de especialista, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional - Universidad Nacional Federico Villarreal.

- Luna-Reyes, T., y Vélchez-Hernández, E. (2017) Depresión. Situación actual. *Rev. Fac.Hum.*, 17(2), pp. 78-85. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v17.n3.1197>
- Mahoney, MJ (1977). Terapia cognitiva e investigación: Una cuestión de cuestión. *Terapia cognitiva e investigación*, 1, 5-16.
- Manrique, O. (2016). *Efectividad de un Programa Cognitivo-Conductual en la inteligencia emocional y resolución de problemas en estudiantes de Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega*. [Tesis para optar el grado de Maestra en Terapia Cognitiva-Conductual de los Trastornos Psicológicos y Psiquiátricos, Universidad Inca Garcilaso de la Vega] Repositorio Institucional - Universidad Inca Garcilaso de la Vega. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/5831>
- MINSA (2007) *Guía técnica: guía de práctica clínica en depresión*. Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084DGSP_261.pdf
- Motta, L. (2013) *Protocolo de intervención psicológica para niños con diagnóstico de depresión infantil (DI)*. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/2324/Prpt%20de%20Inter.pdf;jsessionid=10F988F60B280C7E4FAAED43446C0B26.jvm1?sequence=2>
- Nezu, AM y Nezu, CM (1991). Entrenamiento en solución de problema-más En V. Caballo (Dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-553). Siglo XXI.
- OMS (1992). CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Ed. Méditor.

Organización Mundial de la Salud (2016). *La depresión*. Nota descriptiva N° 369.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Mundial de la Salud (2017) *Depresión y otros trastornos mentales Estimaciones sanitarias mundiales*. Organización Panamericana de la Salud.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAH_ONMH17005-spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2018). *La depresión*. Centro de prensa de la OMS.

www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

Organización Mundial de la Salud (2021). Salud Mental. <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/depression>

Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del Arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(2), 251-257. <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/viewFile/224/200>

Prada, S., Cáceres, D., González, Y., Quirós, R. y Solano, P. (2012). La efectividad de la terapia cognitiva de la depresión en cuatro mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años. *Revista Cúpula*, 26(1), pp. 9-21. <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n1/art2.pdf>

Price, J & Drevets, W.C. (2009). Neurocircuitos de los trastornos del estado de ánimo. *Neuropsicofarmacología. American College de Neuropsicofarmacología*. 35 (1), 192–216.

Ríos, J. (2016). *Las 4 fases de la depresión*. <https://psiquefunciona.com/las-4-fases-de-la-depresion>

- Rivera, B., Corrales, A., Cáceres, O. y Piña, J. (2007) Validación de la Escala de Depresión de Zung en personas con VIH. *Terapia psicológica*, 25(2), pp. 135-140.
<https://www.redalyc.org/pdf/785/78525204.pdf>
- Rodríguez, E., y Farfán, D. (2015) Propiedades psicométricas del Inventario de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*, 4(2), pp. 71-78. <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/riu/article/download/743/713>
- Rojas, M. (2018) *Dominancia cerebral, dimensiones básicas de la personalidad y el aprendizaje académico en estudiantes de la escuela Profesional de Educación de la UNJBG de Tacna*. [Tesis para optar el grado de Doctor en Ciencias de la Educación, Universidad Enrique Guzmán y Valle]. <https://repositorio.une.edu.pe/bitstream/handle/UNE/1681/TD%20%20CE%201682%20R1%20-%20Rojas%20Moscoso.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rosique, M. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39(159-160), 17- 23.
- Rubio J. (2015). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso* [Tesis de maestría, Universidad Del Norte De Barranquilla]. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5818/11002369.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ruiz, A., Diaz, M., & Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Sánchez-Navarro, J., & Román, F. (2004). Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional. *Anales de Psicología*, 20(2), 223-240.

UNICEF (2017) *Suicidio. Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas*. <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>

Vallejo, M. (2012). *Manual de Terapia de Conducta*. Dykinson.

Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Masson.

VII. ANEXOS

ANEXO A

Pre-test

ESCALA DE LA AUTOVALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN DEL Dr. W.W.K. ZUNG

Nombres y apellidos: Laura A. S.
 Domicilio: M2 J LT 16 Urb. Víctor Raúl - Callao.
 Fecha de evaluación: 12 / 05 / 21 Examinador: _____

N°	ITEMS	Nunca o casi nunca	A veces	Bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntaje
1	Me siento abatido y melancólico	1	X	3	4	2
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor	4	X	2	1	3
3	Tengo accesos de llanto o ganas de llorar	1	X	3	4	2
4	Duermo mal	1	2	X	4	3
5	Tengo tanto apetito como antes	4	X	2	1	3
6	Aún me atraen las personas del sexo opuesto	4	3	2	X	1
7	Noto que estoy perdiendo peso	1	2	X	4	3
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento	4	3	X	1	2
9	Me late el corazón más aprisa que de costumbre	1	X	3	4	2
10	Me canso sin motivo	1	2	X	4	3
11	Tengo la mente tan clara como antes	4	X	2	1	3
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	X	2	1	3
13	Me siento nervioso y no puedo estar me quieta	1	2	X	4	3
14	Tengo esperanza en el futuro	4	X	2	1	3
15	Estoy más irritable que antes	1	2	X	4	3
16	Me es fácil tomar decisiones	1	X	3	4	2
17	Me siento útil y necesario	4	3	X	1	2
18	Me satisface mi vida actual	4	3	X	1	2
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera	1	X	3	4	2
20	Disfruto de las mismas cosas que antes	4	X	2	1	3
Puntaje total						50

Puntaje total: EAD = 63.

Depresión moderada intensa.

ANEXO B

Post-test

Escala de Automedición de la Depresión - Zung (EAMD)

NOMBRE <u>Laura A.S</u>		Muy pocas	Algunas	Muchas	Casi
EDAD	Fecha	Veces	Veces	Veces	Siempre
1	Me siento triste y decaído	X	2	3	4
2	Por las mañanas me siento mejor	4	3	X	1
3	Tengo ganas de llorar y a veces lloro	X	2	3	4
4	Me cuesta mucho dormir por la noche	X	2	3	4
5	Como igual que antes	4	3	X	1
6	Aun tengo deseos sexuales	4	3	X	1
7	Noto que estoy adelgazando	1	X	3	4
8	Estoy estreñado	X	3	2	1
9	El corazón me late mas rápido que antes	X	X	3	4
10	Me canso sin motivo	1	X	3	4
11	Mi mente esta tan despejada como siempre	4	3	X	1
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	X	2	1
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	X	2	3	4
14	Tengo confianza en el futuro	4	3	2	X
15	Estoy mas irritable que antes	1	X	3	4
16	Encuentro fácil tomar decisiones	1	2	3	X
17	Siento que soy útil y necesario	4	3	2	X
18	Encuentro agradable vivir	4	3	2	X
19	Creo que seria mejor para los demás si estuviera muerto	X	2	3	4
20	Me gustan las mismas cosas que antes	4	X	2	1

Puntaje Índice
EAD = 48

Puntaje total: 38

Depresión leve, o dentro de los
límites normales.

ANEXO C

Pre test

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) . Tristeza

- ☐ No me siento triste
- 1 ☒ Me siento triste.
- ☐ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- ☐ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) . Pesimismo

- ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 1 ☒ Me siento desanimado respecto al futuro.
- ☐ Siento que no tengo que esperar nada.
- ☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) . Fracaso

- ☐ No me siento fracasado.
- ☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2 ☒ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- ☐ Me siento una persona totalmente fracasada.

4) . *Pérdida de Placer*

- ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- ☒ No disfruto de las cosas tanto como antes.
- ☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- ☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) . *Sentimientos de culpa*

- ☐ No me siento especialmente culpable.
- ☒ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- ☐ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- ☐ Me siento culpable constantemente.

6) . *Sentimientos de castigo*

- ☐ No creo que esté siendo castigado.
- ☐ Me siento como si fuese a ser castigado.
- ☐ Espero ser castigado.
- ☒ Siento que estoy siendo castigado.

7) . *Disamformidad con uno mismo*

- ☐ No estoy decepcionado de mí mismo.
- ☒ Estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Me da vergüenza de mí mismo.
- ☐ Me detesto.

8) . *Autocrítica*

- ☐ No me considero peor que cualquier otro.
- ☐ Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- ☒ Continuamente me culpo por mis faltas.
- ☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.

9). *Pensamientos o deseos suicidas*

- 0 ☒ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
☐ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
☐ Desearía suicidarme.
☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10). *Llanto*

- ☐ No lloro más de lo que solía llorar.
1 ☒ Ahora lloro más que antes.
☐ Lloro continuamente.
☐ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11). *Agitación*

- ☐ No estoy más irritado de lo normal en mí.
1 ☒ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
☐ Me siento irritado continuamente.
☐ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12). *Pérdida de interés*

- ☐ No he perdido el interés por los demás.
1 ☒ Estoy menos interesado en los demás que antes.
☐ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
☐ He perdido todo el interés por los demás.

13). *Indecisión*

- ☐ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
☐ Evito tomar decisiones más que antes.
2 ☒ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
☐ Ya me es imposible tomar decisiones.

14). *Desvalorización*

- ☐ No creo tener peor aspecto que antes.
- ☐ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- 2 ☒ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- ☐ Creo que tengo un aspecto horrible.

15). *Pérdida de energía*

- ☐ Trabajo igual que antes.
- 1 ☒ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- ☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- ☐ No puedo hacer nada en absoluto.

16). *Cambios en los Hábitos de Sueño*

- ☐ Duermo tan bien como siempre.
- ☐ No duermo tan bien como antes.
- 2 ☒ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- ☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17). *Irritabilidad*

- ☐ No me siento más cansado de lo normal.
- ☐ Me canso más fácilmente que antes.
- 2 ☒ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- ☐ Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18). *Cambios en el apetito*

- ☒ Mi apetito no ha disminuido.
- ☐ No tengo tan buen apetito como antes.
- ☐ Ahora tengo mucho menos apetito.
- ☐ He perdido completamente el apetito.

19). *Dificultad en Ganar peso*

- ☐ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- ☐ He perdido más de 2 kilos y medio.
- ☒ He perdido más de 4 kilos.
- ☐ He perdido más de 7 kilos.
- ☐ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20). *Cansancio o Fatiga*

- ☐ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- ☒ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- ☐ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- ☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21). *Pérdida de interés en el sexo*

- ☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- ☒ Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- ☐ Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- ☐ He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Puntaje total: 28

Depresión moderada

ANEXO D

Post-fest

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) . Tristeza 0

- 0 ☒ No me siento triste
- 1 ☐ Me siento triste.
- 2 ☐ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3 ☐ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) . Pesimismo 0

- 0 ☒ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 1 ☐ Me siento desanimado respecto al futuro.
- 2 ☐ Siento que no tengo que esperar nada.
- 3 ☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) . Fracaso 0

- 0 ☒ No me siento fracasado.
- 1 ☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2 ☐ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- 3 ☐ Me siento una persona totalmente fracasada.

4) . *Pérdida de Placer (1)*

- 0 ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1 ☒ No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 ☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- 3 ☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) . *Sentimientos de culpa*

- 0 ☒ No me siento especialmente culpable.
- 1 ☐ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2 ☐ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3 ☐ Me siento culpable constantemente.

6) . *Sentimientos de castigo (1)*

- 0 ☐ No creo que esté siendo castigado.
- 1 ☒ Me siento como si fuese a ser castigado.
- 2 ☐ Espero ser castigado.
- 3 ☐ Siento que estoy siendo castigado.

7) . *Disconformidad con uno mismo*

- 0 ☒ No estoy decepcionado de mí mismo.
- 1 ☐ Estoy decepcionado de mí mismo.
- 2 ☐ Me da vergüenza de mí mismo.
- 3 ☐ Me detesto.

8) . *Autocrítica (1)*

- 0 ☐ No me considero peor que cualquier otro.
- 1 ☒ Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- 2 ☐ Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3 ☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.

9). *Pensamientos o deseos suicidas*

- 0 ☒ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 ☐ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
2 ☐ Desearía suicidarme.
3 ☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10). *Llanto*

- 0 ☒ No lloro más de lo que solía llorar.
1 ☐ Ahora lloro más que antes.
2 ☐ Lloro continuamente.
3 ☐ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11). *Agitación*

- 0 ☒ No estoy más irritado de lo normal en mí.
1 ☐ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2 ☐ Me siento irritado continuamente.
3 ☐ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12). *Pérdida de interés (1)*

- 0 ☐ No he perdido el interés por los demás.
1 ☒ Estoy menos interesado en los demás que antes.
2 ☐ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
3 ☐ He perdido todo el interés por los demás.

13). *Indecisión (2)*

- 0 ☐ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
1 ☐ Evito tomar decisiones más que antes.
2 ☒ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 ☐ Ya me es imposible tomar decisiones.

14). *Desvalorización*

- 0 ☒ No creo tener peor aspecto que antes.
1 ☐ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
2 ☐ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
3 ☐ Creo que tengo un aspecto horrible.

15). *Pérdida de energía (1)*

- 0 ☐ Trabajo igual que antes.
1 ☒ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
2 ☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
3 ☐ No puedo hacer nada en absoluto.

16). *Cambios en los hábitos de sueño (1)*

- 0 ☐ Duermo tan bien como siempre.
1 ☒ No duermo tan bien como antes.
2 ☐ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
3 ☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17). *Irritabilidad (1)*

- 0 ☐ No me siento más cansado de lo normal.
1 ☒ Me canso más fácilmente que antes.
2 ☐ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3 ☐ Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18). *Cambios en el apetito*

- 0 ☒ Mi apetito no ha disminuido.
1 ☐ No tengo tan buen apetito como antes.
2 ☐ Ahora tengo mucho menos apetito.
3 ☐ He perdido completamente el apetito.

19). *Dificultad de concentración*

- 0 ☒ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
1 ☐ He perdido más de 2 kilos y medio.
2 ☐ He perdido más de 4 kilos.
3 ☐ He perdido más de 7 kilos.
4 ☐ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- 0 ☒ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
1 ☐ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
2 ☐ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
3 ☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21). *Pérdida de interés en el sexo (1)*

- 0 ☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
1 ☒ Estoy menos interesado por el sexo que antes.
2 ☐ Estoy mucho menos interesado por el sexo.
3 ☐ He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Puntaje total : 10

→ *Depresión Leve*

ANEXO E

10/10/17

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUIZ Y LUJÁN, 1991)

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

Nunca pienso en eso	Algunas veces lo pienso	Bastante veces lo pienso	Con mucha frecuencia lo pienso
0	1	2	3
☒ No puedo soportar ciertas cosas que me pasan			0 X 2 3
☒ Bastante me preocupan ciertos hechos			0 X 2 3
☒ Todo lo que hago me sale mal			0 X 2 3
☒ Se quejé persona mal de mí			0 X 2 3
☒ ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?			0 X 2 3
☒ Esta situación se va a resolver por sí sola			0 X 2 3
☒ Si ellos cambiarán su actitud yo me sentiré mejor			0 X 2 3
☒ Tal vez derecho a que me traten así			0 X 2 3
☒ Si me siento así es porque soy un enfermo mental			0 X 2 3
☒ No podemos depender de los que me rodean			0 X 2 3
☒ Soy un sensible tipo persona			0 X 2 3
☒ Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa			0 X 2 3
☒ Debo de estar bien y no tener en los problemas			0 X 2 3
☒ Se que tengo la razón y no me entienden			0 X 2 3
☒ Aunque ahora sí, algún día tendré mi recompensa			0 X 2 3
☒ Es normal que me pasen esto			0 X 2 3
☒ Esto es un continuo fracaso			0 X 2 3
☒ Siempre tendré este problema			0 X 2 3
☒ En que me están tratando y engañando			0 X 2 3
☒ ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?			0 X 2 3
☒ Muy superior a la gente en esta vida			0 X 2 3
☒ Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean			0 X 2 3
☒ Si me quejaron de verdad no me tratan así			0 X 2 3
☒ Me siento culpable y no porque he hecho algo malo			0 X 2 3
☒ Si tuviera más dinero no tendría estos problemas			0 X 2 3
☒ Alguien que conozco es un imbécil			0 X 2 3
☒ Mea tiene la razón más que yo en esta vida			0 X 2 3
☒ La culpa de cometer estos errores			0 X 2 3
☒ En cuanto necesite que a mí se lo cuenten			0 X 2 3
☒ Ya voy en mejores tiempos			0 X 2 3
☒ Los psicólogos no pueden ayudarme nada			0 X 2 3
☒ Soy incompetente e inútil			0 X 2 3
☒ Nunca podré salir de esta situación			0 X 2 3
☒ Quieren hacerme daño			0 X 2 3
☒ ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?			0 X 2 3
☒ La gente hace las cosas mejor que yo			0 X 2 3
☒ Soy una víctima de mis circunstancias			0 X 2 3
☒ No me tratan como deberían hacerlo y me merezco			0 X 2 3
☒ Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo			0 X 2 3
☒ Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas			0 X 2 3
☒ Soy un neurótico			0 X 2 3
☒ Lo que me pasa es un castigo que merezco			0 X 2 3
☒ Debería recibir más atención y cariño de otros			0 X 2 3
☒ Tengo razón y voy a hacer lo que más me da la gana			0 X 2 3
☒ Tarde o temprano me van las cosas mejor			0 X 2 3

ANEXO F

Resultados

- 1) FILTRAJE (4)
- 2) PENSAMIENTO POLARIZADO (3)
- 3) SOBREGENERALIZACIÓN (3)
- 4) INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO (4)
- 5) VISIÓN CATASTRÓFICA (3)
- 6) PERSONALIZACIÓN (2)
- 7) FALACIA DE CONTROL (2)
- 8) FALACIA DE JUSTICIA (5)
- 9) RAZONAMIENTO EMOCIONAL (2)
- 10) FALACIA DE CAMBIO (3)
- 11) ETIQUETAS GLOBALES (3)
- 12) CULPABILIDAD (4)
- 13) LOS DEBERÍA (6)
- 14) FALACIA DE RAZÓN (4)
- 15) FALACIA DE RECOPPENSA CIVIL (9)

ANEXO G

Pos test

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991) ¹

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

Nunca pienso en eso	Algunas veces lo pienso	Bastante veces lo pienso	Con mucha frecuencia lo pienso
0	1	2	3
✓ 1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2 3
2. Solamente me pasan cosas malas	0	1	2 3
3. Todo lo que hago me sale mal	0	1	2 3
4. Se que piensan mal de mí	0	1	2 3
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2 3
6. Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2 3
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2 3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!	0	1	2 3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0	1	2 3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2 3
11. Soy un desastre como persona	0	1	2 3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2 3
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2 3
14. Se que tengo la razón y no me entienden	0	1	2 3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2 3
16. Es horrible que me pase esto	0	1	2 3
17. Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2 3
18. Siempre tendré este problema	0	1	2 3
19. Se que me están mintiendo y engañando	0	1	2 3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2 3
21. Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2 3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2 3
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	2 3
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2 3
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2 3
26. Alguien que conozco es un imbécil	0	1	2 3
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0	1	2 3
28. No debería de cometer estos errores	0	1	2 3
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2 3
30. Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2 3
31. Es insostenible, no puedo aguantar más	0	1	2 3
32. Soy incompetente e inútil	0	1	2 3
33. Nunca podré salir de esta situación	0	1	2 3
34. Quieren hacerme daño	0	1	2 3
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2 3
36. La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2 3
37. Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2 3
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2 3
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2 3
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2 3
41. Soy un neurótico	0	1	2 3
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2 3
43. Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2 3
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2 3
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2 3

¹ Fuente: http://www.psicologia-online.com/ESMU/bda/Libros/Sentirse_Mejor_sentirse2.htm

ANEXO H

VALORACIÓN DE LAS RESPUESTAS

Claves de corrección: Suma los puntajes obtenidos en cada una de las siguientes preguntas, de acuerdo al siguiente orden:

TIPO DE DISTORSION-----PREGUNTAS-----PUNTUACION TOTAL

FILTRAJE 1-16-31 (1)

PENSAMIENTO POLARIZADO 2-17-32 (1)

SOBREGENERALIZACION 3-18-33 (2) —

INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO 4-19-34 (1)

VISION CATASTROFICA 5-20-35 (1)

PERSONALIZACION 6-21-36 (1)

FALACIA DE CONTROL 7-22-37 (1)

FALACIA DE JUSTICIA 8-23-38 (1)

RAZONAMIENTO EMOCIONAL 9-24-39 (1)

FALACIA DE CAMBIO 10-25-40 (1)

ETIQUETAS GLOBALES 11-26-41 (2) —

CULPABILIDAD 12-27-42 (1)

LOS DEBERIA 13-28-43 (2)

FALACIA DE RAZON 14-29-44 (1)

FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA 15-30-45 (2)

Usted puede administrarse la escala a si mismo y así detectar sus principales tipos de pensamientos automáticos. Una puntuación de 2 o más para cada pensamiento automático suele indicar que le esta afectando actualmente de manera importante ese tema. Una puntuación de 6 o más en el total de cada distorsión puede ser indicativa de que usted tiene cierta tendencia a "padecer" por determinada forma de interpretar los hechos de su vida.