



FACULTAD DE PSICOLOGIA

INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN DEPRESIÓN EN UNA MUJER

ADULTA

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autor:

Requena Herrera, Carla Ximena

Asesor:

Solano Melo, Cristian Alfonso

ORCID: 0000-0001-6669-4330

Jurado:

Vallejos Flores, Miguel

Correa Aranguren, Iris

Campana Cruzado, Frey

Lima - Perú

2022

Referencia:

Requena, H. (2022). *Intervención cognitiva conductual en depresión en una mujer adulta* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6164>



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
ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

**INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN DEPRESIÓN EN UNA
MUJER ADULTA**

Línea de investigación: Salud mental

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

Autora:

Requena Herrera, Carla Ximena

Asesor:

Mg. Solano Melo, Cristian Alfonso
ORCID: 0000-0001-6669-4330

Jurados:

Vallejos Flores, Miguel
Correa Aranguren, Iris
Campana Cruzado, Frey

Lima – Perú
2022

Pensamientos

“La depresión es una prisión en la que eres
tanto el prisionero, como el cruel carcelero”.

Dorothy Rowe

“Yo les digo a las mujeres que traten de no
deprimirse, porque la depresión es la peor
enemiga del amor, y sin amor no hay vida”.

Tita Merello

“Una cosa es segura, estar sentado y
sentirse miserable no hará las cosas
más felices”.

El niño con el pijama de rayas.

Dedicatoria

A mis padres Santos y María que siempre me motivan a luchar por mis objetivos profesionales como personales. Ellos son la razón de cada uno de mis logros.

Agradecimientos

A Dios, quien siempre cuida de mí, gracias a su amor infinito estoy logrando mis objetivos, cada día me enseña cómo hacer frente a mis errores y cada vez que caigo me da la fortaleza para levantarse y seguir adelante, también ha puesto en mi camino a personas maravillosas que me ha ayudado a crecer como personal y profesionalmente.

A mis padres y novio que me motivan en mis aprendizajes y con ello, contribuyo a ofrecer atención de calidad a los usuarios.

A mi gato Ali, quien siempre estuvo a mi lado, acompañándome en cada asesoría y trabajo académico realizado.

A la Universidad Nacional Federico Villarreal y a sus docentes por brindarme la formación de post grado en la especialidad Terapia cognitivo conductual.

A mi asesor que gracias a sus aportes y recomendaciones a contribuido en el progreso de mi estudio de investigación.

ÍNDICE

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Lista de tablas	v
Lista de Figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. Introducción.....	11
1.1 Descripción del problema.....	13
1.2 Antecedentes	14
1.2.1 Nacionales	15
1.2.2 Internacionales.....	18
1.2.3 Fundamentación Teórica	20
1.2.3.1 Depresión	20
1.2.3.2 Terapia Cognitivo Conductual	33
1.3 Objetivos	41
Objetivo General.....	41
Objetivos específicos	41
1.4 Justificación.....	42
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	42
II. Metodología.....	44
2.1 Tipo y diseño de investigación:.....	44
2.2 Ámbito temporal y espacial:	45

2.3	Variable de investigación:.....	45
2.4	Participante:.....	45
2.5	Técnicas e instrumentos	46
2.5.1	Técnicas usadas:	46
2.5.2	Instrumentos:	49
2.5.3	Evaluación psicológica:.....	50
2.5.4	Evaluación Psicométrica.....	60
2.5.5	Informe Psicológico integrador	67
2.6	Intervención:.....	75
2.6.1	Plan de intervención:	75
2.6.2	Programa de intervención:.....	78
2.7	Procedimiento.....	84
2.8	Consideraciones éticas:	99
III.	Resultados.....	101
3.1	Análisis de los resultados	101
3.2	Discusión de resultados.....	109
3.3	Seguimiento:.....	111
IV.	Conclusiones	112
V.	Recomendaciones	113
VI.	Referencia	114
VII.	Anexos	121

Lista de tablas

Tabla 1 Evaluación psicológica.....	78
Tabla 2 Programa de intervención cognitivo conductual.....	80
Tabla 3 Evaluación post test	83
Tabla 4 Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck	101
Tabla 5 Resultados de la aplicación del registro de opiniones Forma A	103
Tabla 6 Registro de frecuencia de pensamientos negativos de la paciente pre y post test .	105
Tabla 7 Registro de conductas negativas de la paciente según frecuencia pre y post test ..	107
Tabla 8 Registro de emociones desadaptativas de la paciente según frecuencia pre y post test	108

Lista de figuras

-

Figura 1 Puntuación del pre y post test del Inventario de depresión de Beck.....	102
Figura 2 Puntación del pre y post test del registro de opiniones Forma A	104
Figura 3 Puntuación de pre y post test de pensamientos negativos.....	106
Figura 4 Puntación de pre y post test de conductas negativas según frecuencia.....	107
Figura 5 Puntuación de pre y post test de emociones desadaptativas según frecuencia.....	108

Resumen

La investigación desarrolla un estudio de caso en intervención cognitiva conductual en una paciente adulta de 29 años con características clínicas y sintomatología depresiva, quien presentaba distorsiones cognitivas, conductas desadaptativas y sentimientos de culpa por diferentes eventos estresantes como la pérdida de un embarazo. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron la entrevista, autorregistros, líneas base, inventario de depresión de Beck IBD y registro de opiniones Forma A, asimismo, se aplicaron técnicas cognitivas conductuales como relajación, reestructuración cognitiva, programación de actividades, control de estímulo, entre otros. Se aplicó el diseño experimental caso único ABA. Los resultados mostraron que se logró la disminución de la sintomatología de depresión a nivel cognitivo, emocional y conductual, demostrándose la eficacia del programa cognitivo conductual en casos de depresión.

Palabras claves: depresión, terapia cognitivo conductual, distorsiones cognitivas, emociones desadaptativas.

Abstract

The research develops a case study in cognitive behavioral intervention in a 29-year-old adult patient with clinical characteristics and depressive symptoms, who presented cognitive distortions, maladaptive behaviors and feelings of guilt for different stressful events such as the loss of a pregnancy. The instruments used for data collection were the interview, self-records, baselines, Beck IBD depression inventory and Form A opinion record, likewise, cognitive behavioral techniques such as relaxation, cognitive restructuring, activity programming, stimulus control were applied. , among others. The ABA single case experimental design was applied. The results showed that depression symptoms were reduced at a cognitive, emotional and behavioral level, demonstrating the efficacy of the cognitive behavioral program in cases of depression.

Keywords: depression, cognitive behavioral therapy, cognitive distortions, maladaptive emotions.

I. INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental como la ansiedad, el estrés y la depresión han constituido un riesgo a padecer enfermedades crónicas, conllevando a ser un problema de salud pública. En los últimos años, a nivel mundial, las personas han padecido de depresión, un trastorno que afecta las emociones, sentimientos, el pensamiento y el comportamiento de las personas (World Health Organización- WHO, 2019).

La Organización Mundial de la Salud OMS (2021), muestra que la depresión afecta considerablemente las actividades personales, familiares, sociales y laborales del individuo, llevando a presentar gran tristeza, desinterés en sus actividades de agrado y dominio, sentimientos de culpa ,irritabilidad, pensamientos irracionales de muerte, los cuales han sido generados por una situación desencadenante como la pérdida de un trabajo, eventos estresantes o la pérdida de un familiar, estos indicadores se encuentran en la presente investigación.

El objetivo de esta investigación es aplicar un programa bajo el modelo cognitivo conductual para disminuir la sintomatología de la depresión a nivel cognitivo, afectivo y conductual de una mujer adulta.

El presente estudio de caso se divide en cinco capítulos, cada uno con información relevante para esta investigación.

En el apartado I, se explica el marco teórico, donde se exponen los antecedentes asociados a las variables del estudio de caso, conceptos básicos de la depresión, signos, características, tratamientos relacionados a la depresión y la terapia cognitiva conductual, modelos y técnicas para intervenir la sintomatología depresiva.

En el apartado II, se explica la metodología de investigación, bajo el modelo ABA, se desarrolla la historia psicológica de una mujer adulta, donde se describe los datos de filiación, el motivo de consulta, problema actual historia personal, historia familiar, instrumentos aplicados y diagnóstico. Asimismo, se plantea el programa de intervención cognitivo conductual.

En el apartado III, se desarrolla el análisis de los resultados pre y post intervención, junto con la discusión y seguimiento del mismo.

En el apartado IV, se da a conocer las conclusiones del estudio de caso.

En el apartado V, se menciona las recomendaciones que permitirán a la paciente a continuar con su mejoría.

1.1 Descripción del problema

La depresión es una problemática de salud mental, en el 2021 la Organización Mundial de la Salud - OMS menciona que es un trastorno mental, que afecta con mayor frecuencia a la mujer adulta, caracterizada por cambios en el estado de ánimo con sintomatología física y cognitiva, afectando sus actividades familiares, laborales y/o educativas e incluso puede conllevar a la persona afectada al suicidio.

Nuñez y Palomino (2019), señala que en Latinoamérica la depresión es muy frecuente y afecta a más de 300 millones de personas, la OMS en el 2017 reportó 11548577 casos de depresión en Brasil, en Paraguay reportó 332628 casos, en Chile reportó 844253 casos, continuado por Uruguay reportó 158005 casos de depresión. Esta enfermedad es la principal consecuencia de incapacidad en todo el mundo.

Bromley (2020) especialista del Ministerio de Salud, señala que aquella persona que presenta alteraciones del humor, problemas del sueño, baja tolerancia a la frustración, emoción de tristeza, retraimiento e incomunicación con su dinámica familiar, social y/o laboral, estaría sufriendo de depresión, por ello es importante su prevención e intervención, porque el individuo que lo padece puede hacerse daño a si mismo y/o suicidarse.

En el Perú, el problema de salud mental está en riesgo, Castillo (2020), director del Hospital de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi reveló que los casos de suicidio y/o conductas suicidas que se presentan en nuestro país están asociados a la depresión, forjándose desde la etapa de infancia del individuo; de acuerdo al recuento

del nosocomio el 80% de los 334 casos de suicidio atendidos en el año 2019 se inició con problemas emocionales y depresión.

Aproximadamente 1 millón 700 mil personas sufren de depresión, solo el 25% de la población recibe atención, el 20% reconoce necesitar de atención especializada pero no acude y el 55% no percibe que sufra de depresión no dando importancia a la sintomatología que pueda estar presentado. Actualmente, se ha atendido 77 mil casos de depresión entre enero a mayo del 2021 (MINSa, 2021).

El presente trabajo corresponde a una mujer adulta de 29 años de edad que se apersona para intervención terapéutica, indicando ser referida por su médico tratante después de su atención en el área de ginecología. La examinada se muestra preocupada y manifiesta que desde que sufrió el aborto, se siente vacía, recuerda los eventos sufridos y se pone muy triste y llora mucho, se encuentra desanimada, abandonó su trabajo, presenta dificultades para conciliar el sueño y tiene pensamientos de no poder quedar embarazada nuevamente y estar dañada por dentro. Las expresiones presentadas en lo cognitivo, conductual y emocional incluyen sentimientos de culpa e inutilidad, tristeza, angustia, llanto profuso, desgano para realizar sus actividades cotidianas, afectando su cuidado en su aseo personal, relaciones familiares, interpersonales y su vida laboral.

1.2 Antecedentes

Diferentes autores a través de sus investigaciones nacionales e internacionales han comprobado la eficacia de la intervención cognitivo conductual en pacientes con depresión. A continuación, se detallan antecedentes académicos relacionados al

tratamiento cognitivo conductual con técnicas que contribuyeron a la disminución de los síntomas de depresión en las diferentes etapas de vida del individuo.

1.2.1 Nacionales

Huaynates (2019) en su tesis sobre terapia cognitiva conductual en una mujer adulta con sentimientos de culpa, empleó el diseño univariable multicondicional ABA que incluye una evaluación de entrada, la intervención terapéutica y una evaluación de salida. El objetivo del estudio de caso fue reducir la sintomatología depresiva. Los instrumentos usados fueron la entrevista, línea de base, los registros, la escala de Personalidad de Eysenck y el inventario de Beck, se aplicó las técnicas cognitivas conductuales como reestructuración cognitiva, activación conductual, relajación y autoinstrucción. Sus resultados mostraron que se logró disminuir los síntomas de la depresión moderada, se redujo los pensamientos negativos, emociones negativas, conductas como llorar, estar en la cama por horas e incremento la interacción en el contexto familiar y social.

Aguilar y Huamani (2019) en su estudio sobre aplicación de un programa cognitivo conductual para la depresión en niñas de una casa hogar de la ciudad de Arequipa, cuyo objetivo es identificar la eficacia del programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de depresión en su grupo poblacional. Este estudio fue de tipo cuasi experimental, donde la muestra estuvo conformada por 15 niñas en el rango de 8 y 12 años de edad, las cuales fueron seleccionadas a través del muestreo no probabilístico de tipo intencional. El instrumento utilizado fueron el cuestionario de depresión para niños CDS. Los resultados mostraron que en la dimensión total depresivo en el pre test se observó que el 93% de la población objetivo encontraban en

niveles altos de depresión, después de la intervención terapéutica, se aplicó el post test evidenciándose que el 93% de la población se encuentra en niveles normales y el 7% en un nivel bajo de depresión llegando a la conclusión que el programa cognitivo conductual tuvo impacto favorable, ya que logró disminuir los niveles de depresión después de la aplicación del programa aplicado en las niñas de la casa hogar.

Lanza (2018) realizó un estudio de investigación en terapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno. Este estudio fue de tipo experimental, de corte trasversal y explicativo, con la intervención de la variable independiente (terapia cognitivo conductual) sobre la variable dependiente (depresión). La muestra estuvo conformada por 40 pacientes con sintomatología de depresión (20 pertenecientes al grupo control y 20 al grupo experimental). Se utilizó el test de Yesavage al inicio y al finalizar la intervención con la terapia. Los resultados obtenidos fueron favorables en el grupo de los pacientes que recibieron la terapia – grupo experimental, donde disminuyó los niveles de depresión de 9.3 a 6.6 habiendo una diferencia estadística significativa ($p \leq 0.05$), probando que el empleo de la terapia cognitiva conductual contribuyó en el restablecimiento de la sintomatología depresiva de los pacientes del grupo.

García (2018) llevó a cabo su tesis “Efectividad de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en jóvenes con depresión del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima”. Cuyo objetivo fue determinar la efectividad del entrenamiento de habilidades sociales en la población antes mencionada. El diseño de estudio fue cuasi experimental. Donde la muestra estuvo conformada por 30 pacientes,

el instrumento utilizado para medir la variable independiente fue el Test de Autoafirmaciones de Interacción social (SISST). Los resultados mostraron antes de la intervención terapéutica, los pacientes presentaron una puntuación de 27.00 en conductas facilitadoras, las cuales se incrementaron a puntuación 43.50 después del programa de intervención, además, se obtuvo puntuación de 53.50 en aspectos inhibidores antes de la intervención, disminuyendo significativamente a 30.50 puntos después de la intervención; concluyendo que fue efectivo el programa de entrenamiento en habilidades sociales, mejorando las conductas de socialización en los pacientes con trastorno depresivo.

Salomón (2017) realizó un estudio sobre un Caso clínico, de una mujer de 76 años que presentaba episodio depresivo leve. Su objetivo fue estabilizar el estado emocional de su paciente, separando los pensamientos negativos y actitudes melancólicas, reforzando las habilidades sociales, enfatizando en la autoestima, asertividad y capacidad de toma de decisiones. Los instrumentos utilizados para su evaluación fueron el Inventario de Personalidad de Millon, el Test de Yesavage, el Inventario de depresión de Beck, Índice de Katz y el inventario de Pfeiffer. Se concluyó que la paciente mostraba indicadores de depresión, siendo intervenida con la Terapia Cognitivo Conductual. En las sesiones realizadas, se intervino la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo de la paciente, el perjuicio que ocasionan las actividades diarias en el estado de ánimo y finalmente, las afectaciones del estado de ánimo por las interacciones con otras personas. Los resultados mostraron que la paciente pudo afrontar las causas que inducen su depresión, lográndose optimizar la comunicación asertiva con su familia y otras personas, practicar ejercicios de manera regular y el cuidado de su aspecto personal. Llegando a la conclusión que la

intervención cognitivo conductual fue efectiva en la disminución de la sintomatología presentada por la paciente.

1.2.2 Internacionales

Samaniego y López (2020) realizaron un estudio sobre un Programa Terapéutico cognitivo conductual grupal y reducción de síntomas depresivos en una muestra de adolescentes que asisten al Centro de Atención Integral (CAI), la investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo y cuasi experimental pre-test y post-test, donde la muestra estuvo conformada por 20 adolescentes entre las edades de 13 a 17 años, los cuales fueron seleccionados por el muestreo no probabilístico. Los resultados señalaron que se redujo a un 90% la sintomatología de la depresión severa, concluyendo la efectividad del programa terapéutico cognitivo conductual grupal.

Navarro (2018) realizó una investigación para la intervención de una paciente adolescente de 17 años con diagnóstico depresión mayor, su objetivo fue disminuir el estado depresivo a través del tratamiento cognitivo conductual, los instrumentos utilizados en la evaluación fueron Escala de desesperanza de Beck, el Inventario de depresión de Beck (BDI) y cuestionario de Esquemas YSQL. Entre las principales técnicas utilizadas fueron la reestructuración cognitiva, técnica de autocontrol, relajación y resolución de problema en 10 sesiones. Los resultados señalan que al aplicar el inventario de depresión de Beck en la sesión 10 de intervención terapéutica se obtuvieron valores de 9 puntos, equivalente a no depresión (puntaje 0-9), habiendo una diferencia significativa entre los valores de la primera evaluación (valores excedían a 35 puntajes), la adolescente logró disminuir los sentimientos de culpa, cansancio y trastorno del sueño, odio a sí mismo, aislamiento social, sintomatología de la depresión.

Quiroga (2017) en su investigación sobre la aplicación de Técnicas cognitivas conductual en un caso único de adolescente víctima de abuso sexual con trastorno depresivo, cuyo objetivo es aplicar técnicas cognitivo conductuales para aumentar el bienestar y funcionalidad de la paciente adolescente de 15 años. Los instrumentos utilizados para su evaluación fueron entrevista semi estructurada, 16PF – 5 (mujeres), Inventario de depresión de Beck II (BDI- II), inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan, el cuestionario de Esquemas de Young – YSQ-SF. Aplicándose 12 sesiones de tratamiento, incluyendo las técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, inoculación del estrés, técnicas de respiración, el modelo ABC. Los resultados mostraron que, en el nivel cognitivo, la adolescente logró hacer más adaptables sus esquemas idiosincráticos de sí misma, de su entorno y del futuro, a nivel emocional, logró regular sus emociones a través del control de sus pensamientos y en el nivel conductual, los mecanismos de afronte evitativo, ayudaron en su autonomía. En conclusión, las técnicas cognitivas conductuales lograron disminuir los síntomas del trastorno depresivo.

Alcázar et al (2017) realizaron una investigación para la intervención cognitiva conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla, cuyo objetivo fue mostrar la eficacia y efectividad de la terapia cognitivo conductual en un caso de depresión. La intervención se realizó con un paciente hombre de 33 años, de nacionalidad mexicana, quien había sufrido un accidente en motocicleta cuando se encontraba laborando, quedando con una discapacidad permanente que lo conllevó a la depresión. Para esta investigación se utilizó el diseño de estudio de caso único, llevada a cabo en 10 sesiones, con la finalidad de reducir las emociones de tristeza e ira, problemas de sueño y fatiga. Los resultados demostraron que se redujeron

los síntomas de la depresión, concluyendo la eficacia de la intervención cognitiva conductual en el tratamiento del trastorno de depresión.

Antón et al (2016) ejecutaron su estudio sobre un caso de depresión en una adolescente tardía. Cuyo objetivo fue analizar los efectos de la aplicación del tratamiento cognitivo conductual para disminuir los síntomas del trastorno depresivo mayor que presenta la adolescente de 18 años. Los instrumentos utilizados en la evaluación fueron: la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Entre las técnicas usadas en el tratamiento fueron psicoeducación, entrenamiento en respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, activación conductual y autoinstrucciones de afrontamiento en 10 sesiones. Asimismo, se realizó seguimiento cada dos y cuatro meses. Los resultados señalan que se logró reducir la sintomatología depresiva, demostrándose la eficacia de la intervención cognitivo conductual.

1.2.3 Fundamentación Teórica

1.2.3.1 Depresión.

Existen diferentes autores que presentan la depresión dando diferentes explicaciones sobre este trastorno, quienes incorporan la influencia de las cogniciones, emociones y/o relaciones familiares.

Beck, (como se citó en Hernández, 2010, p. 35) define a la depresión como un “trastorno de ánimo que surge a partir de las distorsiones cognitivas, es decir, la

existencia de pensamientos erróneos y dolorosos que tiene la persona acerca de sí y que además cree que son correctos”.

La Organización Mundial de la Salud (2016) precisa que la depresión es un padecimiento que se da en todo el mundo y aqueja a más de 300 millones de individuos, presenta sintomatología de tristeza, sentimientos de culpabilidad, pérdida de interés por actividades de agrado, insomnio y/o pérdida del apetito, siendo la consecuencia de diferentes situaciones de estrés por factores psicológicos, sociales y/o biológicos asociados a escenarios fatales (pérdida, desempleo, traumas) conllevando a consecuencias más graves como el suicidio. La depresión es la segunda causa de fallecimiento en adolescentes y jóvenes entre las edades de 15 a 29 años, dándose con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

Coryell, W. (2020) menciona que la depresión es un trastorno, donde se experimenta tristeza, pérdida de interés en actividades, alteraciones en el sueño, dificultades en la concentración, falta de apetito, pérdida del deseo sexual, cansancio, perturbando su funcionamiento en distintas áreas de su vida personal. Su tratamiento es a través de psicoterapia y medidas generales, pero cuando la depresión es moderada o grave se necesita de fármacos y psicoterapia.

La quinta edición del DSM5 clasifica los trastornos depresivos en los siguientes: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, depresión mayor, distimia, disfórico premenstrual, depresión inducida por una sustancia, depresión no especificada, y depresión debido a otra afección médica.

La depresión es una enfermedad que afecta el área física, psicológico y social de la persona sino se trata a tiempo, pero teniendo una intervención oportuna de la sintomatología puede revertirse los daños que la depresión puede causar (Llacta y Jonis, 2013).

Lapadjian y Patpatian (como se citó en Guerrero, 2014) manifiestan que la depresión es un sentimiento de decaimiento, donde el individuo se encuentra bloqueado sin capacidad de decisión para salir de este sentimiento:

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo de enorme importancia por su frecuencia, multiplicidad sintomática, severidad y sobre todo por sus consecuencias. Esta condición es producida por causas muy diversas. El eje central de la depresión caracteriza a la persona por un sentimiento de desvalorización personal y del mundo que lo rodea. (p. 16)

Freeman y Oster (como se citó en Rubio, 2015) señala que la depresión es un problema que se da en distintos grupos sociales, siendo una respuesta a un estímulo de estrés externo o a una respuesta de un sujeto a su medio social. Dándose en forma única o como patrón reiterado de respuestas, atravesando por distintos niveles de gravedad. Beck (como se citó en López, 2016) refiere que la depresión está basada en pensamientos irracionales.

La depresión es principalmente un trastorno del pensamiento más que del estado de ánimo, caracterizado por pensamientos negativos acerca de sí mismo, la situación y el futuro conformando la triada cognitiva. Para Beck, las atribuciones de los individuos serán personales; es decir las personas deprimidas

se culparán así mismas por cualquier cosa mala que suceda, y cuando suceda algo bueno lo atribuirán a la suerte (p.305).

Vidal (como se citó en Aquino et al, 2016) conceptualiza la depresión como una tristeza patológica, diferenciándola de la tristeza como emoción, ya que esta última es de corta duración y no interviene en la conducta del individuo, en cambio la depresión corresponde a una categoría psicopatológica y adopta la forma de síntoma, síndrome y enfermedad. Por otro lado, Vásquez et al (2000) manifiestan que la depresión está incluida en los trastornos del estado de ánimo, determinada por las constantes alteraciones en el ánimo y los afectos, siendo el primero subjetivo y el segundo objetivo y observable.

Los enunciados de los diferentes investigadores, conceptualizan la depresión a través de la sintomatología presentada por el individuo, que los lleva a la exploración de esclarecimientos como medios para el tratamiento en la atención de la depresión.

Signos y Síntomas

La depresión causa alteraciones en el área cognitiva, psicomotora, emocional y física. Los individuos que padecen del trastorno de depresión presentan constantes pensamientos suicidas e incluso llegan a intentar cometer el suicidio.

Zepeda (como se citó en Caballero, 2014) señala que la sintomatología de la depresión se basa en 4 categorías:

- **Cognitivo:** dificultad para la comprensión, comunicación defectuosa, distorsión de cogniciones y recuerdos constantes, frustración seguido de ideas de culpabilidad, sensopercepción deficiente e incapacidad de enfrentamiento.

- **Afectivo:** miedo, irritabilidad, tristeza con o sin predisposición al llanto, inseguridad por problemas en la toma de decisiones, ansiedad, sentimientos de abatimiento y pesimismo.
- **Conductual:** abandono en la higiene y aspecto personal, impulsos suicidas y menoscabo de su producción.
- **Somático:** Falta de apetito, alteraciones en el sueño, disminución de la libido y fatiga.

Gasto et al (2007) indica que el síntoma más señalado de la depresión es la tristeza de alta intensidad, asociado a la sensación de pérdida de control, otros de los síntomas que presenta una persona con depresión son:

- Movimientos lentos: evidenciado por irritabilidad, fatiga, pérdida del apetito.
- Anhedonia: problema para divertirse de las situaciones y/o momentos que antes disfrutaba.
- Insomnio.
- Síntomas físicos: dolores de cabeza, problemas digestivos.
- Pensamientos pesimistas asociados con los sentimientos de culpa.
- Pensamientos asociados a la muerte:

Características de la depresión:

Gasto y Navarro (2007) señala que existen diferentes factores:

- Factores relacionados con la personalidad: relacionado con caracteres excesiva de la persona como dependencia, incertidumbre, aprensión, perfeccionismo que podrían inducir a sufrir depresión.

- Factores ambientales: relacionados con alguna dificultad de la persona, como familiar, económico, salud o pérdida que induce a sufrir depresión.
- Factores biológicos: entre ellos:
 - Alteraciones cerebrales: alteración de la actividad de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica).
 - Alteración en neurotransmisores: en el trastorno de depresión se evidencia mal funcionamiento en la conexión neuronal de neurotransmisores como la serotonina, dopamina y noradrenalina.
 - Alteración genética: cuando se tiene algún familiar que haya sufrido de depresión, hay inclinación que otro integrante de la familia lo sufra.

Clasificación de la depresión según el CIE 10

La Organización mundial de la Salud y la organización panamericana de la salud (OMS y OPS, 2018) mencionan en la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión, que en el Episodio Depresivo existe un abatimiento en el paciente, en su fuerza, su rendimiento, concentración y apetencia, asimismo, al reincidir en estos episodios, se vuelve en Trastorno Depresivo Recurrente.

El episodio depresivo se clasifica en leve, moderado, grave con o sin síntomas psicóticos.

- **Episodio Depresivo Leve (F32.0).** La sintomatología más característica es ánimo depresivo, pérdida de interés y disfrute, acrecimiento de agotamiento, dos o tres de estos síntomas deben estar presentes y debe durar al menos dos semanas con problemas para dedicarse en las áreas laborales y sociales.

- **Episodio Depresivo Moderado (F32.1)**. debe estar presente al menos cuatro más síntomas del episodio depresivo leve, son de grado agudo, no obstante, no es primordial si se evidencian diversos síntomas presentes.
- **Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos (F32.2)**. el individuo puede presentar ansiedad o desasosiego, asimismo, el peligro de un suicidio se puede dar en casos graves y con sintomatología somática presente en este episodio de depresión.

Criterio de diagnóstico según el DSMV

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014, p. 104 al 106) establece que el DSMV presenta criterios de diagnóstico para la depresión:

- A. Cinco** (o más) de los síntomas siguientes estén presentes durante el mismo período de dos semanas y necesariamente al menos uno de los dos síntomas siguientes: (1) **estado de ánimo deprimido** o (2) **pérdida de interés o de placer**. (Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica).
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En **niños y adolescentes**, el estado de ánimo puede ser irritable.)
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito

casi todos los días. (Nota: En los **niños**, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. (Nota: los criterios A-C concluyen un episodio de depresión mayor).

Nota: las respuestas a una pérdida significativa (p.ej-, duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida del peso que figuran en el criterio A, y pueden simular a un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser

comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se considera pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D.** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. (Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica).

Teorías y modelos explicativos de la depresión

La depresión es un trastorno que tiene diferentes fases y su sintomatología pueden o no estar presentes en cada paciente. Existen diferentes teorías que explican la etiología de la depresión:

- a. **Teorías conductuales de la depresión.** Antonuccio (como se citó en Vásquez et al, 2000) manifiesta que las intervenciones conductuales de la sintomatología de la depresión se basan en procedimientos establecidos por la psicología experimental. Este modelo menciona que la depresión está vinculada con relaciones nocivas entre el individuo y su contexto, conllevando a afectar las conductas, cogniciones y emociones. Las estrategias conductuales se usan para modificar los esquemas desadaptativos de las conductas, emociones y cognición.

- b. **Teorías cognitivas de la depresión.** Para Vásquez et al (2000) señala que la percepción errada de sí mismo, de las personas y de los eventos podría generar el trastorno de depresión, la teoría cognitiva argumenta que la persona depresiva es propensa a tener una visión negativa de sí misma, perturbando sus procesos cognitivos.
- c. **Teoría de la indefensión aprendida y su reformulación.** Seligman (como se citó en Vásquez et al, 2000) sostuvo que la depresión es causada porque el individuo no logra diferenciar la correlación entre su conducta y los resultados del mismo, sean provechoso o dañino. Seligman lo nombró “indefensión aprendida” a estas consecuencias.
- d. **Teoría cognitiva de Beck.** Beck (como se citó en Vásquez et al, 2000) manifiesta que la depresión es la consecuencia de eventos y contextos que el individuo enfrenta por comentarios equivocados que genera.

Presenta 3 conceptos básicos:

- **La cognición:** es la capacidad, procedimiento y organización del pensamiento, conocimiento y visiones mentales.
- **Contenidos cognitivos:** es la representación que la persona otorga a las imágenes y juicio que tiene en su cerebro.
- **Esquemas:** son creencias centrales y ayudan a enjuiciar toda la información derivada del entorno.

La teoría cognitiva señala 4 elementos que explican la depresión:

- Triada cognitiva

- Pensamientos automáticos negativos
- Errores en la percepción y en el procesamiento de información
- Disfunción en los esquemas.

e. **Teoría biológica de la depresión.** la teoría hace mención de problemas en los sistemas neuroquímicos de la cabeza, como la dopamina, noradrenalina, serotonina y la acetilcolina; Friedman (como se citó en Vásquez et al, 2000) señala que la depresión, se debe a una anomalía en la regulación de sistemas neuroconductuales.

Tratamiento de la depresión

Existen diferentes investigaciones sobre el tratamiento terapéutico de la depresión, teniendo como punto principal la terapia cognitiva conductual.

a. **Terapia conductual.** Lewinsohn realizó el primer programa de intervención, quien busca probar como aparece la depresión, su investigación está sustentado en las investigaciones conductuales de Skinner.

Su teoría da a conocer que la depresión es generada por la ausencia y/o carencia de reforzamientos en las conductas que emite la persona en su vida diaria (Castillero, s/f).

La terapia conductual busca la mejora de las relaciones interpersonales, a través de conductas más adaptables y saludables, integrando reforzadores positivos como estímulo a estas conductas, de esta forma se logra la disminución de conductas negativas.

b. *Terapia cognitiva de Beck.* Tiene como finalidad la modificación de la cognición; basada en tres hipótesis, la primera es que la percepción negativa que tiene de su entorno, es debido al comportamiento y las emociones que presenta la persona con depresión, la segunda hipótesis es que las cogniciones como las creencias, pensamientos y otros logran ser advertidas y anunciadas por la persona, pero para lograr ello, se debe instruir teniendo en cuenta que las cogniciones pueden o no ser consecuentes, la tercera es la modificación de la emoción y el comportamiento conllevando al cambio de la cognición. La terapia cognitiva señala también el trabajo en conjunto que realiza el terapeuta como el paciente, ya que buscan restaurar los problemas del paciente en sintomatología que sea objetiva y específica, después se elabora un programa de intervención individual., basaba en los problemas del paciente (Beck et al, 1979).

c. *Tratamiento farmacológico y somático.* para la depresión mayor y la distimia, la Agency For Care Policy and Research (como se citó en Vásquez, 2000) establece el tratamiento de la depresión en 3 fases, la fase 1 denominada fase aguda, dura aproximadamente 20 semanas y la sintomatología se establezca en un nivel tolerable, la fase 2 es la de continuación, es prolongada por 4 a 6 meses con el objetivo de evitar recaídas y la fase 3 es la de mantenimiento.

Los antidepresivos tricíclicos como han logrado tratar eficazmente la depresión mayor unipolar, no obstante, los fármacos de la nueva generación (como inhibidores selectivos de la serotonina, componentes de la venlafaxina y la nefazodona) han demostrado que son más seguros y tolerados por los pacientes e incluso es superior al placebo que genera los antidepresivos tricíclicos.

Evaluación psicológica

La evaluación psicológica es una disciplina de la psicología, contribuye en la labor profesional del psicólogo, su objetivo es examinar la conducta del individuo para entenderlo, explicarlos y/o modificarlo. La evaluación psicológica ayuda al psicodiagnóstico, haciendo uso de pruebas o test. Así como la evaluación de los tratamientos y sus consecuencias (Casullo, 1999).

Para Stufflebeam (como se citó en Morales, 2001) la evaluación es un proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva acerca del valor y el mérito de metas, la planificación, la realización y el impacto de un objetivo determinado, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y promover la comprensión de los fenómenos implicados (p. 170), dicha definición lo señala como un procedimiento que proporciona referencias para la toma de decisiones.

La evaluación cognitiva conductual favorece a la evaluación psicológica tradicional, usando técnicas como los autorregistros, inventarios cognitivos autoinformados se evalúan las conductas problemas relacionadas con distorsiones cognitivas, respuestas emocionales, supuestos, entre otros (Ruiz et al, 2012).

La entrevista es una técnica de la psicología, es un diálogo entre un entrevistador y entrevistado y su objetivo es obtener información de la conducta problema, por ello, el registro de las conductas verbales y no verbales son indispensables para el análisis de la evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico (Barrasa et al, 2012). Asimismo, en la evaluación psicológica se utilizan instrumentos, en el trastorno de la

depresión se usan diversos instrumentos entre ellos el Inventario de depresión de Beck (BDI), el Hamilton Rating Escala de depresión (HRSD), el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), el Registro de Opiniones Forma A, entre otros.

El Inventario de Depresión de Beck –IDB II, consta de 21 conjunto de frases y evalúa el grado de depresión que presenta la persona evaluada, de acuerdo la suma total de los resultados establece la puntuación de depresión (5-9 normal, 10 – 18 depresión leve, 19 – 29 depresión moderada y 30 -39 depresión severa), si el puntaje es 4 o menor a este número existe la posibilidad de falsedad, si el puntaje es 40 o mayor a este señala un abuso de los síntomas de depresión o la existencia de un trastorno de personalidad (Beck et al, 2006).

El Registro de opiniones Forma A, presenta 6 categorías de creencias irracionales y consta de 65 items, su puntuación permite identificar las creencias irracionales que influyen en el individuo para la creación y mantenimiento de la infelicidad y el estrés. (Anicama y CIPMOC 2016).

1.2.3.2 Terapia Cognitivo Conductual.

Para Ruiz et al (2012) es un tratamiento practicado por los terapeutas, fundado desde sus comienzos en la psicología del aprendizaje, su objetivo es la modificación de la conducta, cogniciones y emociones cambiando o eliminando las conductas problemas e instruyéndola por conductas más adaptativas.

Puerta y Padilla (2011) la terapia cognitivo conductual es un tipo de intervención de los diferentes trastornos mentales, que a través de sus técnicas

contribuye a la modificación de pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas desadaptadas del paciente reemplazándolas por otras más adaptativas para hacer frente a su problemática, por ejemplo, la depresión.

Asimismo, señalan los objetivos de la TCC con respecto a la depresión son:

- Reducir el pensamiento irracional
- Desarrollar la habilidad de autocontrol
- Mejorar la capacidad de resolución de problemas
- Aumentar las habilidades sociales e interpersonales.

Al presente, la TCC orienta y restablece a la persona, brindándole mecanismos para que logre percibir su vida desde otro enfoque, siendo su objetivo de tratamiento la conducta en sus diferentes categorías (cognitivo, conductual, emocional y fisiológico).

Modelo cognitivo de la depresión:

Este modelo señala que en la depresión se evidencian un mal proceso de información que genera aumento de creencias nucleares debido a situaciones significativa de la vida del individuo, conllevándolo a presentar síntomas emocionales, fisiológico y/o conductas inadecuadas.

Beck (2010), mediante el modelo cognitivo presenta tres modelos que explica el sustrato psicológico de la depresión.

- a. **Triada cognitiva.** establece tres patrones cognitivos negativos, la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

La visión negativa de sí mismo: el individuo se muestra infeliz y miserable, culpa a sus deficiencias de tipo físico, psicológico o moral de las experiencias negativas

que cree tener, considerándose inservible y sin valor. Asimismo, tiende a juzgarse y considera no poseer cualidades positivas.

Visión negativa acerca del mundo: El individuo cree que la sociedad no le permite alcanzar sus objetivos por las exigencias y/o obstáculos que se le presenta, generando en él frustración y fracaso. En el contexto de una persona con sintomatología de depresión crea y altera los argumentos orientándolos de forma negativa.

Visión negativa acerca del futuro: El individuo hace planes a mediano y/o largo plazo, sin embargo, tiende anteponer que sus desánimo y problemas presentes se mantendrán en el tiempo, su autosugestión de que su momento actual no cambiará, aumenta su impotencia y desconsuelo, creando expectativas de fracaso.

- b. **Esquemas.** compone los fundamentos para identificar, discernir y recopilar toda situación que el individuo debe afrontar; con respecto a casos de personas con sintomatología depresiva se refleja que mantienen conductas que le hacen afligirse y son nocivas, no siendo capaz de identificar aquellos que son positivos para su vida, sin embargo, un individuo que no presenta dicha sintomatología, tiende a ser más racional antes contextos similares y su análisis está relacionado a patrones cognitivos estables.
- c. **Errores cognitivos.** los pensamientos de un paciente con depresión están validados por sus errores cognitivos que a través de sus creencias sostienen sus percepciones negativas, la forma de afrontar esos pensamientos es concretizarlos y generar pensamientos racionales y lógicos, a su vez estos generarían respuestas emocionales positivas.

Terapia racional emotiva conductual de Ellis

Ellis (1984) propone el modelo ABC, donde:

A: son los acontecimientos Activadores que independientemente no generan consecuencias conductuales, emocionales o cognitivos,

B: son las creencias que el individuo tiene sobre A

C: es la respuesta cognitiva, emocional o conductual.

El TREC se centra en destacar las consecuencias que las creencias racionales e irracionales (B) tienen en las conductas emocionales y en el logro de las metas y propósitos.

La terapia cognitiva conductual traza sus propios modelos terapéuticos, siendo su finalidad la resolución de los problemas, mitigando la sintomatología a través de la intervención cognitiva para transformar comportamiento (Yapko, 2006). La TCC busca la intervención en la cognición y/o pensamiento y las conductas que causan las creencias irracionales.

La estrategia más destacada en este modelo de intervención es la **Reestructuración cognitiva**, la cual radica en el cliente que, con el apoyo inicial del terapeuta, determine y debate las cogniciones desadaptativas, para que sean reemplazadas por más adecuados y se disminuyan o elimine la perturbación emocional y/o conductual producida por ello. Para la reestructuración cognitiva, los pensamientos son hipótesis, tanto el terapeuta y el cliente recogen datos para establecer si dichas hipótesis son adecuados o beneficiosas. El terapeuta manifiesta preguntas y plantea experimentos conductuales para que el cliente reconozca y constate sus pensamientos

negativos, para que concluye si son válidos o no (Clark, 1989, como se citó en Bados y García, 2010).

Ellis et al, en 1981 (como se citó en Huaynates, 2019) señala que la teoría del A-B-C-D-E forma parte de la reestructuración cognitiva- modelo cognitivo, donde:

A: es la conducta activadora.

B: son las autoverbalizaciones o pensamientos positivos como distorsionados, que pueden ser innato o adquiridos y generan a C.

C: son los resultados conductuales y emocionales del individuo, ante la conducta activadora A

D: es el cambio y transformación de B, aquí el especialista busca cuestionar los pensamientos irracionales que surgen en B sustituyéndolos por pensamientos racionales, positivos y lógicos.

E: es el resultado de la intervención, obteniendo emociones y/o conductas positivas y más adaptables de sí mismo, de su entorno y del futuro.

Técnicas cognitivas conductuales para el tratamiento de la depresión:

- **Psicoeducación:** Es una técnica que brinda al paciente los medios para plantear y reforzar sus capacidades y enfrentar los contextos de un modo adaptativo. Su finalidad es educar y fomentar al reconocimiento de la problemática que presenta, intervención para contribuir a su calidad de vida (Bulacio et al, 2004).

Maldonado y Arévalo (s/f) señala que la tarea psicoeducativa fomenta que la problemática presente sea confrontada (es decir, se da conocer la sintomatología de la depresión y todo lo que esta incluye), sea reconocida (es decir, que la paciente acepte

su problema de salud mental) y sea asumida (es decir que la paciente pueda hacer frente a su problema, para generar un cambio en su proyecto de vida.

- **Mayéutica:** Caballero (2014) señala que es una técnica primordial en el modelo cognitivo, basada en la ejecución de interrogaciones con el objetivo de conocer y transformar la cabida cognitivo disfuncional relacionado a la sintomatología.

Su objetivo es conseguir la verdad que está escondida en el pensamiento de la persona, tomando en cuenta puntos principales como el planteamiento de su problema actual, crear discusión a través de preguntas y respuestas de la persona, generar desconciertos y perturbaciones en la persona para establecer conclusiones que contribuyan al bienestar de la persona.

- **Autorregistro:** son usados desde la primera etapa de la intervención terapéutica, permite recoger información relevante del estado emocional y todo acontecimiento que le sucede a la paciente en el transcurso de la semana y también se utiliza como línea base para ir cotejando los cambios que tiene el intervenido (Ruiz et al, 2012). Es decir, nos permite ir conociendo la situación actual del paciente y también los progreso que la paciente ira tendiendo en la intervención terapéutica.

- **Reforzador positivo:** es un estímulo (evento, conducta u objeto) cuya presentación contingente a una conducta da lugar a un aumento o mantenimiento de esta, de modo que este aumento o mantenimiento es menor o no se da cuando la presentación no es contingente (Bados y García, 2011, p.2). Existen diferentes tipos de reforzadores positivos entre ellos: reforzadores primarios o incondicionados, reforzadores secundarios o condicionados, reforzadores intangibles, reforzadores sociales.

- **Asignación de tareas:** Técnica que consiste en el cumplimiento de tareas desde la más sencilla hasta la de mayor dificultad para el paciente. Esta técnica permite que la paciente lleve gradualmente sus actividades, de esta forma, los pacientes van restaurando el concepto de sí mismo como individuos aptos y eficientes (Benedito et al, s/f).

- **Programación de actividades:** Es una de las técnicas más significativas de la terapia cognitiva, en la cual se instauran actividades concretas y son revisadas frecuentemente por el terapeuta para su adecuada realización. Su objetivo es que el paciente logre registrar su tiempo y realizar progresivamente actividades, asimismo, busca que las actividades sean las que el paciente realizaba con anterioridad, así puede llevarlo a cabo, por otro lado, no se deben programar excesivas actividades, ya que esto dificultaría la realización de las mismas. La programación de actividades y el registro diario ayuda en casos de pacientes con depresión, porque logra anular las creencias de insatisfacción (Ruiz et al, 2012).

- **Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson:** Educa al individuo a la realización de ejercicios físicos, identifica la tensión que posee en su cuerpo para relajarlos a través de ejercicios. Tamayo (2017) menciona que “esta terapia consistía en tensar y relajar de manera sistemática los músculos del cuerpo. Se basa en la conciencia de las tensiones musculares que tenemos en el cuerpo. Se enseña a relajar los músculos. Entonces, a través de ejercicios, el individuo es capaz de distinguir entre la tensión y la distensión de los diferentes músculos, aprendiendo a discriminar las sensaciones resultantes. Para ello, los dividió en varios grupos: extremidades superiores, cabeza, cuello, hombros, tronco y extremidades inferiores” (p.48).

- **Control de estímulos:** Es la reducción de estímulos que inducen, instituyen y fomentan el incremento de una conducta (Ruiz et al, 2012).

Para Jurado (2009), la técnica de control de estímulo se fundamenta en la reducción de los estímulos perturbadores y creación o restablecimiento de estímulos que contribuyan al incremento de un comportamiento que se quiere desarrollar. Esta técnica contribuye a aliviar las dificultades del sueño, ya que a través de su aplicación eliminan aquellos estímulos que están dificultando al individuo a generar las condiciones óptimas para el sueño, a su vez, si se complementa con pautas de higiene de sueño va a mejorar su calidad de sueño.

- **Evitar verbalización interna catastrófica:** Ruiz et al (2012) contribuye a aliviar el dolor y sufrimiento, el paciente debe suplir sus verbalizaciones por otros que sobresalgan su fuerza para sobrellevar su tristeza, de esta forma aumenta su tolerancia al dolor.
- **Técnica de Dominio y agrado:** Permite disminuir las distorsiones cognitivas absolutas del todo o nada. Aquí el terapeuta indaga sobre actividades que son de agrado para el paciente, contribuyendo al incremento del estado emocional. Esta técnica también determina los niveles altos y bajos de agrado a través de una evaluación en escalas, donde 0 es la ausencia de dominio/ agrado y 5 el máximo de dominio/agrado (Beck, 2010).
- **Análisis de responsabilidad:** se examina todos los motivos que tiene el paciente para sentirse culpable del comportamiento o situaciones externas a ella. Asimismo, se reúne información relevante para instruir a la paciente sobre los eventos que la llevan a los sentimientos de culpa (Ruiz et al, 2012).

- **Solución de problemas:** Beck (2010) señala que la técnica ayuda a la paciente a dar solución a las diferentes situaciones de su entorno que afecten su vida diaria, para ello debe aprender a identificar el problema, enumerar todas las alternativas posibles y seleccionar la más oportuna, realizar y evaluar sus efectos.
- **Autorregulación emocional:** Thompson, en 1994 menciona que es un procedimiento de adecuación del individuo para efectuar el manejo de emociones antes las diversas circunstancias que debe hacer frente (citado por Morales, 2014).
- **Técnica de retribución:** se utiliza cuando la paciente se atribuye culpa o se responsabiliza de situaciones negativa. El objetivo de esta técnica es no culpar a la paciente sino establecer responsabilidad a quien corresponda, así como precisar los elementos que ayuden a enfrentar y prevenir las situaciones adversas que escapan del control de la paciente (Beck, 2010).

1.3 Objetivos

Objetivo General

Aplicar un Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología de la depresión a nivel cognitivo, emocional y conductual de una mujer adulta.

Objetivos específicos

- 1) Reducir las distorsiones cognitivas e ideas irracionales relacionadas a la depresión modificándolo por cogniciones racionales y funcionales.
- 2) Disminuir las emociones desadaptativas como tristeza, culpa y preocupación promoviendo una autorregulación emocional.
- 3) Instaurar un repertorio conductual para recuperar un estilo de vida funcional de

programación de actividades incompatibles con la depresión.

1.4 Justificación

La depresión es la enfermedad emocional más frecuente en nuestro país, en el año 2021, el Ministerio de Salud a través de los Centros de Salud Mental Comunitaria que se encuentran a nivel nacional atendió a 77 mil casos de depresión, no obstante, existen casos en los cuales no se percibe la atención completa a pesar de ser de intensidad moderada y de larga duración afectando su dinámica familiar, laboral y/o social, podría conllevar al suicidio.

Esta enfermedad no diferencia razas, condiciones socioeconómicas, la persona lo sufre en cualquier etapa de su ciclo de vida; Folgado (2011), en su artículo “depresión en la mujer”, refiere que la mujer es la que sufre mayor acontecimiento de depresión en el ciclo de su vida, pero es más frecuente entre los 25 a los 45 años de edad, son muchos los factores que podría conllevar a la depresión, diversos estudios señalan que la depresión en la mujer se da en el modelo sociocultural, cambios neurohormonales y el papel social.

Esta investigación busca diseñar un programa de intervención, empleando los conocimientos teóricos- prácticos de la depresión fundamentado en el modelo de la terapia cognitiva conductual para la validación en la eficacia en el tratamiento de la depresión; asimismo que éste sea un modelo para otros casos de depresión.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

Se espera disminuir el nivel de depresión que la paciente viene presentando, alcanzando estabilidad, formando pensamientos más adaptativos y saludables que

contribuyan a la visión positiva de sí misma, de su entorno y de su futuro, asimismo, logre ejecutar actividades e interacciones positivas y alcance desenvolverse satisfactoriamente en su entorno familiar, de pareja y laboral, generando emociones agradables y positivas.

Esta intervención terapéutica podrá ser tomado como guía para otras investigaciones porque se argumenta en procedimientos específicos y científicos, logrando los cambios cognitivo conductual.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de investigación

- Tipo de investigación aplicada, para Murillo (citado por Vargas, 2009) busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos [...] el uso del conocimiento y resultados de investigación que da como resultado una rigurosa, organizada y sistemática de conocimientos de la realidad (p. 159).
- Diseño experimental de caso único ABA: Roussos (2007) manifiesta que el estudio de caso de intervención terapéutica describe un trastorno y/o evalúa los efectos del tratamiento determinado, haciendo énfasis en las peculiaridades que tiene el caso y/o frutos conseguidos.
- Fase A Línea Base: se realizó la evaluación inicial, historia clínica bajo el modelo cognitivo conductual, asimismo se emplearon el inventario de depresión de Beck, el cuestionario de Registro de opiniones de Elis – Forma A, y se utilizaron los registros cognitivos conductuales (conducta, pensamientos irracionales y emociones) como línea base de los síntomas de la depresión de la paciente.
- Fase B Tratamiento: haciendo uso de la terapia cognitiva conductual, aplicándose técnicas como reestructuración cognitiva, psicoeducación, programación de actividades, técnicas de relajación, técnicas de autocontrol, entre otras.
- Fases A: evaluación de salida (Post Test) y verificación de la eficacia del programa.

2.2 **Ámbito temporal y espacial**

El programa de intervención cognitivo conductual para la paciente con sintomatología depresiva se llevó a cabo en consultoría privada, la cual se realiza una sesión por semana por un lapso de 6 meses.

2.3 **Variable de investigación**

Variable dependiente - Depresión: Beck, (citado por Hernández, 2010) define a la depresión como un trastorno de ánimo que surge a partir de las distorsiones cognitivas, es decir, la existencia de pensamientos erróneos y dolorosos que tiene la persona acerca de sí y que además cree que son correctos (p. 35).

Variable independiente- Terapia cognitiva conductual: Para Ruiz et al (2012) es un tratamiento practicado por el psicólogo, fundado desde sus comienzos en la psicología del aprendizaje, su objetivo es la modificación de la conducta, cogniciones y emociones cambiando o eliminando las conductas problemáticas e instruyéndola por conductas más adaptativas.

2.4 **Participante:**

Mujer adulta de 29 años de edad con diagnóstico de depresión moderada por eventos estresores como el aborto sufrido; actualmente viene presentando disminución y desinterés en sus actividades, abandono del trabajo y estudios de post grado, en el área emocional presenta tristeza, sentimientos de culpa e inutilidad, asimismo, muestra descuido por su aseo, cuidado personal e insomnio.

Por otro lado, cabe mencionar que el estudio de caso se da en zona urbana, la paciente cuenta con estudios superiores, quien acude atención psicológica privada por solicitud del especialista en ginecología. A pesar que la paciente es una mujer

preparada, se observó prejuicios con respecto al tratamiento psicológico. No obstante, contribuye en su participación al programa de terapia cognitivo conductual gracias al apoyo de su pareja y familia.

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas usadas

Luego de revisar el marco teórico de las técnicas, se ha visto por conveniente elegir las siguientes técnicas:

- **Psicoeducación:** Esta técnica tuvo como objetivo educar y ayudar a la paciente a identificar la sintomatología de la depresión, generar conocimiento de la enfermedad, reducir las distorsiones cognitivas e ideas irracionales, disminuir las emociones desadaptativas como tristeza, culpa y preocupación promoviendo la autorregulación emocional.
- **Programación de actividades:** Esta técnica contribuyó a instaurar un repertorio conductual para recuperar el estilo de vida funcional de la paciente, asimismo retomar actividades que había dejado de lado por la sintomatología de la depresión. Esta programación fue revisada por la terapeuta e incluso se fue integrando actividades gradualmente.
- **Mayéutica:** Esta técnica fue importante porque permitió crear discusión a las distorsiones cognitivas de la paciente, generar confusión y debate para dar conclusiones más racionales y lógicas que ayudan al bienestar de la paciente.

- **Reestructuración cognitiva:** El objetivo de esta técnica fue analizar las distorsiones cognitivas y ser sustituidas por cogniciones más saludables, haciendo uso de los registros de pensamientos, emociones desadaptativas, esta técnica ayudo a identificar las conductas que activan las creencias irracionales de la paciente generando respuestas conductuales y/o emocionales desadaptativas haciendo uso del registro A-B-C. También se hizo uso del modelo A-B-C-D-E de la terapia racional emotiva. Esta técnica permitió que el terapeuta realice los cuestionamientos sobre la veracidad de los pensamientos o autoverbalizaciones de la paciente, con el fin de lograr que sus pensamientos sean racionales y lógicos, acompañada de emociones sanas y más saludables.

- **Autorregistro:** Fue relevante en el programa de intervención, contribuyó a recoger información significativa de todo suceso y estado emocional que le ocurrió a la paciente en toda la semana.

- **Reforzador positivo:** Contribuyó para que la paciente logre incrementar conductas que fueron instauradas en la programación de actividades a corto y mediano plazo. Entre los reforzadores que la paciente selecciono fueron: actividades agradables y elogios para sí misma.

- **Asignación de tareas:** Esta técnica tuvo como objetivo que la paciente cumpla las actividades encomendadas, asimismo, se fueron incorporando gradualmente actividades al programa de actividades.

- **Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson:** El objetivo de esta técnica fue reducir la ansiedad, asimismo ayudo al control emocional, en especial cuando se trabaja la reestructuración cognitiva. El proceso de relajación contribuyo también a la autorregulación emocional.

- **Control de estímulos:** Con esta técnica se logró eliminar estímulos que estaban afectándolo la calidad de sueño de la paciente. Se consiguió el reconocimiento de los estímulos, generando la integración de las pautas de higiene de sueño.

- **Evitar verbalización interna catastrófica:** Ayudo a que la paciente pueda reemplazar aquellas verbalizaciones que le generan dolor por aquellas que le permitan aumentar su tolerancia al dolor ante los eventos estresores.

- **Técnica de Dominio y agrado:** Permitió determinar y evaluar las actividades programadas de acuerdo al dominio y agrado de la paciente, contribuyendo a que la paciente tenga mayor accesibilidad a ejecutar la programación de actividades.

- **Análisis de responsabilidad:** Esta técnica tuvo como objetivo que la paciente no se sintiera culpable por los acontecimientos experimentados y que a consecuencia de ello se deprimiera, junto con la paciente se evaluó las razones por la cual sentía culpabilidad y con la técnica de retribución se ayudó a hacer frente a esta situación.

- **Solución de problemas:** Con esta técnica se instruyó a la paciente a resolver futuros problemas de su entorno diario a través de la identificación del problema, establecer

todas las alternativas para su solución, elegir la más significativa y llevarla a cabo, posteriormente evaluar los resultados.

- **Técnica de retribución:** su objetivo fue que la paciente logre desenvolverse y advertir los diferentes contextos hostiles y/o desfavorables de los cuales no logra tener el control, como asumir culpas o responsabilizarse de circunstancias que son negativas.

2.5.2 Instrumentos

➤ Ficha técnica del Inventario de Depresión de Beck – IDB II

Nombre : Inventario de Depresión de Beck – IDB II

Autores : Aaron T. Beck, Robeth A. Steer y Gregory K. Brown.

Año : 1993,

Objetivo : Evaluar la presencia y el grado de los síntomas de depresión.

Forma de aplicación: Individual y colectiva

Tiempo de aplicación: 10 a 15 minutos

Ámbito aplicación : Adolescentes y adultos

Confiabilidad: Se estableció la confidencialidad por consistencia interna del IDB-II, consiguiendo un Alfa de Cronbach de 0.88. para los pacientes y 0.86. para los sujetos del grupo de comparación.

Validez: Determinada por una validez convergente señalando que los datos de IDB-II se correlacionan de forma positivas con la escala de depresión SCL-90-R y MMPI-II.

Con respecto a su validez discriminante fue de 0.63 ($p < 0,001$) entre la correlación IDB-II y Escala de Ansiedad de la SCL-90-R (Beck et al, 2006).

➤ **Ficha Técnica del registro de opiniones Forma A**

- Nombre** : Registro de Opiniones, forma A
- Autores** : Martha Davis, Matthew Mckay y Elizabeth Eshelman
- Adaptación** : Percy Guzman Grados, adapto la prueba en Lima
- Año** : 1982, 1987 (versión modificada), 2009
- Objetivo** : Desvelar las ideas irracionales del individuo que se encuentran ocultos, que generan y mantienen el estrés y la infelicidad.

Forma de aplicación: Individual y colectiva

Tiempo de aplicación: Sin límite de tiempo.

Ámbito aplicación : Adolescentes y adultos con al menos 1 año de estudios secundarios.

Confiabilidad: El instrumento fue aplicada en una muestra de 276 adolescentes de ambos sexos, entre las edades de 14 a 18 años, de la jurisdicción de Lima-Este. Se encontró un alfa de Crombach de 0.61, considerado admisible para la medición de variables y para su uso en estudios científicos.

Validez. Con la validez de contenido a través del criterio de 6 jueces se estableció un Coeficiente V de Aiken, para las 6 sub escalas entre 0.92 y 0.98, y para la prueba completa de 0.95. La validez determina que los ítems planteados son estables y pertenece a la variable a medir que son creencias irracionales (Anicama y CIPMOC 2016).

2.5.3 *Evaluación psicológica*

Historia psicológica

Datos de Filiación:

- **Nombres y Apellidos** : Geraldine

- **Edad** : 29 años
- **Lugar y fecha de nacimiento** : Lima 07/071991
- **Grado de Instrucción** : Superior Completo
- **Estado Civil** : Casada
- **Lugar de Entrevista** : Consultorio Privado
- **Terapeuta** : Carla Requena Herrera

Observaciones

Paciente acude al consultorio, indicando ser referida por su médico tratante después de su atención en el área de ginecología. La examinada se muestra preocupada, se sienta en el asiento, inclina la cabeza y realiza respuestas motoras gruesa (movimiento repetitivo de sus piernas).

Motivo De Consulta

Paciente acude al consultorio de psicología y refiere que sufrió de un aborto incompleto. Menciona: “desde hace un año que perdí a mi bebe, me siento vacía, cada vez que estoy sola recuerdo la muerte de mi bebe, me pongo muy triste y lloro mucho, estoy desanimada, abandoné mi trabajo, no puedo dormir, constantemente pienso que no lograré ser madre, tengo miedo estar dañada”.

Problema Actual

Geraldine, se muestra con desgano para levantarse de la cama, con movimientos lentos, manteniéndose en pijama casi todo el día, mientras su esposo permanece en el trabajo. Cuando recuerda la pérdida de su bebé sucedido hace un año, se repite “¿acaso estoy dañada que no puedo tener un bebe?, ¿Por qué me pasó esto a mí?, ¿Qué hice yo para que me pasara esto? ¿Porque Dios me hizo esto?”, experimentado tristeza (10),

ansiedad (10) y llanto. Aprox. A las 5 pm, cuando va regresar su esposo, ella, se pone ropa de casa y lo espera más tranquila. ello sucede de lunes a sábado.

Por las noches, Geraldine no puede conciliar el sueño, se mueve constantemente en la cama, se sienta y camina por la habitación quedándose despierta por varias horas, mientras se cuestiona “¿Por qué no puedo tener un bebe?, ¿acaso estoy dañada por dentro?”, mostrando tristeza (10), culpa (09) y llora profusamente, regresa a la cama y abraza a su esposo, quien la reconforta hasta quedarse dormida. Esto sucede 4 veces a la semana.

Cada vez que su esposo regresa del trabajo, encuentra a Geraldine con misma ropa de casa que usó al día anterior sin haberse aseado, llevándola a la ducha y la asea, entre llanto y tristeza (09) Geraldine le exclama ¿vas a dejarme por no poder darte un hijo?, ¡me siento sola!, ¡perdóname!;debí cuidarme más!, ¿y si no puedo darte hijos?, sintiendo culpa (10), su pareja le abraza y le dice ¡déjame ayudarte, no puedes estar así! Geraldine, lo abraza y llora en los brazos de su esposo. Esto sucede 5 veces a la semana. Cuando Geraldine sale a caminar con su esposo y observa niños jugando o mujeres embarazadas, ella toca su vientre y llora, exclamando ¿Por qué nos pasó esto?, ¿No podre darte un hijo? Y empieza a faltarle el aire y a sudar, su esposo la lleva a emergencia del hospital, Esta conducta se da cada vez que ella y su pareja salen juntos (2 veces en fines de semana).

Cuando Geraldine recibe la visita de su madre, hermana y sobrinos pequeños, ella siente ansiedad (08) y tristeza (08) al pensar “como quisiera ser como mi hermana mayor, ella pudo tener a sus hijos, no los perdió como yo, soy una débil”.

Inmediatamente, les exige que se vayan de su casa y corre a encerrarse a su habitación a llorar, después de 30 minutos, Geraldine sale de su habitación y le pide perdón a sus familiares, quienes la acogen, la abraza y calman mientras ella llora.

Las amigas de Geraldine la invitan a salir, por presión de su esposo tiene que aceptar la salida, su esposo es quien se encarga de llevarla a casa de una de sus dos mejores amigas, en el camino todo es silencio, sin embargo, ella se repite a si misma: “acaso no quiere estar conmigo”, “debemos estar consolándonos por la muerte de nuestro bebe”, ¿Por qué quiere que yo salga sola con mis amigas”, al llegar a casa de su amiga, Geraldine con tristeza (08), preocupación (09), le agradece a su esposo por llevarla con sus amigas y por amarla tanto, afirma que le complace mucho que su esposo se preocupe por ella, y que trate de brindarle seguridad. Esta situación se repite aproximadamente 1 vez al mes. Encontrándose en casa de su mejor amiga, esta le pregunta cómo está llevando la pérdida de su bebe, Geraldine se muestra irritable (10) y con cólera (09). Geraldine responde estar bien, sin embargo, sale de la habitación e ingresa al baño y empieza a llorar, llama por teléfono a su esposo implorando que vaya a recogerla porque tiene ataques de angustia (09), estando en el baño piensa “porque tengo que estar aquí”, “ella no entiende mi dolor”, “todas mis amigas son unas egoístas”. Geraldine sale del baño cuando llega su esposo para llevarla a casa. Esta situación se repite aproximadamente 1 veces al mes.

Desarrollo cronológico del problema

A los 18 años Geraldine se entera que su hermana mayor se encuentra embarazada, enojándose mucho porque su hermana no la espero para cumplir la promesa que se hicieron cuando eran niñas que ambas saldrían embarazadas al mismo

tiempo, desde ese momento, ella indica sentirse tonta e inútil, por no haber sido capaz de cumplir la promesa de hermanas.

A los 21 años Geraldine inicia su primera relación de enamorados, ella se enamoró tanto que deseaba una vida junto a ese hombre de 23 años, Geraldine llevo una relación de pareja estable, ambos compartían momentos en familia, en especial con la familia de su enamorado, a pesar de sentirse amada, Geraldine refiere “me sentía vacía, triste, todo era apariencia, él no me amaba, y no entendía porque me pasaba esto a mí”.

A los 22 años, Geraldine ya tenía un año de relación de enamorados y por insistencia de ella formalizaron la relación y empezaron a vivir juntos, proyectándose a tener una familia juntos, pero a los dos meses de convivencia, Geraldine encontró a su pareja teniendo relaciones íntimas con otra mujer, a partir de ese momento, ambos se separaron, Geraldine sufrió mucho, sentía que había sido engañada y abandonada por su primer y único amor; empezó a sentirse culpable porque creía que ella había ocasionado que este hombre la engañara, aduciendo tener algún daño.

A los 24 años conoció a Junior, seis meses después se casó con él (su pareja actual), Geraldine le cuenta a su esposo que su más grande anhelo es ser madre, él le pide tiempo para disfrutar como pareja de recién casados y después de un tiempo tener hijos, a los pocos meses de casados, las discusiones eran frecuentes porque Geraldine le pedía a Junior ser madre, frecuentemente se enojaba y pensaba “mi esposo no me quiere para ser la madre de sus hijos, él ya no me quiere”. Los conflictos disminuyeron cuando su esposo le pidió un año para fortalecer sus lazos de pareja y luego tener hijos,

ella con enojo acepto.

A los 25 años, Geraldine ya había cumplido un año de casada, empezó a presionar a su esposo para tener un bebe, pero cada intento fallido era una frustración para Geraldine, conllevándola a la tristeza, el enojo y a pensar en “no sirve para ser madre”, “estoy dañada por dentro”. Tomando la decisión de visitar a un especialista, el médico tratante le indico tener intimidad solo en sus días fértiles, Geraldine deajo de disfrutar la intimidad con su esposo; cada mes que acudía al especialista para realizarse la prueba de embarazo y los resultados eran negativos, ella se angustiaba y enojaba diciéndose “¿acaso estoy dañada que no puedo tener un bebe?, ¿Por qué me pasa esto a mí?, ¿Qué estoy haciendo mal? ¿Porque Dios no quiere que tenga un hijo?

Para Geraldine, ser madre es un rol muy importante que debe cumplir, como lo hizo su abuela, su madre y hermana mayor, ello contribuiría a sentir la aprobación de su familia. Para ella, no ser madre es ser una mujer incompleta, infértil, vacía.

Geraldine estuvo así por un año, por cansancio y frustración deajo de intentar querer embarazarse.

A los 28 años Geraldine queda embarazada, ella no supo cómo logro embarazarse, pero estaba muy feliz, se cuidaba al máximo e incluso su trato con su esposo era diferente, era más amorosa, atenta, ya no discutía, ambos acudían de forma mensual a los controles en ginecología.

Una noche, Geraldine tuvo una discusión con su esposo, porque él le estaba reprochando sus constantes inasistencia a sus clases de maestría, ella justificaba que estaba al cuidado de su bebé; Geraldine además de ir a sus controles en compañía de su esposo, también acudía a una clínica a realizar más controles de su embarazo. Ambos

gritaron, Geraldine corrió a encerrarse en la habitación, hasta que empezó a gritar pidiendo ayuda, estaba sangrando, había sufrido un aborto incompleto, siendo trasladada de emergencia a ginecología, Geraldine señala “fueron los dos días más tristes y difíciles de mi vida, yo estaba en una habitación con mujeres que estaban a punto de parir, mientras yo estaba perdiendo poco a poco a mi bebé, me realizaron un legrado, sentí que me estaban matando, perdí mi vida, perdí a mi hijo, cuando salí de cirugía, me regresaron a la misma habitación, todo era muy triste, yo tenía que escuchar los llantos de otros bebés, las mujeres que compartían la habitación conmigo estaban felices, tenían a sus hijos en sus brazos, mientras yo estaba llorando, pedí que me sacaran de ese lugar, era tormentoso, no sé por qué Dios me quito a mi hijo, no entiendo que pasó, desde ahí me siento vacía, perdí a mi bebe”.

Historia Personal

Desarrollo inicial:

Geraldine es el segundo embarazo de su madre, siendo un embarazo deseado, pero no planificado, nació en la Ciudad de Piura, parto natural y sin complicaciones. El desarrollo psicomotor de Geraldine estuvo acorde a su edad cronológica.

Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia

La infancia de Geraldine aconteció en Piura, en la playa de Colan, era una niña activa, tenía muchos amiguitos, con su hermana mayor salían a jugar todos los días. El soporte emocional de Geraldine siempre fue su padre, quien la escuchaba y cuidaba, en especial cuando se encontraba con ella en casa. A pesar de tener muchos amiguitos, ella solo consideraba a dos niñas como sus amigas más cercanas a quienes llevaba a su casa. Geraldine no presentó ningún problema, siempre tuvo el apoyo y cuidado de su

familia, sin embargo, empezó a distanciarse de sus padres, se encerraba en su cuarto, lloraba, estaba triste y decaída, estos eventos sucedieron en su etapa de niñez fue trasladada a una institución educativa pública, teniendo que dejar a sus amigos del colegio privado donde estudiaba anteriormente.

Actitudes de la familia frente a la niñez de Geraldine

Los padres de Geraldine no empleaban castigos físicos, eran permisivos con sus dos hijas, empezaron a preocuparse por los cambios emocionales que presentó por el cambio de colegio, todos los días trataban de darle algún tipo de reforzador (compraban ropa, la llevaba de paseo y otros) para que cambiara su estado de ánimo, teniendo que hacer un préstamo para que Geraldine pudiera regresar al siguiente año al colegio privado.

Educación

Estudios	Concluyó		Presentó Problemas de			Rendimiento		
	Si	No	Adaptación	Aprendizaje	Conducta	Bajo	Prom	Alto
Inicial	X						X	
Primaria	X		X				X	
Secundaria	X						X	
Pregrado	X						X	
Post grado		X		X		X		

La educación de Geraldine se dio en una Institución educativa privada, en sus años escolares ha sido una alumna promedio, no obstante, cuando se encontraba cursando su quinto grado del nivel primario tuvo que ser trasladada a una institución educativa pública debido a las carencias económicas de su familia.

Estando en la Institución educativa pública, Geraldine presentó problemas de adaptación, se mostraba decaída, pesimista y preocupada por haber perdido a sus

amigas, cuando llegaba a casa se encerraba en su cuarto y lloraba, situación que conllevo que se alejara de sus padres. Geraldine culminó el año escolar en la institución educativa pública, al siguiente año retorno a la institución educativa privada, lugar donde termino sus estudios primarios y secundarios.

En su pregrado, Geraldine culmino sus estudios sin problema alguno, graduándose como abogada.

En el 2019, Geraldine inicio sus estudios de post grado realizando una maestría en Derecho Constitucional, fue una alumna promedio, sin embargo, cuando se enteró que estaba embarazada, su rendimiento académico bajó, faltaba a clases, debido a que constantemente se encontraba asistiendo a consultas en ginecología. Después que sufrió el aborto, Geraldine abandono por completo sus estudios de postgrado.

Historia Familiar Organigrama



Datos familiares

Parentesco	Nombre	Edad	Grado instrucción	Dedicación
Esposo	Junior	31	Postgrado	Magister en Gestión Social- Trabajador Social
Padre	José	55	Secundaria completa	Personal de Seguridad
Madre	Maribel	42	Técnico completo	Ama de casa
Hermana 1	Isabel	32	Postgrado	Magister en Derechos Humanos- Abogada

Relaciones familiares

Geraldine vive con su esposo de nombre Junior desde hace 5 años, en el primer

año de casados, ambos respetaban sus espacios y reglas que establecieron para la convivencia, sin embargo, se evidenciaba una comunicación pasiva agresiva, en especial cuando Geraldine le pedía a su esposo quedar embarazada, conllevándolos a fuertes discusiones, estas disputas cesaron cuando Junior bajo presión de Geraldine acepto tener un bebe en el plazo de un año.

En el segundo año de relación de casados, Geraldine se mostraba afectuosa, pero la comunicación entre la pareja se volvió pasiva; la pareja de esposos empezó a planificar ser padres, pero cada fracaso era una frustración para Geraldine, conllevándola a la tristeza, enfado y a tener pensamientos recurrentes de estar dañada y que no sirve para ser madre, estos pensamientos hacen que Geraldine tome la decisión de buscar ayuda, sin consultar con su esposo, acudiendo a un centro especializado en fertilidad.

Geraldine le establece a su esposo que solamente en los días de fertilidad podrían tener intimidad, no obstante, estas decisiones afectaron la relación de pareja, porque dejaron de disfrutar tener intimidad, carecían de comunicación asertiva, cada quien tomaba sus propias decisiones, para Geraldine se volvió una obsesión quedar embarazada, pero en cada mes que recibía los resultados negativos de las pruebas de embarazo, Geraldine se mostraba angustiada y decaída, teniendo que sobrellevar por si sola su tristeza.

La relación de pareja se volvió distante, los esposos atravesaban por una crisis, que incluso llegaron a pensar en la separación, sin embargo, Geraldine se reusó al divorcio porque le preocupaba los comentarios de su familia y amigos, aparentando para los demás que su relación de pareja era la mejor de toda. Para ella, mantener la

mejor relación de pareja es sentir la aprobación de sus padres.

La relación de pareja empezó a mejorar, cuando Geraldine se entera que estaba embarazada, volviéndose más afectuosa con su esposo, las discusiones cesaron y trataba de complacer y darle la razón a su esposo, sin embargo, cuando se trataba del cuidado de su embarazo ella era la que tomaba las decisiones.

Geraldine vivió con sus padres hasta la edad de 22 años, fue una hija obediente y muy independiente, ella estudiaba y trabajaba a la vez, de esta forma buscaba ser querida, aprobada y respetada por sus padres.

Siempre fue una persona introvertida, con pocos amigos. Fue distante con sus padres porque creía que ellos querían más a su hermana mayor, no obstante, trataba de igualarse con su hermana para ser reconocida y querida por sus padres. A pesar que creía que sus padres amaban más a su hermana mayor, ella era muy íntima y cercana a su hermana, la admiraba mucho y deseaba ser como ella, pero la relación se rompió cuando su hermana mayor salió embarazada, Geraldine se enojó y dejó de hablarle porque no cumplió su promesa de ambas salir embarazadas al mismo tiempo.

Antecedentes familiares

- No se evidencian antecedentes en problemas psiquiátricos,
- No se evidencia antecedentes en consumo de drogas
- No se evidencia ningún otro antecedente familiar.

2.5.4 *Evaluación Psicométrica*

Es el resultado de la evaluación de la conducta actual de la paciente antes de iniciar la intervención terapéutica.

2. Se mueve constantemente en la cama, se sienta, camina por la habitación quedándose despierta por varias horas durante la noche	3	2	2	3	2	4	3	19
3. Usa la misma ropa de casa varios días indefinidamente	1	1	1	1	1	1	1	7
4. Se encierra en su habitación a llorar cuando la madre y hermana de llegan de visita	1	1	2	1	1	1	1	8
5. Falta el aire y sudoración		1		3		1	1	6
6. Insomnio	1	1	1	1	1	1	1	7

Registro de emociones desadaptativas de la paciente según frecuencia

Conductas	L	M	M	J	V	S	D	Tot
Tristeza	5	4	4	4	5	4	4	30
Preocupación	3	4	5	2	5	4	5	28
Cólera	2	5	2	5	4	3	5	26
Culpabilidad	4	4	3	4	5	3	2	25
Ansiedad	4	4	2	4	4	3	3	24

Nota: De acuerdo a la línea base, se determina que la emoción de tristeza expresa máxima intensidad de 10 y el sentimiento de culpa presentó 9 (SUD 0- 10).

INFORME PSICOLÓGICO DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

1. DATOS DE FILIACION

- Apellidos y Nombres : Geraldine
- Edad : 29 años
- Psicóloga : Carla Requena Herrera
- Fecha de Informe : Julio 2020

2. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Establecer el grado de depresión en el que se encuentra Geraldine por el aborto sufrido

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

- Entrevista Psicológica
- Inventario de depresión de Beck

4. RESULTADOS

- PUNTAJE: 28
- Depresión moderada

Grado de depresión	Puntuación	Puntaje obtenido
NORMAL	5-9	
LEVE	10-18	
MODERADO	19-29	28
SEVERO	30-39	

5. INTERPRETACIÓN:

De acuerdo al puntaje obtenido, Geraldine presenta Depresión moderada, con predominancia afectiva: sentimiento de Culpa por tener un cuerpo muy frágil para gestar un bebé, tristeza constantemente porque recuerda la pérdida de su bebé,

pesimismo respecto a un próximo embarazo que podría resultar en otra pérdida, desmotivación cuando observa niños jugando y mujeres embarazadas y disconformidad consigo misma por creer estar dañada por dentro y ser débil.

En lo cognoscitivo: presenta poca expectativa favorable de su futuro creyendo que si no tiene el apoyo de su esposo no podrá superar la pérdida de su bebé, generando una visión negativa de sí misma y de los que le rodean, asimismo, exterioriza pensamientos negativos recurrentes como “¿acaso estoy dañada que no puedo tener un bebe?, ¿Por qué me pasó esto a mí?, ¿Qué hice yo para que me pasara esto? ¿Porque Dios me hizo esto?, ¿Por qué no puedo tener un bebe?”.

En lo conductual: Geraldine evita relacionarse con su grupo de pares e incluso con su propia familia porque cree que son egoístas y no comprenden su dolor, presentando llanto constante, poco interés en el desarrollo de actividades como el estudio, el trabajo y salidas con amigos que anteriormente le generaban placer, mostrándose fatigada y con insomnio.

6. CONCLUSIONES

Geraldine presenta indicadores de **depresión moderada**. En lo afectivo denota sentimientos de culpa, tristeza y desmotivación; en los cognoscitivo exterioriza pensamientos negativos asociado a la visión negativa de sí misma; en lo conductual presenta perdida de interés en actividades que antes le causaban agrado.

7. RECOMENDACIONES

- Participación en programa de psicoterapia
- Elaborar programa de actividades graduales
- Participar en programa de manejo de emociones, regulación de emociones.
(sentimiento de culpa, tristeza)

INFORME PSICOLÓGICO DEL REGISTRO DE OPINIONES FORMA A

1. DATOS DE FILIACION

- Apellidos y Nombres : Geraldine
- Edad : 29 años
- Psicóloga : Carla Requena Herrera
- Fecha de Informe : Julio 2020

2. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Conocer las Creencias irracionales que se vinculan a la depresión

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

- La entrevista Psicológica
- Registro de Opiniones-Forma A

4. RESULTADOS

Escala	CREENCIA IRRACIONAL	Puntaje alcanzado	Racional	Tendencia Racional	Tendencia Irracional	Irracional
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	7	0-3	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	5	0-2	3-4	5	6-10
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son					

	condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	4	0-2	3	4	5-10
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	4	0-2	3	4	5-10
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.	10	0-1	2-3	4	5-10
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	10	0-2	3	4	5-10

5. INTERPRETACIÓN

Respecto a sus esquemas de pensamiento se observa que, Geraldine busca denodadamente la aprobación de sus padres por ejemplo al haber culminado sus estudios de abogada y trabajar en uno de los mejores bufetes de abogados del Perú, tener un matrimonio aparentemente estable, tener que cumplir con el rol de ser madre como lo hizo, su abuela, madre y hermana mayor.

También se observa que busca la aprobación de su esposo, cuando éste la encuentra desaliñada, la asea, mientras ella le pide perdón constantemente por haber discutido y sufrido el aborto donde perdió a su bebe. Esto se debe a que su pensamiento gira en torno a **“Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”**, alcanzando una puntuación de 7.

La paciente se muestra triste, frustrada y deprimida, todos los días recuerda al

bebé que perdió, conllevándola a la desvalorización debido a que su pensamiento está en función de **“La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”**, obteniendo un puntaje de 10.

Para la paciente, el haber perdido a su bebé le causó un impacto emocional intenso que la lleva a experimentar sentimientos profundos de frustración, impotencia y depresión, llegando a pensar que en el futuro pueda volver a perder otro bebe, al respecto dice “estoy dañada, no sirvo para ser madre”, debido a que su esquema de pensamiento es **“si algo afecta fuertemente en alguna ocasión de nuestra vida, siempre seguirá afectando”**, con una puntuación de 10.

6. CONCLUSIONES

La examinada presenta las siguientes creencias irracionales:

- Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.
- La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.
- Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.

7. RECOMENDACIONES

- Entrenamiento en reestructuración cognitiva para cambiar sus creencias irracionales por otras más racionales
- Modificación de pensamientos negativos.

2.5.5 Informe Psicológico integrador

INFORME PSICOLÓGICO INTEGRADO

1. DATOS DE FILIACION

- Apellidos y Nombres : Geraldine
- Edad : 29 años
- Psicóloga : Carla Requena Herrera
- Fecha de Informe : Julio 2020

2. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Características clínicas de la depresión en la paciente

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

- La entrevista Psicológica
- Registro de Opiniones-Forma A
- Inventario de Depresión de Beck

4. RESULTADOS

Presenta las siguientes creencias irracionales:

- Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno, teniendo un puntaje de 7.
- La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos, con una puntuación de 10
- Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando, alcanzando un puntaje de 10.

DEPRESIÓN

- PUNTAJE: 28
- Depresión moderada

5. INTERPRETACIÓN

Geraldine presenta Depresión moderada, con predominancia afectiva: sentimiento de Culpa, tristeza constante, pesimismo, desmotivación y disconformidad consigo misma; en lo cognoscitivo: evidencia poca expectativa favorable de su futuro, visión negativa de sí misma y de los que le rodean; en lo conductual, muestra llanto, poco interés en el desarrollo de actividades.

Respecto a sus esquemas de pensamiento se observa que, Geraldine busca denodadamente la aprobación de sus padres por ejemplo al haber culminado sus estudios de abogada y trabajar en uno de los mejores bufetes de abogados del Perú, tener un matrimonio aparentemente estable, tener que cumplir con el rol de ser madre como lo hizo, su abuela, madre y hermana mayor.

También se observa que busca la aprobación de su esposo, cuando éste la encuentra desaliñada, la aseá, mientras ella le pide perdón por haber discutido y sufrido el aborto donde perdió a su bebé. Esto se debe a que su pensamiento gira en torno a **“Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”**.

La examinada experimenta tristeza, frustración y depresión porque todos los días recuerda al bebé que perdió, situación que la conlleva a la desvalorización debido a que su pensamiento está en función de **“La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”**.

Para la paciente, el haber perdido a su bebé le causó un impacto emocional intenso que la experimentó sentimientos profundos de frustración, impotencia y depresión, llegando a pensar que en el futuro pueda volver a perder otro bebé, al respecto dice “estoy dañada, no sirvo para ser madre”, debido a que su esquema de pensamiento es **“si algo afecta fuertemente en alguna ocasión de nuestra vida, siempre seguirá afectando”**.

6. CONCLUSIONES

- Presencia de nivel moderado de depresión.
- Percepción negativa, pesimismo de sí mismo, de su entorno y futuro.
- Evidencia creencias irracionales referidas a la depresión, entre ellas: Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno; La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos; Si algo afecta fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.
- Presencia de sentimientos de culpa.

7. RECOMENDACIONES

- Programa Cognitivo Conductual para disminuir la conducta depresiva.
- Entrenamiento en reestructuración cognitiva para cambiar sus creencias irracionales por otras más racionales.
- Programa de autorregulación de emociones.

Diagnostico

Diagnóstico tradicional (DSM-V)

A continuación, se plasman los criterios diagnósticos para la depresión, según el DSM-5. Las cuales, las comparamos con las conductas que presenta la paciente

Criterios diagnósticos para la depresión según el DSM-5	Conductas que presenta la paciente
<p>A. Para diagnosticar depresión, se requiere que Cinco (o más) de los síntomas siguientes estén presentes durante el mismo período de dos semanas y necesariamente al menos uno de los dos síntomas siguientes: (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.) 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.) 4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Geraldine se muestra triste, vacía y con angustia por el aborto sufrido, descuidando su aseo personal todos los días. 2. Lloro constantemente, ha presentado disminución en sus actividades, abandono en el trabajo y sus estudios de post grado, ya no muestra interés en salir y compartir momentos agradables con sus amigas, esto sucede todos los días. 3. No presenta 4. Casi todos los días presenta insomnio y pensamientos recurrentes de inutilidad

<p>5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).</p> <p>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>	<p>para ser madre.</p> <p>5. Cuando Geraldine sale con su pareja y observa mujeres embarazadas y niños jugando, presenta falta de aire y excesiva sudoración teniendo que ser llevada a urgencias del hospital.</p> <p>6. No presenta</p> <p>7. Presenta sentimientos de culpabilidad e inutilidad por haber sufrido el aborto.</p> <p>8. Geraldine presento problemas de aprendizaje y bajo rendimiento académico en sus clases de postgrado, no lograba concentrarse en sus clases, abandonando sus estudios.</p> <p>9. No presenta.</p>
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>	<p>Geraldine abandono su trabajo, sus estudios de post grado (maestría), ya no se relaciona con sus amigos ni familiares y se mantiene encerrada en su casa.</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>	<p>No presenta</p>
<p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p>	<p>No presenta</p>

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.	No presenta
---	-------------

Diagnostico funcional

Conductas Adecuadas	Conductas Inadecuadas
Apoyo permanente de la pareja	Desgano para levantarse de la cama, con movimientos lentos, manteniéndose en pijama casi todo el día
Asistencia regular a las consultas.	Se mueve constantemente en la cama, se sienta, camina por la habitación quedándose despierta por varias horas durante la noche
Apoyo familiar en el proceso terapéutica.	Usa la misma ropa de casa varios días indefinidamente
Motivación a la terapia	Se encierra en su habitación a llorar cuando la madre y hermana de llegan de visita
	Falta el aire y sudoración
	Insomnio
	Dice a su esposo ¿vas a dejarme por no poder darte un hijo?, ¡me siento sola!, ¡perdóname!;debí cuidarme más!, ¿y si no puedo darte hijos?
	Toca su vientre y llora, y le dice a su esposo ¿Por qué nos pasó esto?, ¿No podre darte un hijo?, cuando observa mujeres embarazadas o niños jugando
	Pensamiento: “¿acaso estoy dañada que no puedo tener un bebe?, ¿Por qué me pasó esto a mí?, ¿Qué hice yo para que me pasara esto? ¿Porque Dios me hizo esto?”, “¿Por qué no puedo tener un bebe?
	Cuando ve a su hermana, piensa: “como quisiera ser como mi hermana mayor, ella pudo tener a sus hijos, no los perdió como yo, soy una débil”.
	Cuando su esposo intenta que salga con sus amigas, ella piensa: “acaso no quiere estar conmigo”, “debemos estar consolándonos por la muerte de nuestro bebe”, ¿Por qué quiere que yo sola con mis amigas”

	Cuando esta con sus amigas, piensa “porque tengo que estar aquí”, “ellas no entienden mi dolor”, “todas mis amigas son unas egoístas”
--	---

Análisis funcional

Ed	C	Er
Por las noches Geraldine no puede conciliar el sueño	Se mueve constantemente en la cama, se sienta y camina por la habitación quedándose despierta por varias horas	Abraza a su esposo, quien la reconforta hasta quedarse dormida
Cuando el esposo de Geraldine regresa del trabajo	Geraldine con misma ropa de casa que uso el día anterior, Le Dice a su esposo: ¿vas a dejarme por no poder darte un hijo?, ¡me siento sola!, ¡perdóname! ¡debí cuidarme más!, ¿y si no puedo darte hijos?,	Su pareja le abraza y le dice ¡déjame ayudarte, no puedes estar así! Y la consuela en sus brazos
Geraldine sale a caminar con su esposo y observa niños jugando o mujeres embarazadas	Coge su vientre y llora ¿Por qué nos pasó esto?, ¿No podre darte un hijo?	Le falta el aire y empieza a sudar Su esposo la llevar a emergencia
Cuando Geraldine recibe la visita de su madre, hermana y sobrinos pequeños	Les exige que se vayan de su casa y corre a encerrarse en su habitación.	Sale de su habitación y le pide perdón a sus familiares, quienes la acogen, la abraza y calman
Su amiga le pregunta cómo está llevando la pérdida de su bebe.	Encerrarse en el baño, llorar y Llamar a esposo	Esposo viene a recogerla

Registro ABC

A	B	C
Cuando su esposo se va al trabajo y ella se queda sola en casa,	“¿Acaso estoy dañada que no puedo tener un bebe?, ¿Por qué me pasó esto a mí?, ¿Qué hice yo para	Tristeza (10), ansiedad (10) y llanto

aprox 8 horas	que me pasara esto? ¿Porque Dios me hizo esto?”.	
Geraldine al no poder conciliar el sueño camina constantemente por la habitación	“¿Por qué no puedo tener un bebe?, ¿acaso estoy dañada por dentro?”	Tristeza (10), culpa (09) llora y abraza a su esposo, quien la reconforta hasta quedarse dormida
Cuando Geraldine recibe la visita de su madre, hermana y sobrinos pequeños	“Como quisiera ser como mi hermana mayor, ella pudo tener a sus hijos, no los perdió como yo, soy una débil”.	Ansiedad (08) y tristeza (08) y llanto Les exige que se vayan de su casa y corre a encerrarse a su habitación
Por presión de su esposo acepta la salir con sus amigas	“Acaso no quiere estar conmigo”, “debemos estar consolándonos por la muerte de nuestro bebe”, “¿Por qué quiere que yo salga sola con mis amigas”	Llanto y tristeza (09) culpa (10),
Su amiga le pregunta cómo está llevando la pérdida de su bebe.	Porque tengo que estar aquí”, “ella no entiende mi dolor”, “todas mis amigas son unas egoístas”.	Muestra irritable (10) y con cólera Encerrarse en el baño, llora y Llama a esposo

2.6 Intervención:

2.6.1 Plan de intervención:

El estudio de caso plantea un programa de intervención cognitiva conductual con el diseño multifuncional ABA, dando inicio con una evaluación inicial, la intervención cognitiva conductual, la cual consta de 19 sesiones, cuyo objetivo es disminuir la sintomatología de la depresión a nivel cognitivo, afectivo y conductual, posteriormente se concluye con una evaluación de post test para comprobar la efectividad del programa.

Calendarización

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participantes	Técnica
Sesión 1	14/08/2020	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Psicoeducación, Auto registro.
Sesión 2	22/08/2020	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Psicoeducación, Programación de Actividades, Técnica de dominio y agrado, Asignación de tareas.
Sesión 3	28/08/2020	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Programación de Actividades, Técnica de dominio y agrado, Reestructuración cognitiva, Psicoeducación.
Sesión 4	4/09/2020	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Reestructuración cognitiva, Registro ABC, Psicoeducación.
Sesión 5	11/09/2020	45M	Semanal	Terapeuta Paciente	Psicoeducación, Reestructuración cognitiva, Mayéutica, Registro ABCDE, Asignación de tarea
Sesión 6	25/09/2020	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Relajación de Jacobson, Registro ABCDE, Mayéutica, Asignación de tarea.
Sesión 7	2/10/2020	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Psicoeducación, Autorregistro.
Sesión 8	9/10/2020	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Psicoeducación, Programación de Actividades, Técnica de dominio y agrado.
Sesión 9	23/10/2020	45 M	Quincenal	Terapeuta Paciente	Mayéutica, Reestructuración cognitiva, Relajación de Jacobson
Sesión 10	30/10/2020	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Psicoeducación, Análisis de responsabilidad, Técnica de retribución
Sesión 11	6/11/2020	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Psicoeducación, Autorregulación emocional, Verbalizaciones internas catastróficas

Sesión 12	13/11/2020	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Psicoeducación, Autoregistro, Control de estímulo, Relajación de Jacobson
Sesión 13	27/11/2020	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Autorregistros, Programación de Actividades.
Sesión 14	4/12/2020	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Programación de Actividades, Técnica dominio y agrado, Reforzamiento positivo
Sesión 15	11/12/2020	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Psicoeducación, Autorregistro, Programación de actividades.
Sesión 16	18/12/2020	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Asignación de tarea
Sesión 17	8/01/2021	45 M	Quincenal	Terapeuta Paciente	Psicoeducación, Autorregistro, Restructuración cognitiva
Sesión 18	12/01/2021	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Solución de problemas, Psicoeducación
Sesión 19	15/01/2021	45 M	Semanal	Terapeuta Paciente	Autoregistro, Psicoeducación

2.6.2 Programa de intervención

El caso clínico se dio inicio con entrevista, evaluación psicológica e historia clínica bajo el enfoque de la terapia cognitiva conductual, el análisis funcional y cognitivo de las conductas problemáticas, contribuyendo a elaborar un programa de intervención desde el modelo cognitivo conductual, haciendo uso de las técnicas más oportunas para la disminución de la sintomatología de la depresión.

Tabla 1

Evaluación psicológica

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA		
N° de sesiones	Técnica	Desarrollo de actividad
Sesión N°1	Entrevista psicológica Observación de conducta	Datos de filiación, motivo de consulta, observaciones generales y Aplicación de historia clínica cognitiva conductual.
Sesión N°2	Entrevista psicológica Aplicación de test	Realización de consentimiento informado. Aplicación de historia clínica cognitiva conductual y aplicación de la escala de depresión de Beck.
Sesión N° 3	Entrevista psicológica Aplicación de test Registro	Aplicación de historia clínica cognitiva conductual, aplicación del cuestionario de Registro de opiniones de Ellis Y aplicación del registro de pensamientos negativos.
Sesión N° 4	Entrevista psicológica	Aplicación del registro de conductas problemáticas y registro de emociones negativas.
INFORME PSICOLÓGICO		
N° de sesiones	Técnica	Desarrollo de actividad
Sesión N° 5	Procesamiento de datos	Elaboración de informe psicológico por cada test aplicado e informe integrado,

dando a conocer los resultados a la paciente.

Nota: durante proceso evaluación psicológica se realizó psicoeducación de la TCC al paciente.

Tabla 2*Programa de intervención cognitivo conductual*

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL			
N° de sesiones	Objetivo	Técnica	Desarrollo de actividad
Sesión N°1	Explicar la sintomatología de la depresión y TCC	Psicoeducación Auto registro	Dar a conocer los síntomas de depresión, explicación de la TCC, triada cognitiva y reconocimiento de síntomas.
Sesión N° 2	Alcanzar el objetivo 1: Reducir las distorsiones cognitivas e ideas irracionales relacionadas a la depresión modificándolo por cogniciones racionales y funcionales.	Psicoeducación Programación de Actividades Técnica de dominio y agrado. Asignación de tareas	Explicación de las distorsiones cognitivas y creencias irracionales. Identificación, reconocimiento y expresión de sus cogniciones. Se establece programación de actividades como tarea para casa para evaluar el grado de dominio y agrado.
Sesión N°3		Programación de Actividades Técnica de dominio y agrado. Reestructuración cognitiva Psicoeducación	Supervisión del programa de actividades de acuerdo a su dominio y agrado. Identificación, reconocimiento y expresión de sus cogniciones a través del registro de pensamientos (línea Base). Uso del ABC (pensamiento, conducta y emoción).
Sesión N° 4		Reestructuración cognitiva Registro ABC Psicoeducación	Desarrollo con ejemplo de la propia paciente el uso del registro ABC, se explica las técnicas a usar y también el uso del Registro ABCDE.
Sesión N° 5		Psicoeducación Reestructuración cognitiva Mayéutica Registro ABCDE Asignación de tarea	Se continua con el uso del Registro ABCDE y reflexión sobre los pensamientos irracionales y cómo influyen en su calidad de vida.
Sesión N° 6		Relajación de Jacobson Registro ABCDE Mayéutica	Aplicación de relajación muscular progresiva. Se realiza el debate y analiza el registro ABCDE realizado en sesión 5.

Asignación de tarea			
Sesión N° 7	Para alcanzar el objetivo 2: Disminuir las emociones desadaptativas como tristeza, culpa y preocupación promoviendo autorregulación emocional.	Psicoeducación Autorregistro	Se explica que son las emociones, se identifican, reconoce las emociones (tristeza, culpa, preocupación). Se explica el uso del termómetro del estado de ánimo registro diario.
Sesión N° 8		Psicoeducación Programación de Actividades Técnica de dominio y agrado.	Se revisa el registro del termómetro del estado de ánimo y se identifica las cogniciones que generaron emociones desadaptativas, explicando su relación. Supervisión y evaluación del Programa de actividades de acuerdo a su agrado de dominio.
Sesión N° 9		Mayéutica Reestructuración cognitiva Relajación de Jacobson	Se realiza relajación muscular progresiva, se desarrolla y analiza la relación entre los pensamientos y las emociones de la paciente.
Sesión N° 10		Psicoeducación Análisis de responsabilidad Técnica de retribución	Explicar cómo se genera el sentimiento de culpa y se analiza los motivos cuando presenta sentimientos de culpa.
Sesión N° 11		Psicoeducación Autorregulación emocional Verbalizaciones internas catastróficas	Explicar la Verbalizaciones internas catastróficas. Elaboración de comentarios positivos realizados por la paciente que le ayuden al incremento su tolerancia al dolor y contribuyan a la Autorregulación de emociones.
Sesión N° 12		Psicoeducación Autoregistro Control de estímulo Relajación de Jacobson	Explicar las pautas de higiene del Sueño a la paciente y registro del sueño, en especial cuando presenta la dificultad de conciliar el sueño en el tiempo establecido.

Sesión N° 13	Para alcanzar el objetivo 3 Instaurar un repertorio conductual para recuperar un estilo de vida funcional de programación de actividades incompatibles con la depresión.	Autorregistros Programación de Actividades Proyecto de vida	Revisión de autoregistro (control de sueño, termómetro del estado de ánimo y programación de actividades) Elaboración y análisis de metas personales de corto y mediano plazo de la paciente
Sesión N° 14		Programación de Actividades Técnica de dominio y agrado. Reforzamiento positivo	Incremento gradual de actividades de agrado dominio en la paciente, asimismo, se revisará las acciones que viene realizando para el cumplimiento de metas a corto plazo, reforzándola.
Sesión N° 15		Psicoeducación Autorregistro Programación de actividades	Se explica sobre la percepción negativa, brinda la orientación para elaborar un registro y se le pide realice descripción de sí misma. Revisión del registro de programación de actividades
Sesión N° 16		Técnica del espejo Asignación de tarea	Modificar su visión negativa de sí misma haciéndola más saludable trabajando la técnica del espejo. Se establece la realización de una carta a sí misma (tarea para casa)
Sesión N° 17		Psicoeducación Debate Autorregistro Reestructuración cognitiva	Se explica cómo se relacionan con los pensamientos y su conducta y cómo influyen en sus emociones y su vida diaria. Establece debate, identificación de conductas (tomando referencia línea base)
Sesión N° 18		Solución de problemas Psicoeducación	Se orienta y entrena a la paciente en solución de problemas para que pueda hacer frente en su vida cotidiana.
Sesión N° 19	Evaluar los cumplimientos de los objetivos y prevención de recaída	Autoregistro Psicoeducación Autorregulación emocional	Revisión de los cumplimientos de los autoregistros y Se refuerzan sus avances. Se le orienta sobre las probabilidades de recaídas y se fortalece las técnicas a usar.

Tabla 3*Evaluación post test*

EVALUACIÓN POST TEST		
N° de sesiones	Técnica	Desarrollo de actividad
Sesión N°1	Aplicación de post test	Aplicación de la escala de depresión de Beck y registro de pensamientos negativos.
Sesión N°2	Aplicación de post test	Aplicación del cuestionario de Registro de opiniones de Ellis y registro de conductas problemas y registro de emociones negativas.
Sesión N° 3		Dar a conocer los avances alcanzados en el programa de intervención
Seguimiento de forma mensual por 6 meses.		

2.7 Procedimiento

SESIÓN 1: Explicar la sintomatología de la depresión y TCC.

Paso 1: Se instruirá a la usuaria respecto a la depresión que presenta: qué es la depresión, la sintomatología, triada cognitiva de Aron Beck (visión negativa sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro). Así como la emoción de culpa, las causas y consecuencias. (Técnica: Psicoeducación).

Paso 2: Plantear a la paciente la realización de listado de problemáticas que presenta, con el objetivo que logre identificar los síntomas de depresión que presenta. (Técnica: Autoregistro).

Paso 3: Una vez identificado y reconocido su sintomatología de depresión, se le explica el proceso de intervención a desarrollar bajo el modelo cognitivo conductual.

SESIÓN 2: Alcanzar el objetivo 1 Reducir las distorsiones cognitivas e ideas irracionales relacionadas a la depresión modificándolo por cogniciones racionales y funcionales.

Paso 1: Se explica las sesiones de la intervención terapéutica, la importancia de la colaboración mutua entre paciente – terapeuta. (Técnica: Psicoeducación)

Paso 2: Explicar a la paciente qué son las distorsiones cognitivas, creencias irracionales

Paso 3: Se le pide a la paciente que Identifique, reconozca y exprese de sus cogniciones.

Se toma como ejemplo aquellas que son propias de su experiencia de vida, como:

- “¿Acaso estoy dañada que no puedo tener un bebe?”
- ¿Por qué me pasó esto a mí?,
- ¿Qué hice yo para que me pasara esto?
- ¿Porque Dios me hizo esto?”
- “¿Por qué no puedo tener un bebe?,

- “Acaso no quiere estar conmigo”,
- “Debemos estar consolándonos por la muerte de nuestro bebe”,
- “Como quisiera ser como mi hermana mayor, ella pudo tener a sus hijos, no los perdió como yo, soy una débil”.
- “todas mis amigas son unas egoístas”.

Paso 4: Se establece programación de actividades de acuerdo a su grado de dominio y agrado. (véase en anexo 1).

SESIÓN 3: Alcanzar el objetivo 1 Reducir las distorsiones cognitivas e ideas irracionales relacionadas a la depresión modificándolo por cogniciones racionales y funcionales.

Paso 1: Supervisión del programa de actividades de acuerdo a su dominio y agrado.

Paso 2: Enseñarle a usar el Registro del ABC. Donde A es el estímulo disparador, B el pensamiento irracional y C la emoción y la conducta motora. Y explicarle la relación entre el pensamiento, la emoción y la conducta. (Técnica: Psicoeducación)

Paso 3: Identificación, reconocimiento y expresión de sus cogniciones a través del registro de pensamientos (línea Base).

Paso 4: Se le explica a la paciente que es la reestructuración cognitiva (Técnica: Psicoeducación)

SESIÓN 4: Alcanzar el objetivo 1 Reducir las distorsiones cognitivas e ideas irracionales relacionadas a la depresión modificándolo por cogniciones racionales y funcionales.

Paso 1: Desarrollar con ejemplos de la propia paciente el registro del ABC.

A	B	C
Su esposo se va al trabajo y ella se queda sola en casa,	¿Por qué me pasó esto a mí?, ¿Qué hice yo para que me pasara esto? ¿Porque Dios me hizo esto?	Siente tristeza, ansiedad y llora.
Al no poder conciliar el sueño camina constantemente por la habitación	“¿Por qué no puedo tener un bebe?, ¿acaso estoy dañada por dentro?”	Siente Culpa, llora y abraza a su esposo.
Recibe la visita de su madre y hermana	“Como quisiera ser como mi hermana mayor”, “ella pudo tener a sus hijos”, “no los perdió como yo”, “soy una débil”.	Ansiedad, tristeza y llanto, Encierra en su cuarto, exigiendo que su familia se vaya.
Acepta salir con sus amigas por presión de su esposo	“Acaso no quiere estar conmigo”, “debemos estar consolándonos por la muerte de nuestro bebe”, “¿Por qué quiere que yo salga sola con mis amigas”	Llanto, tristeza y Culpa.
Su amiga le pregunta cómo está llevando la pérdida de su bebe.	“ella no entiende mi dolor”, “todas mis amigas son unas egoístas”.	Cólera, se encierra en el baño, llora y Llama a esposo

Paso 2: se orienta a la paciente para que logre identificar el ABC y reflexionar sobre el registro realizado.

Paso 3: Se da a conocer a la paciente sobre la implementación del ABCDE como la continuación del primer registro.

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE SESIÓN 5:

Alcanzar el Objetivo específico 1 Reducir las distorsiones cognitivas e ideas irracionales, adaptándola de forma racional, lógica y sanas.

En esta sesión la terapeuta realiza la psicoeducación de las técnicas cognitivas que se usaran entre ellas la reestructuración cognitiva y la mayéutica. Asimismo, se explica el uso del ABCDE.

Donde la terapeuta le indica que:

A: Es la conducta activadora.

B: Son las autoverbalizaciones o cogniciones que pueden ser positivos, negativos, innatos o adquiridos.

C: Son los resultados conductuales y emocionales de la paciente, ante la conducta activadora A.

D: Es el cambio y transformación de B.

E: Es el resultado de la intervención, obteniendo emociones y/o conductas positivas y más adaptables de sí mismo, de su entorno y del futuro.

Recursos:

- Humano (Paciente y terapeuta)
- Materiales (Registro ABCDE, lapicero, hoja de apuntes, registro ABC, reloj)

Una vez realizada la psicoeducación en la técnica del ABCDE, la terapeuta le señala lo siguiente:

T: El día de hoy, para continuar con la sesión 5, tomaremos en cuenta lo trabajado en la sesión 4, tomando el registro ABC realizado.

T: Preguntando a la paciente, ¿recuerdas el registro realizado?, ¿recuerdas lo trabajado?

P: Si, identificamos estímulo disparador que es A, los pensamientos irracionales que es B y las emociones y conductas que es la C, todo a través de situaciones de mi vida diaria.

T: Excelente, a este registro realizado le integraremos D y E, que como ya lo expliqué anteriormente la D es el cambio y transformación de los pensamientos irracionales y la E son los resultados obtenidos de la D, teniendo como consecuencias emociones y conductas adaptativas.

T: ¿Te parece si analizamos el primer cuestionamiento señalado en el registro ABC?

P: Si, analicemos para mejorarlo.

T: El primer cuestionamiento es:

A: Su esposo se va al trabajo y usted se queda sola en casa.

B: fueron los pensamientos que usted identifico: “Por qué me pasó esto a mí?, ¿Qué hice yo para que me pasara esto? ¿Porque Dios me hizo esto?, aduciendo que **“Dios castiga a pesar de ser buena persona”**.

C: son las emociones que presentó como Tristeza, Ansiedad Llanto.

T: Para transformar esos pensamientos negativos, ¿Qué crees que debemos de plantearnos?

P: Preguntas que me ayuden a saber si es cierto lo pensé inicialmente.

T: Correcto, y ¿Con qué pregunta te gustaría iniciar?, dime ¿Qué significa para ud. ser castigado?

P: No lo sé, que hiciste algo negativo por ello mereces un castigo.

T: ¿Por qué crees que Dios castiga?

P: Llora, No sé, talvez fui egoísta, no sé porque Dios castiga.

T: ¿Qué pruebas tienes que Dios castiga?

P: Ninguna.

T: Estas son algunos cuestionamientos que te he planteado para transformar tus distorsiones cognitivas, ¿Qué otras preguntas plantearías tu para seguir cuestionando tus primeros pensamientos?

P: Podría preguntarme, ¿Conozco personas a las que Dios haya Castigado?

T: ¿Conoces a personas que recibieron un castigo por Dios?

P: La verdad no, mayormente escucho que Dios hace milagros y no castiga.

T: Entonces, ¿La pérdida del embarazo que usted sufrió es un castigo de Dios o se debe a diferentes factores?

P: Llora profusamente, diciendo no lo sé, ya no lo sé, pensé que Dios me había castigado, no me permitió ser madre, creí que yo había hecho algo malo, que era digna de Dios y por eso me hizo esto.

Después del llanto profuso de la paciente y el cuestionamiento realizado ante sus pensamientos desadaptativos iniciales. La paciente se queda en silencio.

P: La paciente manifiesta: existe la posibilidad que mi bebe no naciera por otros factores, no porque Dios me haya castigado.

T: Exacto, Dios no castiga, sin embargo, pudieron haber existido otros factores por los cuales se vio interrumpido su embarazo.

T: Después de haber analizado este primer ejercicio de tu vida cotidiana, ¿a qué reflexión te lleva a pensar?

P: “Dios no castiga, ni hace daño”, “la perdida de mi embarazo no se debe a un castigo divino”, “existen diferentes factores que pueden producir la pérdida de un embarazo”.

T: Y ¿cómo te sientes ahora?

P: Más tranquila, he venido sintiendo culpa de haber hecho algo que molesto a Dios y por eso recibí un castigo, pero no es así, Dios no me castigo.

T: Exacto, ¿te gustaría seguir analizando otra conducta problema?

P: Si.

Después de analizar el segundo estímulo activador, se le deja tarea para casa a la paciente, invitándola a realizar los 3 estímulos restantes, indicándoles que se analizara en la sesión 6.

Se da por concluida la sesión reflexionando sobre los nuevos pensamientos saludables, positivos que se han adquiridos.

Registro ABCDE

A	B	C	D	E
Su esposo se va al trabajo y ella se queda sola en casa,	¿Por qué me pasó esto a mí?, ¿Qué hice yo para que me pasara esto? ¿Porque Dios me hizo esto? “Dios castiga a pesar de ser buena persona”	Tristeza, Ansiedad Llanto.	¿Qué significa para ud. ser castigado? ¿Por qué crees que Dios castiga? ¿Qué pruebas tienes que Dios castiga? ¿conoce ud a personas a las que Dios haya Castigado? ¿la pérdida del embarazo es un castigo de Dios? O ¿la pérdida del embarazo se debe a diferentes factores?	Pensamiento: “Dios no castiga, ni hace daño”, “la pérdida de mi embarazo no se debe a un castigo divino”, “existen diferentes factores que pueden producir la pérdida de un embarazo”
Al no poder conciliar el sueño camina constantemente por la habitación	“¿Por qué no puedo tener un bebe?, ¿Acaso estoy dañada por dentro? “No puedo tener un bebe porque estoy dañada”	Culpa, Llanto Abraza a su esposo.	¿Por qué piensa Ud. estar dañada? ¿existen evidencias médicas que indiquen que está dañada y no sirve para procrear un bebe? ¿Quién le ha mencionado que está dañada o no sirve para tener un bebe? ¿perder un embarazo indica estar dañada para procrear? ¿Algunas personas pierden a su primer bebe, luego salen embarazadas?	Pensamiento: “no estoy dañada, cualquier mujer puede sufrir un aborto involuntario”. “en el momento que esté preparada podré planificar un embarazo” “sí podré volver a embarazarme, solo es necesario la planificación”

SESIÓN 6: Alcanzar el objetivo 1 Reducir las distorsiones cognitivas e ideas irracionales relacionadas a la depresión modificándolo por cogniciones racionales y funcionales.

Paso 1: Se explica el uso de la técnica de relajación de Jacobson y se instruye a la paciente como realizar la técnica.

Paso 2: Se realiza el analiza el registro ABCDE realizado en sesión 5 y revisión de la

tarea asignada

Paso 3: Se debate a través de la mayéutica el cambio y/o transformación de la B (D) y los resultados de este (E)

Paso 4: Reflexión de los cambios registrados en el registro ABCDE

A	B	C	D	E
Su esposo se va al trabajo y ella se queda sola en casa,	¿Por qué me pasó esto a mí?, ¿Qué hice yo para que me pasara esto? ¿Porque Dios me hizo esto? “Dios castiga a pesar de ser buena persona”	Tristeza, Ansiedad Llanto.	¿Qué significa para ud. ser castigado? ¿Por qué crees que Dios castiga? ¿Qué pruebas tienes que Dios castiga? ¿conoce ud a personas a las que Dios haya Castigado? ¿la pérdida del embarazo es un castigo de Dios? O ¿la pérdida del embarazo se debe a diferentes factores?	Pensamiento: “Dios no castiga, ni hace daño”, “la perdida de mi embarazo no se debe a un castigo divino”, “existen diferentes factores que pueden producir la pérdida de un embarazo”
Al no poder conciliar el sueño camina constantemente por la habitación	“¿Por qué no puedo tener un bebe?, ¿Acaso estoy dañada por dentro? “No puedo tener un bebe porque estoy dañada”	Culpa, Llanto Abraza a su esposo.	¿Por qué piensa Ud. estar dañada? ¿existen evidencias médicas que indiquen que está dañada y no sirve para procrear un bebe? ¿Quién le ha mencionado que está dañada o no sirve para tener un bebe? ¿perder un embarazo indica estar dañada para procrear? ¿Algunas personas pierden a su primer bebe, luego salen embarazadas?	Pensamiento: “no estoy dañada, cualquier mujer puede sufrir un aborto involuntario”. “en el momento que esté preparada podré planificar un embarazo” “sí podré volver a embazarme, solo es necesario la planificación”
Recibe la visita de su madre y hermana	“Como quisiera ser como mi hermana mayor”, “ella pudo tener a sus hijos”, “no	Ansiedad, tristeza y llanto.	¿Qué significa ser débil? ¿Por qué se pierden los embarazos?	Pensamiento: “soy capaz de ser quien soy, sin pretender parecerme a

	los perdió como yo”, “soy una débil”. “para no ser débil, tengo que ser como mi hermana”		¿Un organismo que interrumpe su embarazo es débil? ¿Dónde está escrito que debo ser como mi hermana?	mi hermana o a alguien más” “cada persona es diferente y valiosa por sus cualidades” “mi hermana es diferente a mí, pero yo no soy ella”
Acepta salir con sus amigas por presión de su esposo	“Acaso no quiere estar conmigo”, “debemos estar consolándonos por la muerte de nuestro bebe”, “¿Por qué quiere que yo salga sola con mis amigas” “necesito solo de mi esposo para superar la muerte mi bebé”	Llanto, tristeza Culpa.	¿Por qué piensas que tu esposo no quiere estar contigo? ¿Es necesaria la presencia de tu esposo para superar la pérdida de tu bebe? ¿Dónde está las evidencias que su esposo no quiere estar contigo? ¿acaso su esposo le ha dicho que no quiere estar con ud? ¿crees que necesitas de tu esposo para superar la muerte de su bebe?	Pensamiento: “la compañía de mi esposo contribuye a mi recuperación emocional”, “mi esposo también necesita mi apoyo emocional”, “no tengo ninguna prueba de que mi esposo quiere abandonarme”, “para superar la pérdida del bebe, tanto mi esposo como yo debemos de apoyarnos”
Su amiga le pregunta cómo está llevando la pérdida de su bebe.	“ella no entiende mi dolor”, “todas mis amigas son unas egoístas”.	Cólera, encerrarse en el baño, llanto Llamar por teléfono a esposo	P: Me preguntan por mi pérdida C: Ellas son egoístas ¿Acaso mis amigas deben saber qué preguntas me hacen sentir vulnerable?	Pensamiento: “mis amigas no son egoístas porque intentan distraerme invitando a salir”,

SESIÓN 7: Para alcanzar el objetivo 2 Disminuir las emociones desadaptativas como tristeza, culpa y preocupación promoviendo una autorregulación emocional.

Paso 1: Se explica que son las emociones, tipos de emociones.

Paso 2: Se identifican y reconoce las emociones desadaptativas como tristeza, culpa, preocupación. (línea base- registro de emociones)

Paso 3: Se explica el uso del termómetro del estado de ánimo registro diario (véase en Anexo 2).

SESIÓN 8: Para alcanzar el objetivo 2 Disminuir las emociones desadaptativas como tristeza, culpa y preocupación promoviendo una autorregulación emocional.

Paso 1: Se revisa el registro del termómetro del estado de ánimo

Paso 2: Identificación de las cogniciones que generaron emociones desadaptativas,

Paso 3: Explicación de la relación entre las cogniciones y emociones.

Paso 4: Supervisión y evaluación del Programa de actividades de acuerdo a su agrado de dominio.

SESIÓN 9: Para alcanzar el objetivo 2 Disminuir las emociones desadaptativas como tristeza, culpa y preocupación promoviendo una autorregulación emocional.

Paso 1: Se inicia con la relajación muscular progresiva con el objetivo que la paciente se muestre tranquila para actividades a realizar en la sesión.

Paso 2: A través del registro ABC se identifica y reconoce la relación que tienen los pensamientos con las emociones de la paciente.

Paso 3: Se analiza la relación existe y se reflexiona de la influencia que tiene en su vida cotidiana.

SESIÓN 10: Para alcanzar el objetivo 2 Disminuir las emociones desadaptativas como tristeza, culpa y preocupación promoviendo una autorregulación emocional.

Paso 1: Se explica a la paciente que es el sentimiento de culpa, posibles causas.

Paso 2: Se realizan ejemplos de los sentimientos de culpa que tiene la paciente tomando en cuenta situaciones de su vida cotidiana.

Paso 3: Análisis de los motivos que la paciente tiene para expresar sentimientos de culpa.

Paso 4: Se brinda información relevante con respecto a las posibles causas de un aborto en los tres primeros meses de gestación.

Paso 5: Crear junto con la paciente elementos que le ayuden hacer frente y/o prevenir las situaciones adversas que escapan de su control.

SESIÓN 11: Para alcanzar el objetivo 2 Disminuir las emociones desadaptativas como tristeza, culpa y preocupación promoviendo una autorregulación emocional.

Paso 1: Explicar a la usuaria la verbalización interna catastrófica. (Técnica de Psicoeducación)

Paso 2: Elaboración de comentarios positivos realizados por la paciente que le ayuden al incremento su tolerancia al dolor y contribuyan a la Autorregulación de emociones.

Ejemplo:

Comentario de dolor:

- “Estoy dañada por dentro”
- “Debí cuidarme más, soy débil”
- “Me siento sola, todas mis amigas son egoístas”.

Comentarios que incrementen su tolerancia al dolor:

- “Cualquier mujer puede sufrir una pérdida”
- “Un aborto se da por diferentes factores, no necesariamente porque no pueda procrear”,

- “La compañía de mi esposo, familia y amigos contribuyen para superar la pérdida de mi bebe”.

Paso 3: Se lleva a la reflexión de los comentarios positivos y que incrementan la tolerancia al dolor de la paciente.

Paso 4: Asigna la elaboración de cinco comentarios positivos.

SESIÓN 12: Para alcanzar el objetivo 2 Disminuir las emociones desadaptativas como tristeza, culpa y preocupación promoviendo una autorregulación emocional.

Paso 1: Explicar las pautas de higiene del Sueño a la paciente, incluyendo las técnicas de control de estímulo (véase en anexo 3).

Paso 2: Aplicar la Relajación a través de la respiración de Jacobson, por lo menos una vez al día y en especial antes de ir a la cama a conciliar el sueño, de forma diaria.

Paso 3: Elaboración y explicación del registro del sueño, en especial cuando presenta la dificultad de conciliar el sueño en el tiempo establecido (Véase en anexo 4).

Paso 4: Practicar las pautas de higiene del sueño, así como autorregular y detener el pensamiento (Técnica de Control de estímulos).

SESIÓN 13: Para alcanzar el objetivo 3 Instaurar un repertorio conductual para recuperar un estilo de vida funcional de programación de actividades incompatibles con la depresión.

Paso 1: Revisión de autoregistros (control de sueño, termómetro del estado de ánimo y programación de actividades)

Paso 2: Reflexión sobre los avances reflejados en los registros de la paciente,

Paso 3: De acuerdo a la reflexión trazada se propone a la paciente la elaboración de metas personales a corto y mediano plazo, proponiendo como primera meta retomar sus estudios de post grado.

Paso 4: Elaboración metas personales de corto y mediano plazo de la paciente.

SESIÓN 14: Para alcanzar el objetivo 3 Instaurar un repertorio conductual para recuperar un estilo de vida funcional de programación de actividades incompatibles con la depresión.

Paso 1: Incremento gradual de actividades de dominio y agrado en la paciente.

Paso 2: Se analiza el programa de actividades incluyendo actividades que permitan mejorar la interacción con los integrantes de su familia y el aumento de su autonomía.

Paso 3: Revisión de las acciones que viene realizando la paciente para el cumplimiento de metas a corto plazo, reforzándola positivamente por los primeros avances.

Paso 4: Se le instruye a la paciente para implementar otras actividades que refuercen el cumplimiento de metas.

SESIÓN 15: Para alcanzar el objetivo 3 Instaurar un repertorio conductual para recuperar un estilo de vida funcional de programación de actividades incompatibles con la depresión.

Paso 1: Se explica sobre la percepción negativa de sí misma (Psicoeducación)

Paso 2: Se le pide a la paciente que realice la descripción de sí misma, teniendo en cuenta virtudes positivas como negativa.

Paso 3: De acuerdo a la descripción realizada, se le pide a la paciente identificar en que momentos tiene percepción negativa de sí misma.

Paso 4: Se pide la elaboración de un registro del punto 3.

SESIÓN 16: Para alcanzar el objetivo 3 Instaurar un repertorio conductual para recuperar un estilo de vida funcional de programación de actividades incompatibles con la depresión.

Paso 1: Se le explica a la paciente uso de la técnica del espejo.

Paso 2: Se le presenta un espejo a la paciente y se le pide que se ponga al frente de este y observe su reflejo.

Paso 3: Después del paso 2, se le pide a la paciente que escriba todos pensamientos, emociones positivas que presenta al observarse en el espejo.

Paso 4: Pide escriba todas distorsiones cognitivas, emociones desadaptativas que presenta al observarse en el espejo.

Paso 5: Después de haber realizado de escribir, se le pide responder las siguientes preguntas.

- ¿Qué observa en el espejo?
- ¿Reconoce a la persona que observa en el espejo?
- ¿Cómo es la persona que está en el espejo?
- ¿Cuáles son las cosas positivas de la persona que está en el espejo?
- Si pudieras cambiar algo de la persona que está en el espejo, ¿Qué cambiaría?

Paso 6: Se asigna a la paciente tarea para casa, pidiendo elabore una carta a sí misma.

SESIÓN 17: Para alcanzar el objetivo 3 Instaurar un repertorio conductual para recuperar un estilo de vida funcional de programación de actividades incompatibles con la depresión.

Paso 1: Se le pide a la paciente que realice una lectura silenciosa de la carta dirigida para sí misma.

Paso 2: Se analiza el sentir de la paciente y se reflexiona sobre la percepción que tiene a sí misma.

Paso 3: Se explica cómo se relacionan con los pensamientos, su conducta y cómo influyen en sus emociones y su vida diaria.

Paso 3: Establece debate, identificando las conductas desadaptativas. Se realiza reestructuración haciendo uso del registro A-B-C-D-E.

SESIÓN 18: Para alcanzar el objetivo 3 Instaurar un repertorio conductual para recuperar un estilo de vida funcional de programación de actividades incompatibles con la depresión.

Paso 1: Se le orienta a la paciente en la técnica de resolución de problemas con el objetivo que ella logre hacer frente a estímulos estresores que se hagan presentes en su vida cotidiana.

Paso 2: Se le explica que es un problema y que es una solución, se le recuerda ejercicios realizados (registro ABC y registro ABCDE).

Paso 3: Una vez brindada la orientación respectiva, se le instruye a seguir los pasos para la resolución de problemas.

- Identificación del problema (determinando también que factores generó el problema)
- Buscar alternativas de solución, teniendo en cuenta que mientras más alternativas tenga mejor, deben ser variadas y no debe generar juicios.
- Evaluar las alternativas de solución, teniendo en cuenta las consecuencias a corto, mediano y largo plazo.
- Toma de decisión.
- Ejecutar la decisión tomada para la solución del problema.

Paso 4: Después de haber realizado la resolución de problemas, se le recomienda a la paciente debe cuestionarse preguntándose ¿Estoy satisfecho con mi resultado?, si no lo estuviera debe replantear la resolución de problemas.

SESIÓN 19: Evaluar los cumplimientos de los objetivos y prevención de recaída.

Paso 1: Revisión de los cumplimientos de los autoregistros y se refuerzan sus avances

Paso 2: Se le explica a la paciente las probabilidades de recaídas

Paso 3: Se fortalece las técnicas que la paciente puede usar para hacer frente a posibles recaídas, entre ellas los registros ABC, registro ABCDE, programación de actividades.

Paso 4: Se recomienda mantener un diario donde pueda anotar todas las cosas positivas y negativas que le ocurran, si se generan en problemas darles solución.

Paso 5: Normalizar los pensamientos y anticiparse a las distorsiones cognitivas.

2.8 Consideraciones éticas

Este estudio de caso se protegerá el anonimato de la paciente garantizando la protección de datos personales. Todos los datos establecidos en la historia clínica, fueron recolectados en los instrumentos psicológicos y registros son estrictamente confidenciales, solamente el terapeuta tuvo acceso a ellos. Asimismo, se orientó a la paciente para la firma del consentimiento informado, de esta forma la terapeuta logró realizar la evaluación psicológica, programa de intervención cognitivo conductual y evaluación post test, evitando futuros inconvenientes.

Por otro lado, para garantizar la originalidad del estudio de caso clínico se utilizó como herramienta Turnitin, herramienta que permite identificar, analizar y

comparar los contenidos del texto con otras fuentes determinando las coincidencias entre ambos.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis de los resultados

A continuación, se detalla el análisis de los resultados obtenidos a través de las técnicas aplicadas en el programa de intervención cognitivo conductual en la paciente con depresión moderada.

Se integraron los registros de línea base en relación a sus distorsiones cognitivas, emociones y conductas desadaptativas antes y después del tratamiento terapéutico. También se usaron los instrumentos del inventario de depresión de Beck y el registro de opiniones Forma A en el pre y post test para medir los síntomas de la depresión que presentaba la paciente.

Los puntajes obtenidos en el post test nos permite demostrar la efectividad que tuvo el programa cognitivo conductual en la disminución la sintomatología de la depresión a nivel cognitivo, afectivo y conductual de una mujer adulta.

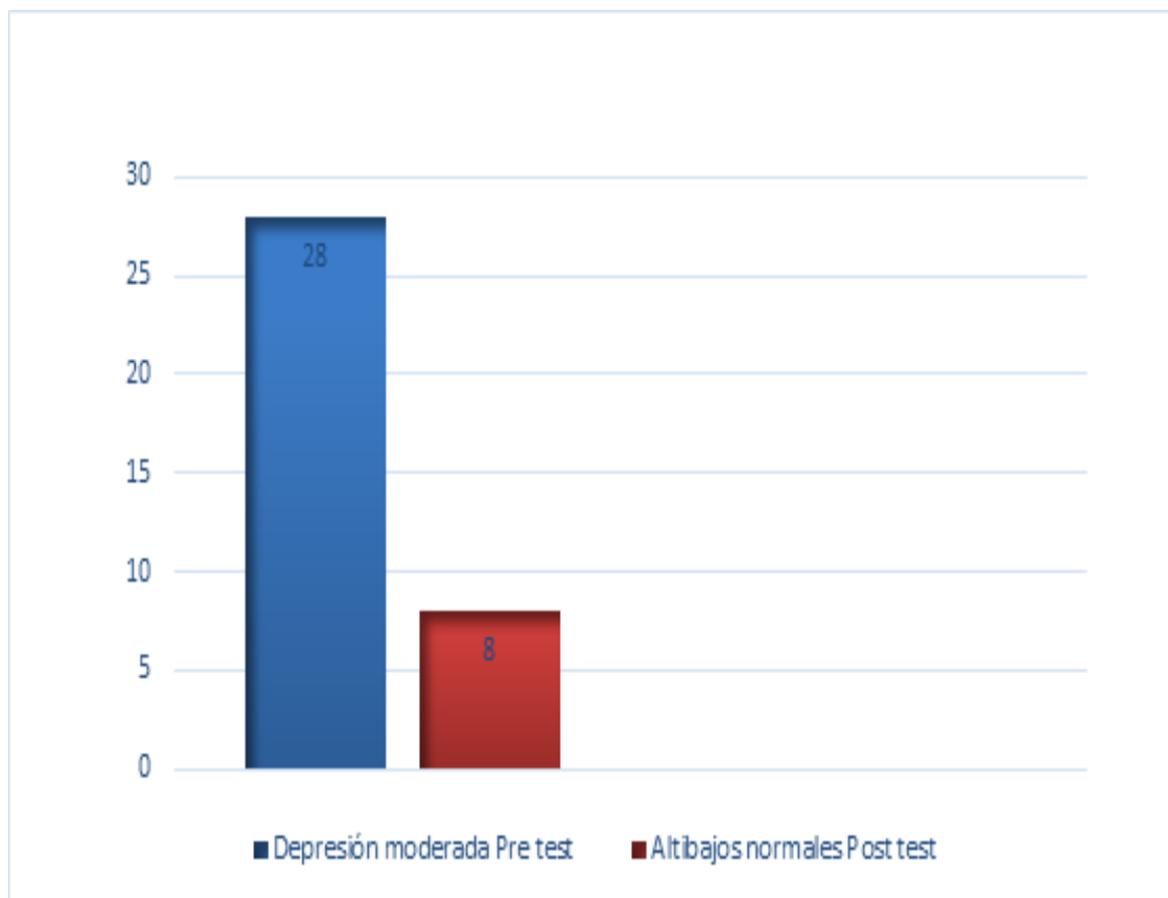
Tabla 4

Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck

	Pre test	Post test
Inventario de depresión de Beck	Depresión moderada 28	Altibajos normales 8

Figura 1

Puntuación del Pre y Post test del Inventario de depresión de Beck



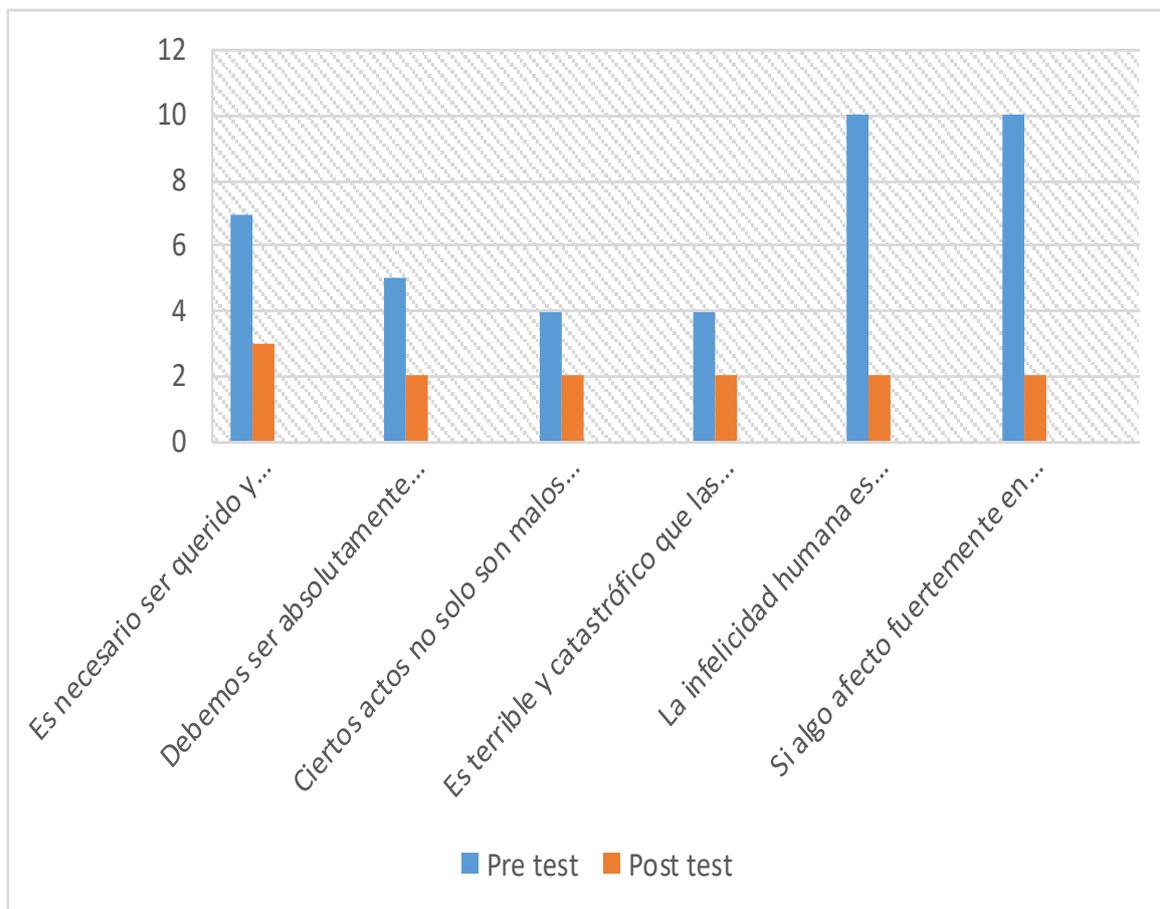
Nota. En la figura 1 se observa el puntaje total del Inventario de depresión de Beck, en el pre test la paciente alcanzó un puntaje de 28 grado de depresión moderada, al finalizar el programa (post test) obtuvo una puntuación de 8, evidenciándose una reducción significativa de la sintomatología de depresión a niveles normales.

Tabla 5*Resultados de la aplicación del Registro de opiniones Forma A*

Escala	Creencia Irracional	Pre test	Post test
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	7 Irracional	3 Racional
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	5 Tendencia irracional	2 Racional
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	4 Tendencia irracional	2 Racional
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	4 Tendencia irracional	2 Racional
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.	10 Irracional	2 Racional
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	10 Irracional	3 Tendencia a lo racional

Figura 2

Puntuación del pre y post test del Registro de opiniones Forma A



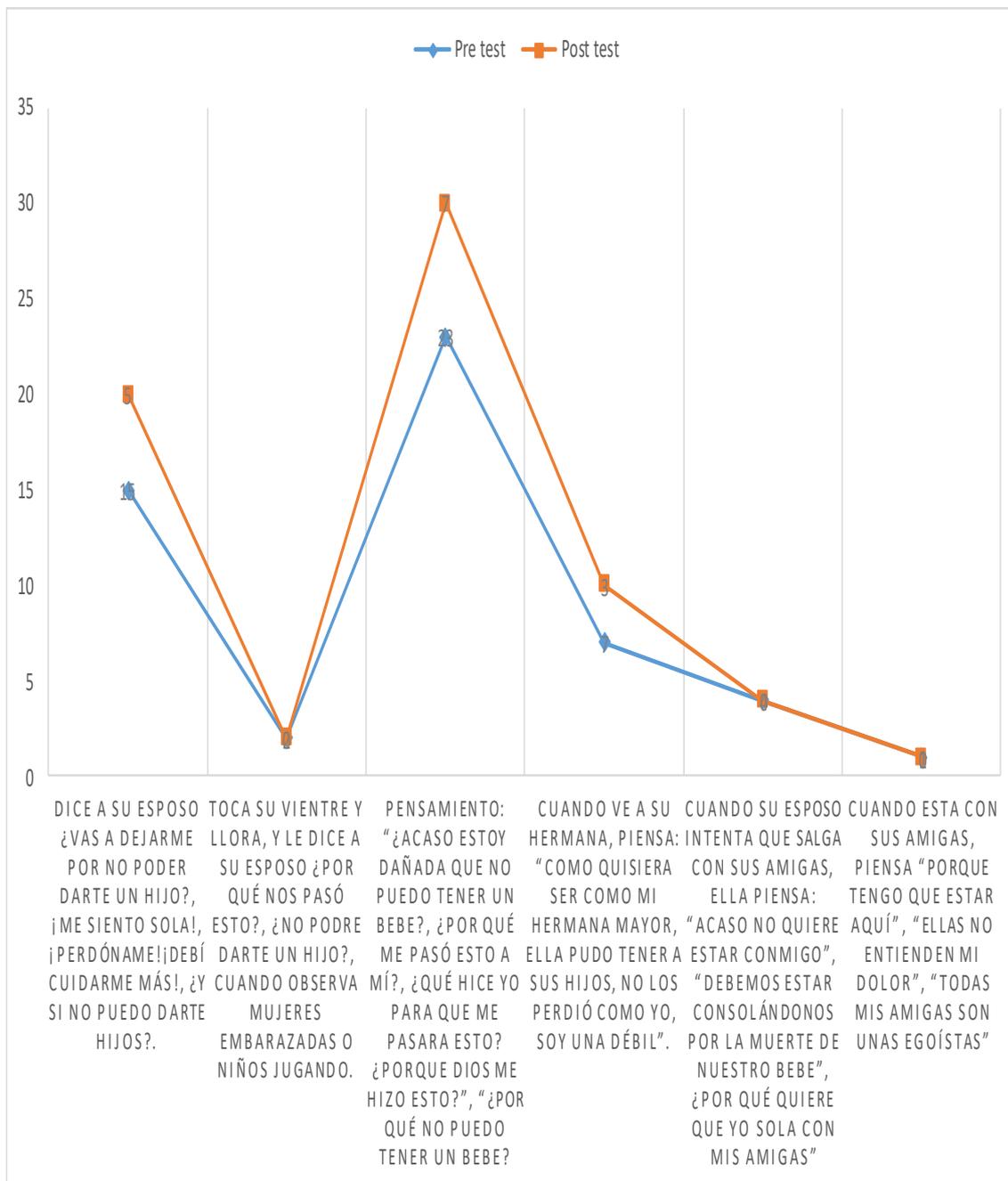
Nota. En la figura 2 se observa el puntaje total del Registro de opiniones Forma A, en el pre test la paciente alcanzó en las creencias irracionales “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”, “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”, “Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando” puntajes de 7 a 10 obteniendo el nivel de irracionalidad, después del programa, la paciente presento una reducción significativa en sus creencias, alcanzando niveles más racionales.

Tabla 6*Registro de frecuencia de pensamientos negativos de la paciente pre y post test*

Conductas	Pre test	Post test
Dice a su esposo ¿vas a dejarme por no poder darte un hijo?, ¡me siento sola!, ¡perdóname!;debí cuidarme más!, ¿y si no puedo darte hijos?.	15	5
Toca su vientre y llora, y le dice a su esposo ¿Por qué nos pasó esto?, ¿No podre darte un hijo?, cuando observa mujeres embarazadas o niños jugando.	2	0
Pensamiento: “¿acaso estoy dañada que no puedo tener un bebe?, ¿Por qué me pasó esto a mí?, ¿Qué hice yo para que me pasara esto? ¿Porque Dios me hizo esto?”, “¿Por qué no puedo tener un bebe?	23	7
Cuando ve a su hermana, piensa: “como quisiera ser como mi hermana mayor, ella pudo tener a sus hijos, no los perdió como yo, soy una débil”.	7	3
Cuando su esposo intenta que salga con sus amigas, ella piensa: “acaso no quiere estar conmigo”, “debemos estar consolándonos por la muerte de nuestro bebe”, ¿Por qué quiere que yo sola con mis amigas?”.	4	0
Cuando esta con sus amigas, piensa “porque tengo que estar aquí”, “ellas no entienden mi dolor”, “todas mis amigas son unas egoístas”	1	0

Figura 3

Puntuación del pre y post test del Registro de frecuencia de pensamientos negativos



Nota. En la figura 3 se evidencia el registro de la línea base antes y después de la intervención terapéutica, observándose una disminución significativa de la sintomatología depresiva, en lo cognitivo, se refleja la reducción de las distorsiones cognitivas.

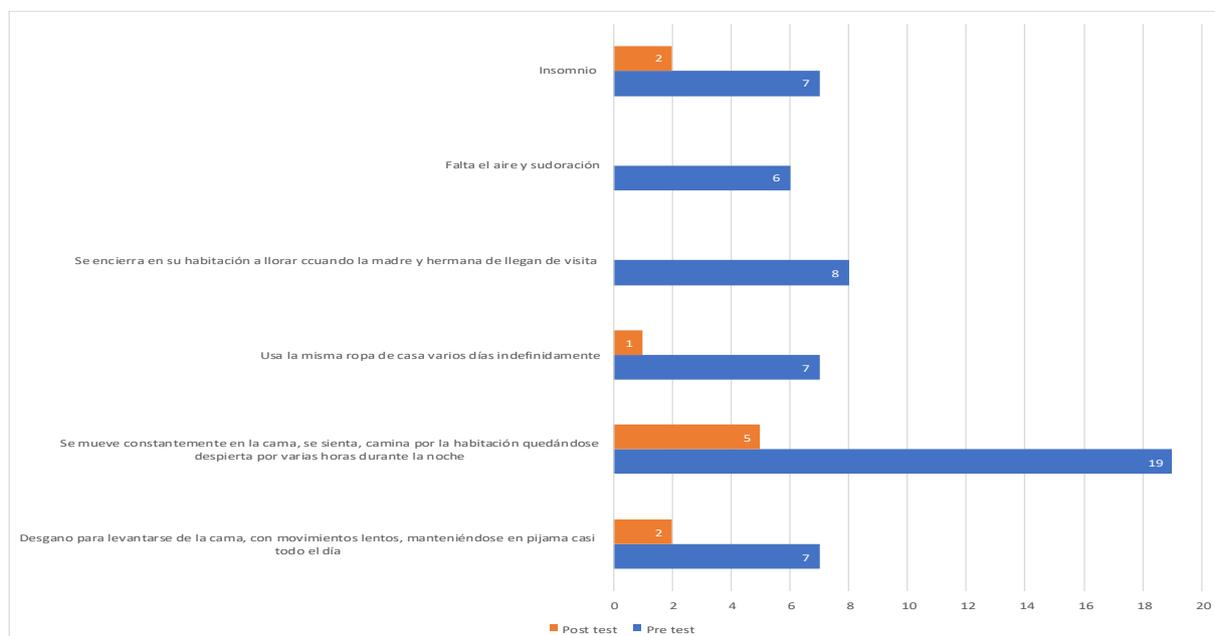
Tabla 7

Registro de conductas negativas de la paciente según frecuencia pre y post test

Conductas	Pre test	Post test
Desgano para levantarse de la cama, con movimientos lentos, manteniéndose en pijama casi todo el día.	7	2
Se mueve constantemente en la cama, se sienta, camina por la habitación quedándose despierta por varias horas durante la noche.	19	5
Usa la misma ropa de casa varios días indefinidamente.	7	1
Se encierra en su habitación a llorar cuando la madre y hermana de llegan de visita	8	0
Falta el aire y sudoración	6	0
Insomnio	7	2

Figura 4

Puntuación del pre y post test de conductas negativas según frecuencia



Nota. En la figura 4 observamos la disminución significativa de las conductas problema de la paciente.

Tabla 8

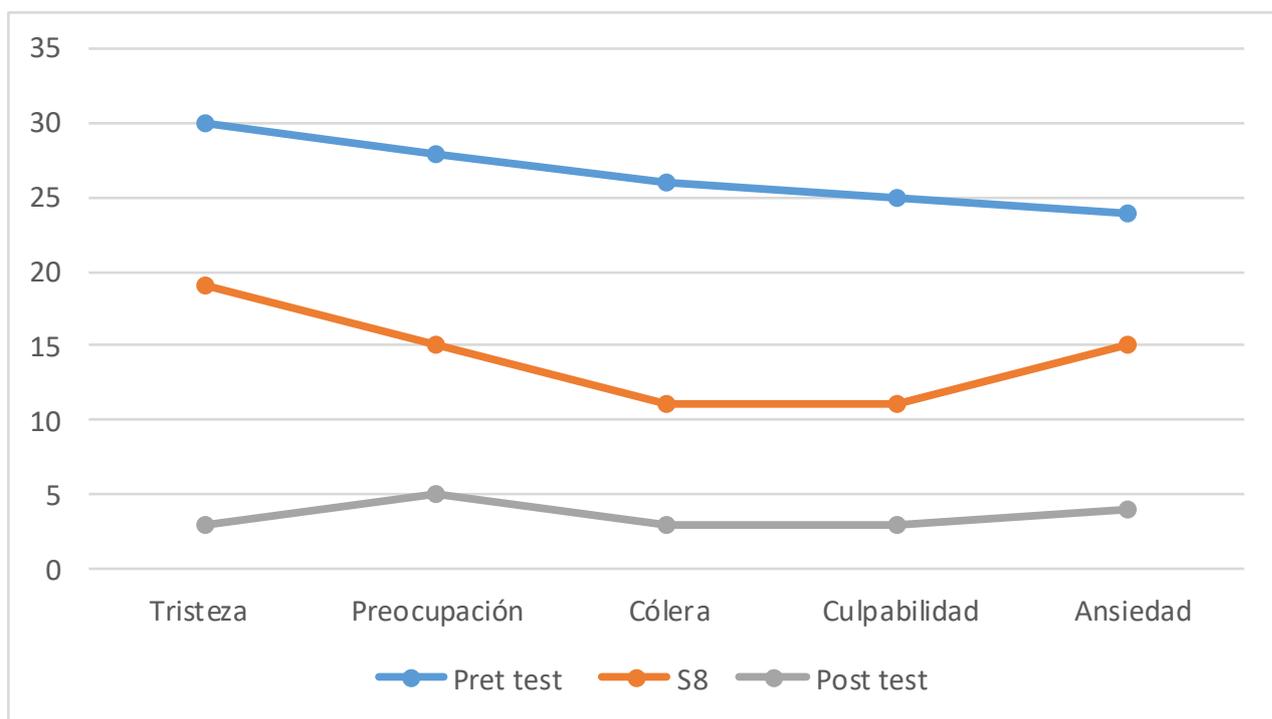
Registro de emociones desadaptativas de la paciente según frecuencia en el pre y post test

Conductas	Pre test	S8	Post test
Tristeza	30	19	3
Preocupación	28	15	5
Cólera	26	11	3
Culpabilidad	25	11	3
Ansiedad	24	15	4

Nota: De acuerdo a la línea base, se determina que la emoción de tristeza expresa máxima intensidad de 10 y el sentimiento de culpa presentó 9 (SUD 0- 10).

Figura 5

Puntuación Registro del pre y post test de emociones desadaptativas según frecuencia



Nota. En la figura 5 observamos la disminución significativa de las conductas problema de la paciente.

3.2 Discusión de resultados

La depresión es una problemática de salud mental a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud – OMS (2021) señala que este trastorno afecta en gran porcentaje a la mujer adulta, evidenciándose alteración del estado emocional con síntomas físicos y cognitivos, viéndose afectadas las áreas personal, familiar, social y laboral.

En el Perú, la población no reconoce la sintomatología de la depresión, por ende, no identifican sufrir este trastorno, no llevando ningún tipo de tratamiento, solo un mínimo porcentaje de la población recibe atención especializada para intervenir la depresión.

En el presente estudio de caso se empleó el diseño experimental de tipo ABA que integra una evaluación de entrada (pre test), el programa de intervención y una evaluación de salida (post test), bajo el modelo cognitivo conductual.

El objetivo general del programa de intervención cognitivo conductual es disminuir la sintomatología de la depresión a nivel cognitivo, emocional y conductual de una mujer adulta, por otro lado, reducir las distorsiones cognitivas e ideas irracionales, disminuir las emociones desadaptativas como tristeza, culpa y preocupación e instaurar un repertorio conductual para recuperar el estilo de vida funcional de la paciente.

De acuerdo a los objetivos trazados en el estudio del caso clínico y considerando los resultados que se obtuvieron en la evaluación de la sintomatología de la depresión, antes y después del Programa de Intervención Cognitiva Conductual, se evidencia una

diferencia altamente significativa, revelando que los niveles moderados de depresión en el que se encontraba la paciente se redujeron de modo importante a niveles normales.

Para obtener estos resultados favorables en el Programa de Intervención Cognitiva Conductual se planteó técnicas conductuales y cognitivas orientadas a ejecutar los objetivos de la terapia trazados para la modificación de la conducta problema en las diferentes áreas afectadas (cognitivo, emocional y conductual) de la paciente.

Con ello, se demuestra que se logró desarrollar los objetivos, es decir, la paciente disminuyó y/o modificó significativamente las distorsiones cognitivas, las cuales le generaban emociones desadaptativas como tristeza, sentimientos de culpa y conductas problema.

Cabe señalar que se comprueba la eficacia de la Terapia cognitiva conductual para los casos de depresión, con resultados similares e iguales a los presentados en las investigaciones nacionales como internacionales.

Respecto al primer objetivo específico planteado, se logró reducir las distorsiones cognitivas e ideas irracionales de la paciente, mostrando similitud en el estudio realizado por Huaynates en el 2019, quien intervino a una mujer adulta con sintomatología depresiva y sentimientos de culpa por el fallecimiento de su hermana, la paciente redujo significativamente los niveles de depresión moderado a niveles normales, reduciendo significativamente los pensamientos y emociones negativas. Asimismo, en el mismo año, Aguilar y Huamani lograron que el 93% de la población conformada por 15 niñas redujeran significativamente los niveles de depresión a niveles normales.

Con respecto al segundo objetivo trazado, se consiguió la disminución de las emociones desadaptativas como tristeza, culpa, cólera, del mismo modo, en la investigación de Quiroga realizada en 2017, aplicó la terapia cognitivo conductual a una adolescente víctima de violación sexual, obtuvo resultados positivos a nivel emocional, ya que logró la regulación de las emociones de la adolescente, comprobando así la eficacia de la terapia.

De forma semejante, en ese mismo año, Alcázar, Hernández, Reyes, Romero y Vogel, realizaron un programa de intervención a un hombre con síntomas de depresión, también lograron reducir las emociones como tristeza y problemas de sueño.

De acuerdo al tercer objetivo, se logró recuperar el estilo de vida funcional de la paciente, mostrando semejanza en la investigación ejecutada por García en el 2018 logró mejorar conductas de socialización en pacientes con depresión del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, de igual forma, Salomon en su estudio “caso clínico de un episodio depresivo leve, de una mujer de 76 años”, logró mejorar la comunicación de la paciente con su familia y otras personas, además asegurar el cuidado de su aspecto personal.

La presente investigación muestra resultados significativos en la disminución de la sintomatología de la depresión luego de la aplicación del programa de intervención cognitiva conductual, pudiendo ser utilizado como referencia para futuras investigaciones en población con sintomatología depresiva.

3.3 Seguimiento

La paciente debe asistir a sesiones de seguimiento por lo menos una vez al mes por un plazo de 6 meses.

IV. CONCLUSIONES

- 4.1 Se logró reducir significativamente los niveles de depresión moderada que presentaba la paciente, disminuyendo la sintomatología a nivel cognitivo, emocional y conductual. Mostrando eficacia en cuanto a su objetivo general planteado en el programa de intervención.
- 4.2 Se redujo las distorsiones cognitivas e ideas irracionales que presentó la paciente, las cuales fueron modificadas por cogniciones racionales y funcionales.
- 4.3 Se logró disminuir las emociones desadaptativas como la tristeza, culpa, preocupación, cólera y ansiedad fomentando actividades de dominio y agrado que contribuyo a su autorregulación emocional.
- 4.4 Durante el programa de intervención se instauró un repertorio conductual, el cual fue incrementando gradualmente de acuerdo a su nivel de dominio y agrado, ayudando a recuperar el estilo de vida funcional que presenta la paciente antes de la depresión.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Realizar seguimiento mensual por el plazo de 6 meses para prevenir recaídas en la sintomatología de depresión.
- 5.2 Continuar con la aplicación de técnicas como reestructuración cognitiva haciendo uso del modelo A-B-C-D-E, cuando presente distorsiones cognitivas, logre debatirlas y refutarlas.
- 5.3 Seguimiento a las actividades realizadas para el cumplimiento de metas a corto plazo como el retorno a sus estudios de post grado y postulación a un nuevo trabajo.
- 5.4 Continuar fortaleciendo su repertorio de actividades incrementando actividades nuevas o aquellas que anhela realizar, integrando a su grupo familiar como conyugue, padres y hermana.
- 5.5 Participar de un programa de terapia de pareja para fortalecer la comunicación y evitar la dependencia emocional.

VI. REFERENCIAS

- Aguilar, M. J. y Huamani, C. J. (2019). *Aplicación de un Programa Cognitivo Conductual para la depresión en niñas de una casa hogar de la Ciudad de Arequipa* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10244/PSagmojh.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- 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*. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>
- Anicama, J. y CIPMOC (2016). *Manual de calificación del registro de opiniones forma-A (Ellis)*. <https://dl-manual.com/doc/manual-de-calificacion-de-registro-de-opiniones-9ory7xxrjyv2>
- Antón, M. V., García, M. P. y García, B. J. (2016). Intervención Cognitivo conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Psicología clínica con niños y adolescentes*, vol.3, 45-52.
https://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf
- Aquino, Ch. P. y Argote, V. W. (2016). *Prevalencia de Depresión e Ideación Suicida en estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Nacional del Centro del Perú del ciclo intensivo diciembre 2015- Marzo* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, Perú.
<https://docplayer.es/138783904-Universidad-nacional-del-centro-del-peru.html>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM- 5*. American psychiatric publishing.

<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Bados, A. y García, G. E (2010). *La Técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Universitat Barcelona. <https://sociales.uprrp.edu/ipsi/wp-content/uploads/sites/17/2020/12/Reestructuracion-cognitiva-Bados-y-Garcia-2010.pdf>

Bados, A. y García, G. E (2011). *Técnicas Operantes*. Universitat Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>

Barrasa, A., Belloch, Amparo., Carrasco, T. A., Carrió, C., Castro, A., Cortes, T., Fornes, G., Gallardo, O. L., ... Roncero, M. (2012). *Manual de la Entrevista psicológica*. (1era ed.). Piramides. <https://unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx/sites/unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx/files/files/biblioteca/14%20MANUALES%20Y%20PROTOCOLOS/Manual%20de%20Entrevista%20Psicologica%20.pdf>

Beck, A. T., Shaw, B. F., Rush, A. J. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.

Beck, A.T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2006). *BDI-II Inventario de depresión de Beck* (2da. Ed.). Paidós SAICF. <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/psicometricas/mikulic/BECK%20-%20BDI-II%20Manual.pdf>

Beck, A. T., Shaw, B. F., Rush, A. J. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19va. Ed.). Desclée de Brouwer.

Benedito, M. C., Carrió, R. C., Del Valle, D. G. y Domingo, G. A. (s/f). *Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva*. 116-176.

<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n92/v24n4a09.pdf>

Bulacio, J., Vieyra, M. C. y Mongiello, E. (2004). *Uso de la Psicoeducación como estrategia terapéutica*. Fundación Iccap, 1.

http://fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf

Bromley (10 setiembre del 2020). *Ministerio de Salud brinda recomendaciones para ayudar a familiares que sufren depresión*.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/302050-ministerio-de-salud-brinda-recomendaciones-para-ayudar-a-familiares-que-sufren-de-depresion>

Casullo, M. (1999). *La evaluación psicológica: Modelos, técnicas y contexto sociocultural*. RIDEP N° 1, 97-113.

https://www.aidep.org/03_ridep/R07/R077.pdf

Castillero, M. O. (s/f). *La teoría conductual de la depresión de Lewinsohn*.

<https://psicologiaymente.com/clinica/teoria-conductual-depresion-lewinsohn>

Castillo, M.W. (2020, agosto 11). La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida, *Perú21*. <https://peru21.pe/lima/depresion-causa-80-suicidios-peru-atendida-183854-noticia/?ref=p21r>

Coryell, W. (2020). *Trastornos depresivos*. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>

García, S (2018). *Efectividad de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en jóvenes con depresión, Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"* (Tesis de maestría). Universidad Inca Garcilaso de la Vega -Lima, Perú.

http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2382/T_MAES_TERAP.COJNI.TRANS.PSICOLO.PSIQUIA_GARCIA%20CARBAJAL%20C%20Susana%20del%20Rosario.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- Gasto, C. y Navarro, V. (2007). *La depresión*. Fundación BBVA.
<https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>
- Guerrero, M. S. (2014). *Depresión a mujeres de 35 a 50 años, estudio realizado a en centros de atención a la mujer, en la ciudad de Retalhuleu* (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar.
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/22/Guerrero-Silvia.pdf>
- Huaynates, B. M. (2019). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa* (Tesis de postgrado). Universidad Nacional Federico Villareal.
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3489/UNFV_HUAYNATES_BALDEON MARIA LOURDES SEGUNDA ESPECIALIDAD 2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=y%20otros%204.3%25.-,Terapia%20cognitivo%20conductual,conductas%20y%20respuestas%20poco%20adecuadas.
- Hernández, S. M. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de Mexico.
<https://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>
- Jonis, M. y Llacta, D. (2013). Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país Lima, Perú. *Revista Médica Herediana* 24(1), 78–79.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n1/v24n1cedit1.pdf>
- Jurado, L. R. (2009). Técnicas para la instauración y/o disminución de conductas. *Granada*, 45(6), 1-10.
https://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20130131_ZTk0GRw5Izs40vSk8MvY_0.pdf
- Lanza, P. D. (2018). *Terapia Cognitivo Conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital*

Manuel Núñez Butrón Puno (Tesis de pregrado). Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú.

http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7128/Lanza_Pacheco_Dafme_Yovanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y

López, J. A. (2016). *Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto* (Tesis para optar por el título de especialista). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.

Maldonado, J. y Arévalo, G. (s/f) *Psicoeducación en Salud*.
<http://www.psicopedagogia.com/psicoeducacion-en-salud>

Morales, A. J. (2001). *La evaluación en el área de educación plástica y visual en la ESO*. UAB.

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5036/jjma08de16.pdf.PDF>

Morales, H. G. (2014) *Regulación emocional: concepto, estrategias y aplicación de relación de ayuda*. (Tesis de pregrado). Universit de Les Illes Balears
<https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/848/Compte%20Boix%20Almudena..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Navarro, M. M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente con depresión mayor*. (Tesis de maestría). Universidad del Norte.

<http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?sequence=1>

Núñez, P. M., y Palomino., C. M. (23 diciembre de 2019). *La salud mental en América Latina*.

<https://www.panoramas.pitt.edu/health-and-society/salud-mental-en-am%C3%A9rica-latina>

Organización Mundial de la Salud. (13 setiembre de 2021). *Depresión*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización mundial de la salud y Organización panamericana de la salud (2018). *Clasificación Estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10*. (10ma. Ed.) Washington, D.C.
<https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/cie10/volumen1-2018.pdf>
- Puerta, P. J. y Padilla, D. D. (2011). Terapia cognitiva conductual como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8 (2), 251- 257.
<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Quiroga, G. M. (2017). *Aplicación de Técnicas cognitivas conductual en un caso único de adolescente víctima de abuso sexual con trastorno depresivo*. (Tesis de maestría). Universidad del Norte.
<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7448/63529063.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (3), 261-270.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Rubio J. M. (2015). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso* (Tesis de maestría). Universidad Del Norte De Barranquilla, Barranquilla, Colombia.
<http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5818/11002369.pdf?sequence=1>
- Ruiz, A., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012) *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivas Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Salomón, I. P. (2018). *Trabajo académico de aplicación profesional en el ámbito laboral: “Caso clínico episodio depresivo leve”* (tesis postgrado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5748/PSSsaibpi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Samaniego, I., y López, L. (2020). Programa Terapéutico cognitivo conductual grupal y reducción de síntomas depresivos en una muestra de adolescentes que asisten al Centro de Atención Integral (CAI). *Revista Redes. Universidad Especializada de las Américas* 1(13), 113-124.
<https://revistas.udelas.ac.pa/index.php/redes/article/view/139/197>

Tamayo, T. M. (2017). *Técnicas de relajación muscular progresiva para disminuir la ansiedad originada por exámenes y aumento del rendimiento académico en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana*. (Tesis de maestría). Universidad San Martín de Porres.
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2669/tamayo_tm_a.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vargas, C. Z. (2009). La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación*, 3 (1), 155-165.
<https://www.redalyc.org/pdf/440/44015082010.pdf>

Vásquez, F. L., Muñoz, R. F., y Begoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. *Psicología conductual*, 8 (3), 417-449.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

VII. ANEXOS

Anexo A: Programación de actividades

DIA	TAREAS	TIEMPO (minutos)	NOTA DE AGRADO, al final de la actividad (1 -10)	NOTA DE ANIMO Al final del día (1 - 10)	OBSERVACIONES
LUNES					
MARTES					
MIERCOLES					
JUEVES					
VIERNES					
SABADOS					
DOMINGOS					

Anexo C:**Pautas de Higiene de Sueño**

1. No consumir cafeína al menos 5 horas antes de dormir.
2. Arreglar el dormitorio para que beneficie el sueño.
3. Practicar la técnica de relajación de forma diaria, antes de dormir.
4. Acostarse en la cama solamente cuando tenga sueño.
5. No usar la cama para otras actividades diferentes del dormir, salvo la acción sexual y/o leer o ver televisión (siempre y cuando ello ayude a conciliar el sueño).
6. Instaurar rutinas que muestren la cercanía de la hora de dormir, como la higiene personal, apagar las luces de la sala, cerrar las puertas, entre otras, estas acciones debe ser todas las noches y en el mismo orden.
7. Apagar las luces, seguido ir a la cama para dormir.
8. Si no puede conciliar el sueño (30 minutos después de acostarse), debe levantarse y dirigirse a otra habitación para realizar alguna actividad que le permita tranquilizarse como la relajación, hasta que se muestre cansada, luego retornar a su habitación para descansar.
9. Volver a realizar el paso 8 sino se le logra conciliar el sueño, hacer las veces que sean necesarias.
10. Recomendable no dormir la siesta por la tarde.

