



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN DEPRESIÓN MODERADA DE UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autor:

Gómez Díaz, Karla Estefany

Asesor:

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Carlos Ventura, David Dionisio

Correa Aranguren, Iris Gladys

Lima - Perú

2023





Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:	1A- Gómez Díaz, Karla Estefany- OFICIO N° 025-2023- OGGE -AS-FAPS-UNFV
Fecha del Análisis:	16/02/2023
Operador del Programa Informático:	Sofia Teresa Salazar Chamba
Correo del Operador del Programa Informático:	ssalazar@unfv.edu.pe
Porcentaje:	24%
Asesor:	Orlando del Rosario Pacherres
Título:	“INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN DEPRESIÓN MODERADA DE UNA MUJER ADULTA”
Enlace:	https://secure.arkund.com/old/view/151626480-549520-974279#FZA7bgQxDEPvMjURWJltyXuVYltgkQRTZJstg9w9bzCiPyRlqfN7/LyO27sN2QgwwZIZBWVcjavLEAM22CHnBYSZoMHW5Vv0rJLBstYFxKtobXoaE9aNb/PohtoXVfJBudwojox03/KgJkiAiePEsShuCwNC4k2MiZpliZRiBMVTRUMhF1TrenSnYog44SIQA2KJE dGaQwyYrhki5CwRj3RLaymVqVKrh0jUITIRqVMNDb/F52LA7ru

Jefe de la Oficina de Grados
y Gestión del Egresado:



Mg. JAIME DANIEL LLANCA OBISPO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN DEPRESIÓN

MODERADA DE UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación: Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

Terapia cognitivo conductual

Autora:

Gómez Diaz, Karla Estefany

Asesor:

Del Rosario Pacherres, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurados:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Carlos Ventura, David Dionisio

Correa Aranguren, Iris Gladys

Lima- Perú

2023

Pensamientos

“Para realizar una acción
positiva hay que mantener una
visión positiva”

Dalia Lama

“Las personas aprenden por ensayo y error y tú
no escapas a ese principio”.

Walter Riso

Dedicatoria

A mi madre que me apoya
En mi crecimiento personal

Agradecimientos

A Dios porque siempre está presente en nuestras vidas.

A mis maestros que me han enseñado Terapia Cognitivo Conductual en la Universidad Nacional Federico Villarreal durante mis años de formación de segunda especialidad. A mi asesor, de este estudio de caso, Orlando del Rosario Pacherres, por su paciencia y acompañamiento profesional en esta etapa.

Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de Tablas	viii
Índice de Figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
I. Introducción	1
1.1. Descripción del Problema	2
1.2. Antecedentes	4
1.2.1 Antecedentes nacionales	4
1.2.2 Antecedentes internacionales	6
1.2.3 Fundamentación teórica	7
1.2.3.1 Depresión	7
1.2.3.2 Síntomas de la depresión	8
1.2.3.3 Clasificación de la depresión	9
1.2.3.4 Modelo cognitivo de la depresión	10
1.2.3.4 Terapia cognitiva de Beck	12
1.3 Objetivos	12
1.3.1 Objetivo general	12
1.3.2 Objetivos específicos	12
1.4 Justificación	13
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	14

II. Metodología	15
2.1 Tipo y diseño de investigación	15
2.2 Ámbito temporal y espacial	15
2.3 Variables de la investigación	15
2.3.1 Variable independiente	16
2.3.2 Variable dependiente	16
2.4 Participante	16
2.5 Técnicas e instrumentos	16
2.5.1 Técnicas	16
2.5.2 Instrumentos	20
2.5.3 Evaluación psicológica	25
2.5.4 Evaluación psicométrica	40
2.5.5 Informe psicológico integrador	44
2.6 Intervención	49
2.6.1 Plan de intervención y calendarización	49
2.6.2 Programa de intervención	52
2.7 Procedimiento	71
2.8 Consideraciones éticas	71
III. Resultados	73
3.1 Análisis de los resultados de la evaluación psicológica	73
3.2 Línea base observacional (Fase A)	73
3.3 Línea base de tratamiento	79
3.4 Discusión de resultados	86
3.5 Seguimiento	89
IV. Conclusiones	91

V. Recomendaciones	93
VI. Referencias	94
VII. Anexos	103

Índice de Tablas

Tabla 1.	Diagnóstico funcional del caso	36
Tabla 2.	Análisis funcional de las conductas que refiere la paciente	37
Tabla 3.	Criterios según el CIE-10 para el episodio depresivo moderado	39
Tabla 4.	Resultados del registro de opiniones. Forma A	42
Tabla 5.	Plan de intervención y calendarización	49
Tabla 6.	Fase informativa	52
Tabla 7.	Fase de intervención. Sesión de intervención 1	53
Tabla 8.	Sesión de intervención 2	54
Tabla 9.	Sesión de intervención 3	55
Tabla 10.	Sesión de intervención 4	56
Tabla 11.	Sesión de intervención 5	57
Tabla 12.	Sesión de intervención 6	58
Tabla 13.	Fase de intervención. Sesión de intervención 7	59
Tabla 14.	Sesión de intervención 8	60
Tabla 15.	Sesión de intervención 9	61
Tabla 16.	Sesión de intervención 10	62
Tabla 17.	Sesión de intervención 11	63
Tabla 18.	Sesión de intervención 12	64
Tabla 19.	Sesión de intervención 13	65
Tabla 20.	Sesión de intervención 14	66
Tabla 21.	Sesión de intervención 15	67
Tabla 22.	Sesión de intervención 16	68
Tabla 23.	Fase de seguimiento: 17 y 18	69

Tabla 24.	Fase de seguimiento: 19	70
Tabla 25.	Registro de frecuencia de pensamientos, línea base, pretest	74
Tabla 26.	Línea base (A) registro de frecuencia y promedio de emociones pretest	75
Tabla 27.	Línea base (A) registro de intensidad de emociones, pretest	75
Tabla 28.	Línea base (A) frecuencia de las conductas problema, pretest	77
Tabla 29.	Línea base (A) promedio de las conductas problema, pretest	77
Tabla 30.	Registro de intensidad de la respuesta fisiológica, dolor de cuello, línea Base, pretest	78
Tabla 31.	Registro de la frecuencia y promedio de la repuesta fisiológica, llanto, Línea base pretest	78
Tabla 32.	Registro de frecuencia de pensamientos durante intervención	80
Tabla 33.	Línea base (B) frecuencia y promedio de emociones	81
Tabla 34.	Línea base (B) frecuencia de las conductas problema	81
Tabla 35.	Línea base de las conductas problemas según frecuencia	83
Tabla 36.	Línea base, fase B, según promedio de las conductas problema	83
Tabla 37.	Registro de intensidad de respuesta fisiológica durante intervención	84
Tabla 38.	Registro de frecuencia y promedio de respuesta fisiológica, durante Intervención	84

Índice de Figuras

Figura 1.	Representación de los resultados de la evaluación psicométrica	73
Figura 2.	Registro de frecuencia de pensamientos distorsionados, pretest	75
Figura 3.	Registro de frecuencia de las emociones, pretest	76
Figura 4.	Registro de frecuencia de la intensidad de las emociones, pretest	76
Figura 5.	Registro de frecuencia de las conductas problema, pretest	77
Figura 6.	Registro promedio de conductas problema, pretest	78
Figura 7.	Registro de intensidad de respuestas fisiológicas, dolor de cuello, pretest	79
Figura 8.	Registro de frecuencia y promedio de respuestas de llanto, pretest	79
Figura 9.	Registro de frecuencia y promedio de pensamientos distorsionados, Durante intervención	81
Figura 10.	Registro de frecuencia y promedio de emociones durante intervención	82
Figura 11.	Registro de intensidad de emociones durante intervención	82
Figura 12.	Registro de frecuencia de conductas problema, durante intervención	83
Figura 13.	Registro promedio de conductas problema, durante intervención	84
Figura 14.	Registro de intensidad de respuesta fisiológica, dolor de cuello, durante intervención	85
Figura 15.	Registro de frecuencia y promedio de respuesta fisiológica, llanto, Durante intervención	85

RESUMEN

La depresión es un trastorno de salud mental común. A nivel mundial, se estima que el 5% de los adultos padecen este trastorno. Se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras. El presente estudio de caso clínico tuvo como objetivo disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual en una paciente adulta de 43 años con depresión moderada. Los instrumentos y técnicas de evaluación utilizadas fueron la observación de la conducta, la entrevista psicológica, los registros de conductas, pensamientos y emociones; la Escala de Depresión de Beck, el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón, el Registro de Opiniones (Forma A). Asimismo, el Programa de Terapia Cognitivo Conductual contó con el desarrollo de técnicas tales como, psi coeducación, relajación muscular, ABCDE restructuración cognitiva, termómetro de ánimo, detención del pensamiento, distracción cognitiva, descubrimiento guiado, reforzamiento positivo, extinción, entrenamiento asertivo, acuerdo asertivo, ensayo conductual, programación de actividades. Se trabajó en base a un tipo de investigación aplicada, con diseño A-B. Los resultados mostraron una reducción en los síntomas depresivos de la usuaria, incluidos pensamientos, emociones y comportamientos negativos; al final de la fase de tratamiento se confirmó la eficacia de las técnicas utilizadas según el modelo cognitivo conductual de la depresión.

Palabras clave: distorsión cognitiva, modificación de conducta, trastorno depresivo

ABSTRACT

Depression is a common mental health disorder. Globally, an estimated 5% of adults suffer from this disorder. It is characterized by persistent sadness and a lack of interest or pleasure in activities that were previously rewarding and enjoyable. The objective of this clinical case study was to reduce depressive symptoms by applying a cognitive behavioral intervention program in a 43-year-old adult patient with moderate depression. The instruments and evaluation techniques used were the observation of the behavior, the psychological interview, the records of behaviors, thoughts and emotions; Beck Depression Scale, Million Clinical Multi-axial Personality Inventory, Opinion Record (Form A). Likewise, the Cognitive Behavioral Therapy Program included the development of techniques such as psychoeducation, muscle relaxation, ABCDE cognitive restructuring, mood thermometer, thought stopping, cognitive distraction, guided discovery, positive reinforcement, extinction, assertive training, agreement assertive, behavioral essay, activity programming. The work was based on a type of applied research, with an A-B design. Results showed a reduction in the user's depressive symptoms, including negative thoughts, emotions, and behaviors; At the end of the treatment phase, the efficacy of the techniques used according to the cognitive-behavioral model of depression was confirmed.

Keywords: behavior modification, cognitive distortion, depressive disorder

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la depresión es una enfermedad que afecta aproximadamente a 300 millones de personas y es la principal causa de dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias en todo el mundo. Se caracteriza por un estado de ánimo extremadamente triste, renuencia a participar en actividades, problemas físicos como fatiga, dificultad para dormir y cambios en el apetito (Belloch et al., 2008).

En la mayoría de los casos, el diagnóstico es clínico, pero debe diferenciarse de síntomas similares como los trastornos de ansiedad. Las personas con depresión pueden no estar tristes, pero pierden el interés y el disfrute de las actividades de ocio cotidianas y, con el tiempo, la experiencia se vuelve más tediosa y lenta. Su origen es multifactorial, pero cabe destacar factores como el estrés o incluso el consumo de determinadas sustancias y factores predisponentes como la genética o la regulación (Vernon y Doyle, 2018).

Además, para la OMS (2021), la depresión es un problema que afecta a la mayoría de las personas, con un estimado del 5% de los adultos en los cinco continentes, quienes vienen luchando contra esta enfermedad, mientras que la falta de tratamiento psicológico y psiquiátrico tiene como consecuencia el suicidio en los casos más graves. También indica que las mujeres son las que más sufren.

En ese sentido, se evidencia que en el Perú el Ministerio de Salud (2018) mostro índices de depresión que afectan más a las mujeres, donde existe un porcentaje del 10-25%. El MINSA (2018) ha impulsado la intervención y prevención de los trastornos del estado de ánimo como la depresión en su programa de promoción de la salud mental en los últimos años; por lo tanto, es importante conocer las herramientas y procedimientos empíricamente válidos que pueden ayudar a reducir los problemas, uno de los cuales es la intervención cognitivo-conductual, modelo que se ha demostrado en diversos estudios como ideal para el tratamiento de la

depresión (Flores, 2019).

El presente estudio de caso psicológico tuvo como objetivo general determinar que la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual disminuirá la sintomatología depresiva en una paciente adulta.

Finalmente, el trabajo está dividido de varios acápites, en el primero, denominado introducción, donde se enfatiza la descripción del problema, se mencionan los antecedentes de la investigación, el fundamento teórico de la depresión, el objetivo general y los objetivos específicos, la justificación e impacto de la investigación. En el segundo acápite se enfatiza en el método, donde se plantean el tipo de investigación, ámbito espacial y temporal, variable, participante, técnica e instrumentos de obtención de datos, instrumentos, técnicas de intervención, procedimiento y consideraciones éticas. En tercero se describen los resultados, describiendo en tablas y representando en figuras los resultados obtenidos por la evaluación psicológica y las líneas de base observacional, tratamiento y seguimiento, discusión de los resultados y seguimiento. En el cuarto acápite se discuten las conclusiones que dan respuesta a los objetivos específicos planteados; en la quinta parte se formulan algunas recomendaciones en función de las conclusiones planteadas. En la sexta parte se describen las referencias utilizadas para el presente trabajo y finalmente, en la parte séptima se refiere al anexo, donde se describen los instrumentos de obtención de los datos.

1.1. Descripción del problema

A nivel global, la OMS (2021) señalaba que alrededor del 3.8% de la población mundial presenta depresión, asimismo, considera que es la principal causa de discapacidad y predispone al sujeto a padecer otras enfermedades, las personas con trastornos mentales severos suelen morir entre 10 a 20 años antes que aquellos que no lo padecen, asimismo, genera pérdidas a nivel económico y es un factor de riesgo ante accidentes laborales.

Por otro lado, el National Institute of Mental Health (NIMH, 2021) estimaba que aproximadamente 17,3 millones de adultos estadounidenses tuvieron al menos un episodio de depresión mayor en 2017, lo que representa el 7,1 % de los adultos estadounidenses, y descubrió que es más común que la depresión en individuos de 18 a 25 años (13,1%) e individuos de dos o más razas (11,3%).

Aunque estos números muestran ser muy elevados a nivel mundial, en América Latina y el Caribe tienen amplias disconformidades en la atención de personas con problemas de salud mental, con una brecha promedio de 77,9%, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015), Ansiedad y trastornos por uso de sustancias en adultos, 73,9% de pacientes con depresión y 85,1% de pacientes con alcoholismo (Corea, 2021). En México, la depresión ocupa el primer lugar de incapacidad entre las mujeres y el noveno entre los hombres. Datos del Estudio Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) de México reportaban que el 9.2% de los mexicanos experimentan trastornos afectivos en algún momento de su vida, el 4.8%, doce meses antes de la encuesta.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud (2021) señalaba que el aumento de casos de personas que padecen depresión ha aumentado en un 12% desde la época prepandemia, así mismo, el señalaba que Lima es la región con más casos de depresión a nivel nacional. La depresión por sí misma ya es un problema que se debe intervenir, no solo por el malestar que genera al que lo padece, sino, porque afecta a los demás miembros de la familia en su dinámica y estructura, así como que está relacionado profundamente con el suicidio consumado, del total de muertes por suicidio en el Perú, el 20.3% son provenientes de Lima.

Además, el MINSA (2018) ya consideraba a la depresión como un problema de salud pública, ante lo cual se debe intervenir, es por ello, que ha tomado medidas y ha elaborado lineamientos para trabajar en ello en su plan de Salud Mental. Según señalan. Alrededor del 20.7% de la población mayor a 12 años presenta algún trastorno mental, asimismo, relevan que

aproximadamente 295 mil peruanos presentan dificultades para relacionarse con el resto de persona, esto debido a ideas, sentimientos o un comportamiento inadecuado.

1.2. Antecedentes

Luego de consultar numerosas bases de datos, archivos, revistas, tesis y artículos en la web, se encontraron los siguientes antecedentes:

1.2.1. Antecedentes nacionales

Dentro de nuestro contexto, se presenta el estudio elaborado por García (2021) cuyo objetivo fue reducir los síntomas de la depresión recurrente por medio de su intervención cognitiva conductual en una mujer adulta de 39 años proveniente del distrito de Comas - Lima. Para realizar la evaluación recurrió al inventario de Depresión de Beck II (IDB-II), al cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). El programa de intervención estuvo conformado de 17 sesiones, donde se emplearon técnicas de reestructuración cognitiva, psicoeducación, diálogo expositivo, modelado, etc. Los resultados muestran que el paciente, al cumplir con los objetivos del plan pudo reducir de manera significativa los síntomas depresivos, asimismo, manifestó un incremento de su funcionalidad a nivel persona, social y familiar.

Yánac (2022) ejecutó un plan de intervención con el fin de reducir la sintomatología depresiva en una mujer de 21 años, quien residía en el distrito de Los Olivos. La investigación fue aplicada, con diseño experimental de caso único, se siguió un modelo ABA, para la evaluación de la depresión empleo el cuestionario de depresión de Beck (BDI), el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de análisis clínico (CAQ). Empleó técnicas cognitivas y conductuales, tales como la relajación, detención del pensamiento, auto instrucciones y otras. Dentro de los resultados principales obtuvo una disminución de la sintomatología depresiva, aumento de las conductas funcionales y reestructuración de las distorsiones cognitivas.

Requena (2022) también realizó un estudio de caso, donde desarrolló una intervención

cognitiva conductual en una mujer de 29 años de Lima Cercado que presentaba síntomas depresivos, resaltaban sus sentimientos de culpa por la pérdida de un embarazo. Empleó autorregistros y entrevista como técnicas e instrumentos para recopilar la información, asimismo, utilizó el Inventario de depresión de Beck. El diseño fue experimental caso único ABA, empleando técnicas cognitivas y conductuales, cuyo resultado indicaron una disminución de la sintomatología depresiva posterior a la aplicación del tratamiento, por lo cual, se concluye la eficacia del tratamiento.

Taira (2022) desarrolló un estudio de caso, donde su objetivo principal fue la implementación de una intervención cognitivo conductual en un adulto de 23 años, en Lima Metropolitana con depresión moderada. El diseño fue experimental A-B, de alcance aplicativo. Los instrumentos empleados fueron el inventario de depresión de Beck (BDI), el inventario de personalidad de Eysenck, el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon. Para la intervención cognitiva conductual empleó la psicoeducación, autorregistros, técnicas de relajación, auto instrucciones y desarrollo de habilidades sociales. Los resultados mostraron disminución en los síntomas depresivos, por lo cual, la intervención fue eficiente.

Serrano (2022) desarrolló un programa de intervención cognitivo conductual en una mujer adulta de 32 años que reside en el Callao quien presentaba un diagnóstico de depresión moderada, la investigación tuvo un alcance aplicativo, diseño experimental de caso único ABA, empleo el inventario de personalidad de Eysenck forma B, el test de Inteligencia de Raven, el test de depresión de Zung, el inventario de depresión de Beck II (BDI-II). Las técnicas empleadas fueron de relajación, se desarrolló programación de actividades, técnica de dominio y agrado, actividades que promuevan las sensaciones agradables, también desarrolló entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas. Los resultados señalan que se produjo una reducción de los síntomas depresivos.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Berrío (2019) quien evaluó a una mujer de 31 años que reside en Miami, llevó a cabo un plan de intervención cognitivo conductual para un paciente con depresión, el alcance fue aplicativo, diseño experimental, caso único ABA. Para lo cual, empleó el inventario de depresión de Beck (BDI-II) y el cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9), realizó 13 sesiones estructuradas donde aplicó técnicas como el diálogo Socrático, ensayos conductuales, entrenamiento en solución de problemas con el objetivo de lograr la reestructuración cognitiva. Los resultados señalan que hubo una reducción significativa en las puntuaciones desde 22 y 18 en el BDI-II y el PHQ-9 a 13 en ambas escalas. El autor concluyó que la intervención brinda resultados relevantes para corroborar la importancia de la terapia cognitiva conductual en estos casos

Pauth (2019) quien realizó su investigación en Barranquilla-Colombia, desarrollo un plan de intervención para un paciente con trastorno depresivo y trastorno obsesivo compulsivo. El alcance fue aplicativo de diseño experimental, caso único ABA. Empleó técnicas como el cuestionamiento socrático, descubrimiento guiado, experimentos conductuales y también realizó el entrenamiento de habilidades sociales. Señala que al finalizar el programa los síntomas diana se habían reducido y aumentaron las conductas funcionales.

Acevedo y Gélvez (2018) realizaron una investigación en Colombia, donde elaboraron un plan de intervención para una mujer con depresión persistente, el programa estuvo conformado por 14 sesiones, para ello, emplearon un alcance aplicativo de diseño no experimental ABA. Utilizaron el inventario de depresión estado rasgo (IDER) y el inventario de depresión de Beck (BDI – II), asimismo empleó un registro de pensamientos distorsionados y formulario de creencias centrales. Los resultados mostraron que, durante el pretest se obtuvo una puntuación de 23 y en el post test tuvo 8, concluyendo que la intervención basada en estrategias cognitiva conductuales tiene efecto en la reducción de síntomas depresivos.

Navarro (2018), en Colombia, su investigación describió la eficacia de la intervención cognitiva conductual en un caso de trastorno depresivo, empleó el inventario de depresión de Beck (BDI-II) también realizó un análisis conductual para elaborar una línea base. El alcance de su estudio fue aplicativo de diseño experimental caso único ABA, asimismo, realizó 10 sesiones, la primera enfocada en entrenamiento de habilidades para la detección de pensamientos distorsionados, capacidad de regulación de emociones y posterior a ello realizó ensayos conductuales y auto instrucciones. Concluyo que la intervención cognitiva conductual es de gran eficacia para la reducción de síntomas depresivos.

Hernández et al. (2017) presentaron una investigación sobre la intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo. El trabajo expone la intervención con un paciente hombre de 33 años, originario de Tamaulipas, México, que sufrió un accidente laboral cuando manejaba una motocicleta y fue atropellado por otro vehículo, dejándole como secuela una discapacidad permanente, y a partir de entonces, depresión. La metodología usada fue el diseño de estudio de caso único, ya que reporta la intervención clínica para una problemática específica. La intervención se llevó a cabo en 10 sesiones de 50 minutos, con el objetivo de disminuir emociones como ira y tristeza a diario, problemas de sueño, y fatiga. Los resultados de las evaluaciones pre y post terapia muestran la disminución de la sintomatología depresiva, por lo que se concluye la eficacia del enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento del trastorno, en concordancia con otros estudios.

1.2.3. Fundamentación Teórica

1.2.3.1. Depresión. La OMS (2021) considera que la depresión es un trastorno mental que se caracteriza por un ánimo decaído intenso, asimismo, la frecuencia es mayor a diferencia de otros estados emocionales y limita al sujeto a realizar sus actividades diarias. Los síntomas y signos diversificados de depresión y su origen en humanos son diversos y, por lo tanto, no tienen una depresión exclusiva. Sin embargo, existe una idea global de que la depresión es un

estado de condición psicológica, caracterizado por lasitud, desaliento y fatigabilidad acompañado con frecuencia de ansiedad más o menos acentuada. La depresión definida en términos de sus raíces etimológicas proviene del latín depressus que significa abatido y derribado (Barradas, 2014).

Afirmaba García (2009) que la depresión es un trastorno mental que suele ser recurrente y provoca un estado de ánimo deprimido (tristeza) que suele ir acompañado de ansiedad y puede tener otros síntomas psiquiátricos.

La depresión se trata de un trastorno psíquico, viene acompañado de ansiedad y de otros síntomas psíquicos de sensación de vacío, inhibición, desinterés general, alteración en el sueño y apetito, además de una disminución en la comunicación y contacto social. Muchas veces también aparece el sentimiento de culpa, ideas de muerte hasta intentos de suicidio (Siverio y García, 2007).

Desde la perspectiva de Beck (1979) la depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se lo conoce como la tríada cognitiva. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde entonces con pasividad, resignada a no poder modificarlas.

1.2.3.2. Síntomas de la depresión. La depresión presenta síntomas que pueden estar ubicados en dimensiones o áreas que pueden ser identificables como la anímica, motivacional, cognitiva, física e interpersonal.

Anímica: existe un nivel de tristeza exacerbada, suele ser el síntoma más fácil de reconocer y suele generar más malestar que el resto de los síntomas (Klerman, 1987). También puede

manifestarse la irritabilidad constante, sensación de vacío, ante los cuadros más severos los pacientes consideran que no son capaces de experimentar emociones. Además, se experimenta una escasa o nula respuesta de satisfacción ante actividades que antes le generaban satisfacción (anhedonia), no basta con un síntoma afectivo para considerar que la persona presenta depresión, la anhedonia suele acompañar la tristeza profunda (Bello et al., 2009).

Motivacional: La persona con depresión suele experimentar inhibición de sus actividades, debido a que la motivación desciende, esto podría deberse al escaso placer que presentan al realizar sus actividades, además, este tipo de conducta suele experimentarse en conjunto de pensamientos de desesperanza, falta de control sobre su vida y pérdida del sentido de la vida. Las actividades diarias se convierten en retos que la persona prefiere evitar en ocasiones. La expresión más intensa de estos síntomas suele denominarse retardo psicomotor, donde los mimos movimientos del sujeto se reducen de manera significativa, cambiando su forma de hablar, gestos y expresiones; asimismo, también se puede llegar al estupor depresivo, el sujeto pierde movilidad y no se expresa (Bello et al., 2009)

Cognitiva: En función a las estructuras mentales, los sujetos presentan alteraciones en la memoria, atención y concentración, asimismo, rumiaciones e ideas distorsionadas negativas sobre sí mismo, el mundo y el futuro.

Física: Suelen presentarse alteraciones en el sueño, alimentación, fatiga constante, reducción de la libido y pérdida de peso, en ocasiones, se evidencia malestar corporal, cefaleas, estreñimiento y problemas visuales (Belloch et al., 2008).

Interpersonal: Los pacientes con depresión presentan dificultades en sus relaciones interpersonales, perciben rechazo y tienden a aislarse (Belloch et al., 2008).

1.2.3.3. Clasificación de la depresión. Existen manuales diagnósticos como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-5). El CIE- 11, señala que los trastornos depresivos se

caracterizan por un anómalo decaimiento del estado del ánimo, acompañado de síntomas cognitivos conductuales y neurovegetativos. Asimismo, sugieren una serie de criterios para diagnosticar la depresión y ofrece una clasificación de los diversos tipos de depresión colocar: **Depresión Leve.** Por lo general, la persona está triste y un poco decaída, no se interesada en las actividades cotidianas. Este estado de depresión muchas veces no se ve, los síntomas pueden variar dependiendo de la persona y de lo que esté experimentando. Aunque la depresión leve a menudo se manifiesta de manera funcional, puede empeorar los síntomas si no se trata (Gonzales, 2012).

Depresión moderada. Los síntomas presentes como la tristeza profunda, anhedonia o hipoabulia suelen afectar de manera significativa las actividades laborales, académicas y relaciones interpersonales, los síntomas son reconocibles con más facilidad, el sujeto experimenta ánimo decaído intenso, escaso disfrute de las actividades y disminuye su energía (Gonzales, 2012).

Depresión severa. Existe un constante y profundo estado de tristeza, la capacidad motriz se reduce de manera significativa limitando a la persona la capacidad para realizar las actividades cotidianas, asimismo, existe desesperanza y es común la ideación suicida (Gonzales,2012).

1.2.3.4. Modelo cognitivo de la depresión. Beck (2010) señala que la depresión es un estado anormal del ánimo, donde predominan esquemas cognitivos disfuncionales que limitan al sujeto en diversas áreas de su vida. Estas conclusiones surgen a través de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales. De los hallazgos se proporciona tres conceptos fundamentales para comprender la estructura psicológica de la depresión (Beck et al., 2010)

Triada cognitiva: Consiste en los patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. Para Beck et al. (2010), establecen lo siguiente:

Visión negativa de sí mismo: el paciente se percibe torpe, desgraciado, atribuye experiencias desagradables a sus defectos a nivel moral, físico y psíquico. Estima que no presenta características esenciales para alcanzar la alegría o felicidad.

Visión negativa del mundo: Le parece que el mundo tiene demandas exageradas o existen obstáculos insuperables que bloquean el cumplimiento de sus objetivos, interpreta sus acciones como derrota o intentos frustrados.

Visión negativa del futuro: Considera que su sufrimiento y dificultades continuar de manera continua e indefinida, por lo cual, los planes que elabore se verán frustrados. Solo estima que recibirá privaciones interminables, las expectativas acerca de sus tareas inmediatas suelen ser de fracaso.

Organización estructural del pensamiento depresivo (esquemas): Los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que funcionan como filtros de información, durante el día, en la realidad, existen diversos estímulos que el paciente filtra como negativos, determinan el modo en cómo el sujeto estructura sus experiencias, estos pueden estar inactivos durante mucho tiempo y activarse en un momento establecido (Beck et al., 2010).

Errores en el procesamiento de la información: Se presentan en el pensamiento que presenta la persona depresiva y validan los conceptos negativos que presenta el paciente a pesar de tener evidencia contraria (Beck et al., 2010).

1. Inferencia arbitraria, adelanta una conclusión sin evidencia aparente o con evidencia contraria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva, se centra en un solo detalle descontextualizándolo
3. Generalización excesiva, realiza una conclusión general a partir de dos hechos sin conexión aparente
4. Maximización y minimización, engrandece los efectos causados de manera negativa y suele minimizar los aspectos positivos del mismo

5. Personalización, se atribuye la responsabilidad o culpa de eventos negativos sin conexión aparente.
6. Pensamiento absolutista, suele emplear dos categorías para definir todo en buenos o malos, blanco y negro.

1.2.3.5. Terapia Cognitiva de Beck. En este punto se trabajará bajo los siguientes supuestos generales en los cuales se basa la terapia cognitiva (Beck, et al., 2010):

1. La percepción, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
2. Las cogniciones del paciente son el resultado de estímulos internos y externos.
3. El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
4. Estas cogniciones constituyen la corriente de conciencia o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
6. Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

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

1.3.2. Objetivos específicos

1. Disminuir las respuestas fisiológicas de dolor de cuello y llanto cuando, recuerda

el fallecimiento de su padre, por medio de la técnica de respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva.

2. Reducir los pensamientos distorsionados de culpabilidad, sobregeneralización y autocrítica para sustituirlos por pensamientos racionales a través de la técnica de autorregistros técnica del ABCDE de reestructuración cognitiva.
3. Disminuir las respuestas emocionales de tristeza, apatía y cólera a través de la técnica del termómetro de ánimo, y la técnica de reestructuración cognitiva ABC y distracción cognitiva.
4. Eliminar la conducta de permanecer encerrada en su cuarto, a través de la técnica descubrimiento guiado, extinción y reforzamiento positivo.
5. Eliminar la conducta de llamar a su hijo constantemente, en horario de trabajo porque se siente sola, a través de la técnica detención del pensamiento, extinción y reforzamiento positivo
6. Incrementar actividades agradables como salir con sus familiares y amistades a través de programación de actividades y la técnica de dominio y agrado.
7. Fomentar habilidades asertivas para comunicar sus sentimientos a través de la técnica de entrenamiento asertivo, ensayo conductual y acuerdo asertivo.

1.4. Justificación

Con el presente estudio de caso psicológico, se pretende generar una herramienta educativa para los profesionales que ingresan a la práctica clínica, a través del uso del modelado cognitivo conductual para identificar y reducir los síntomas depresivos y proporciona una serie de teorías conceptuales de estudio de caso para este propósito, como es el caso del trastorno depresivo, sus síntomas, modelo de evaluación, tratamiento y métodos específicos, esta información puede servir como guía para intervenciones profesionales adecuadas al paciente del

estudio de caso.

Con relación a la importancia práctica, el estudio brinda, utilidad clínica ya que utiliza un modelo terapéutico que aborda dos elementos principales de intervención: El primero, relacionado con las cogniciones y pensamientos, y el segundo, relacionado con los comportamientos que resultan de creencias irracionales. Es por ello que este estudio, pretende ser una guía de referencia para los profesionales que ingresan a la práctica clínica, ya que detalla el uso del modelo cognitivo conductual para identificar y reducir las manifestaciones de la depresión, y para ello, se presentan varias teorías conceptuales del estudio de caso. Con trastorno depresivo mayor: sintomatología, modelo de evaluación, tratamiento y métodos específicos; esta información puede servir como guía para intervenciones profesionales adecuadas al paciente del estudio de caso.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

La presente intervención tiene como propósito reducir el nivel de reacciones fisiológicas ,cognitivas y emocionales ante la depresión que afecta a la usuaria y lograr una sensación de bienestar, donde la examinada desarrolle pensamientos racionales, flexibles y saludables, haciendo que ella se perciba positivamente a sí misma, en relación a su entorno y a su futuro, de manera que le permiten disfrutar de sensaciones agradables en interacción afectiva con su familia y trabajar productivamente en su entorno laboral. Esta intervención es replicable porque se basa en procedimientos específicos y evidencia de cambio de comportamientos y cogniciones.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo aplicada, debido a que se ejecutó un programa de intervención con base empírica con el fin de mejorar los indicadores a explorar (Kerlinger y Lee, 2002).

El diseño de investigación es de tipo experimental porque el estudio buscó determinar el efecto de un programa de intervención basado en las terapias cognitivo conductual sobre un caso de una paciente con depresión (Hernández et al., 2014), correspondiendo propiamente a una investigación experimental aplicada, en donde un solo individuo es el propio control; buscando reducir los síntomas de la depresión a través de la terapia cognitivo conductual; considerando un método flexible usando diversos instrumentos para analizar la información. Además, se utilizó el modelo AB, pues según Silva (2020) menciona que el diseño A-B, que constituye dos fases: la fase A, que implica las observaciones de la línea base con el objetivo de ver la frecuencia natural de la conducta objeto de estudio y la fase B, donde se introduce la variable de tratamiento, para observar los cambios en la variable dependiente, atribuyéndose éstos a los efectos del tratamiento.

2.2. Ámbito temporal y espacial

El trabajo de intervención del caso psicológico se desarrolló en 16 sesiones (además de sesiones de entrevista, sesiones de evaluación; línea base observacional, línea base tratamiento) durante aproximadamente 4 meses, una vez por semana, con una hora de duración cada una de las sesiones, en los ambientes del puesto de salud, del distrito de Independencia en el Centro de Salud Tahuantinsuyo Bajo, Lima Metropolitana, Perú.

2.3. Variables de Investigación

2.3.1. Variable independiente

Programa de terapia cognitivo conductual. El programa de terapia cognitivo conductual

está conformado por una serie de técnicas que tienen como objetivo reducir el malestar a nivel psicológico y las conductas que producen desadaptación, esto mediante la modificación de los procesos cognitivos (Stallard, 2007).

2.3.2. Variable dependiente

Depresión moderada. Beck (1979) planteó que la depresión es un trastorno del pensamiento en el cual un individuo interpreta desfavorablemente la realidad, se considera inferior a los demás, cree que el futuro es desesperado y que el mundo exige demasiado de él, resultando en un estado de ánimo bajo y poca voluntad de actividad, pensamientos ocasionales de muerte. La definición operacional de la variable dependiente es que la depresión se evaluó a través de los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck versión II (Beck et al., 1996), analizado por Barreda (2019).

2.4. Participante

Mujer adulta de 43 años, natural de Lima, con estudios de secundaria completa, ocupación ama de casa y vendedora ambulante, estado civil soltera, tiene un hijo de 20 años de cuyo padre se separó cuando el niño tenía 2 años, actualmente vive en la casa de su madre con sus 6 hermanas, en el distrito de Independencia y acude al puesto de salud de Tahuantinsuyo por motivos de sentir malestar, sentir mucha tristeza en los últimos meses.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

Observación psicológica: La observación psicológica es una estrategia que permite obtener información directa del comportamiento verbal y no verbal de la paciente examinada. Está determinada tanto por la situación como por su interpretación subjetiva y las intenciones de los agentes. Se refiere siempre a un comportamiento dotado tanto de un sentido subjetivo como de

una significación social objetiva (Belmes et al. 2007).

Entrevista Psicológica: La entrevista psicológica es una técnica muy útil para la recolección de datos en la investigación cualitativa; se define como una conversación pautada con preguntas cerradas y abiertas que ofrece información con un propósito específico en la confección de la historia clínica psicológica. Es una herramienta útil para la comunicación interpersonal entre el evaluador y el evaluado con el fin de obtener respuestas orales a las preguntas formuladas (Díaz et al., 2013).

Técnicas psicoterapéuticas. Conjunto de procedimientos que tienen como objetivo, crear, incrementar, debilitar, extinguir, mantener y fortalecer las conductas intervenidas. A continuación, se detallan las siguientes técnicas:

- **Psicoeducación:** Según Camacho (2003), la psicoeducación es una breve introducción al modelo usando la teoría, dar al paciente información sobre su diagnóstico, problemas y opción de tratamiento. Útil en las diversas situaciones que busca mejorar la adherencia al tratamiento, que es fundamental para la eficacia del tratamiento.
- **Relajación muscular:** Diseñado para la relajación muscular profunda, enseña a los sujetos a reconocer el nivel de tensión muscular en diferentes partes del cuerpo. Los sujetos desarrollan gradualmente la capacidad de lograr una relajación muscular profunda y una reducción de la tensión fisiológica que es incompatible con los sentimientos subjetivos de ansiedad (Castro y Macías, 2010).
- **Respiración diafragmática:** La respiración diafragmática es el tipo de respiración específica que más se ha difundido en la clínica psicológica. El entrenamiento se realiza colocando la mano derecha en el estómago entre la última costilla y el ombligo, y la mano izquierda sobre el pecho, la persona se concentra para usar el diafragma durante la respiración, haciendo que la mano ubicada en el estómago suba más que la del pecho (Puerta y Cruz, 2003).

- **Autorregistros de pensamientos de distorsionados:** La técnica está basada en la idea de que tanto las emociones como las conductas de un individuo son producto de las creencias que posee y de la interpretación que haga de la realidad (Cabezas y Lega, 2006).
- **Técnica del ABCDE de Restructuración cognitiva:** Este modelo postula que cada situación vivida por una persona (A – evento) activa creencias individuales (B – interpretación) y consecuencias (C) emocionales, conductuales o fisiológicas. A través del Modelo ABC, las participantes pudieron identificar sus creencias y evaluar su funcionalidad en el contexto en el que están inseridas (Habigzang, 2019). Para la modificación de las creencias irracionales se emplean los autorregistros, se añade la sección, D (cuestionamiento de la creencia irracional) E (creencia racional alternativa).
- **Termómetro del estado de ánimo:** El uso del termómetro del estado del ánimo permite generar un registro de intensidad en situaciones que generan un conflicto emocional en el individuo (Ortega y Climent, 2004).
- **Entrenamiento asertivo:** En el enfoque cognitivo, el comportamiento asertivo implica expresar directa y honestamente las propias creencias, sentimientos y deseos, hacer valer los propios derechos y respetar los derechos de los demás. La necesidad de incluir cuatro programas básicos en el entrenamiento de la asertividad: aprender la diferencia entre asertividad y agresión, ayudar a identificar y aceptar los derechos de uno mismo y de los demás, reducir las barreras cognitivas y emocionales para la acción asertiva y reducir los pensamientos irracionales, la ansiedad y la culpa y desarrollar habilidades de asertividad mediante la práctica de estos métodos. Tal autoconciencia se basa en la ausencia de ansiedad en situaciones sociales para poder expresar sentimientos, pensamientos y acciones (Gaete y Galvanovskis, 2009).
- **Ensayo conductual:** Dentro de la sesión terapéutica, el paciente practica con apoyo del

terapeuta conductas que no ha logrado concretar o no ha desarrollado de manera idónea, estas tienen como finalidad preparar al paciente para que él las ejecute luego (Díaz et al. 2017).

- **Distracción cognitiva:** Por medio de la relajación, la imaginación o una actividad agradable, se busca reducir la intensidad de una emoción al desatender el malestar y enfocar la atención en otra actividad (Díaz et al., 2017).
- **Técnica de acuerdo asertivo:** Esta técnica busca resolver un conflicto por medio de ceder ante un problema. Durante una discusión, se le otorga la razón al interlocutor, sin embargo, se le hace hincapié en el error cometido, con el fin de no rechazar la acción ni culpabilizarlo (Díaz et al., 2017).
- **Retroalimentación:** Se brinda información contingente acerca de la conducta realizada, con el fin de brindar comentarios positivos sobre los aprendizajes y realizar observaciones sobre lo que aún está en desarrollo (Díaz et al., 2017).
- **Técnica de dominio y agrado:** Esta técnica consiste en planificar con los pacientes una serie de actividades para ocupar su tiempo. El objetivo es contrarrestar la escasa motivación de los pacientes, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Además, mediante la valoración del dominio (grado de ejecución) y agrado (sentimientos de placer, diversión o alegría), de cada una de las actividades, se trabajan las creencias sobre inutilidad y pérdida del disfrute (Benedito et al., 2004).
- **Detección de pensamientos:** Es un método que, a demostrado efectividad a la hora de parar algunos tipos de pensamientos, pensamientos que está afectando a la paciente por un hecho pasado (Díaz et al., 2017).
- **Descubrimiento guiado:** Aquella técnica tiene como fin, que el paciente observe sus dificultades desde múltiples representaciones, como efecto el terapeuta plantea cuestionamientos que ayuden al paciente a lograr aquel descubrimiento, por lo cual

tiene que llegar, pero sin imposiciones, dicho, en otros términos, el mismo paciente quien con sus asociaciones y argumentos alcance a aquel espacio. (Risueño, 2018)

- **Programación de actividades.** Con apoyo del terapeuta se realiza una jerarquía de actividades, donde el sujeto medirá del 0 al 5 el grado de dominio y agrado de cada una, se iniciará con la más sencilla y se aumentará la dificultad, con ello, se busca que el sujeto tenga control sobre sus actividades y 30 pueda gestionar acciones que ha dejado de realizar o no realizó antes (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017).
- **Extinción:** En la extinción, la persona emite una conducta previamente reforzada, pero dejan de presentarse el/los reforzadores/es contingente/s a la misma; como consecuencia, la conducta disminuye o desaparece (Díaz et al., 2017).
- **Reforzamiento positivo:** Es un proceso del refuerzo, donde se presenta un estímulo positivo luego de realizar una conducta esperada con el fin de aumentar la probabilidad de repetición de la conducta elegida, para ello el estímulo positivo es denominado reforzador, el cual debe ser del agrado del paciente (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017).
- **Autoreporte:** El que los pacientes desarrollen esta habilidad es algo muy necesario, puesto que no solo será beneficioso durante la terapia sino también después de ella; estos son registros diarios de los diferentes acontecimientos que le van sucediendo al paciente, nos sirve para evaluar sus conductas, así como para brindar información de los refuerzos sociales y de aspectos del ambiente que pueden ser útiles durante el tratamiento. (Beck et al., 2010).

2.5.2. *Instrumentos*

1. **Registro de Opiniones Forma A.**

Ficha técnica

Nombre : Registro de Opiniones Forma A.

Autores : Martha Davis, Mckay y Elizabeth Eshelman. (1982)

- Adaptación : Guzmán (2009)
- Año : 1982, 1987 (versión modificada), 2012.
- Objetivo : Poner de manifiesto las creencias irracionales particulares que contribuyen, de forma encubierta, a crear y mantener desajustes emocionales y conductuales.
- Materiales : Manual, cuadernillo y hojas de respuesta.
- Administración : Para adolescentes y adultos que hayan cursado y aprobado por lo menos un año de instrucción secundaria.
- Escalas : Conformado por 6 escalas.

La validez de contenido está determinada por el criterio de 6 jueces; profesionales reconocidos y experimentados en el uso de la terapia conductual emocional-lógica; determine el coeficiente V de Aiken para 6 subescalas entre 0,92 y 0,98 y 0,95 para la prueba completa. Este resultado nos permite concluir que, para los jueces encuestados, los ítems sugeridos son consistentes y consistentes con las variables medidas: creencias irracionales. (Guzmán, 2009). En relación con la confiabilidad, diremos que el ensayo se aplicó a una muestra piloto de 276 adolescentes de ambos sexos de 14 a 18 años de la jurisdicción de Lima Oriental. Pertenecen a ambientes sociales bajos y medio- bajos (zonas C y D) y tienen diferente nivel educativo entre 3° y 5° grado de secundaria. Se encontró que el alfa de Cronbach era de 0,61, lo que se considera aceptable para medir este tipo de variables y para su uso en estudios de grupos significativos. (Guzmán, 2009).

2. Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Ficha técnica

- Nombre : Inventario de Depresión de Beck versión II
- Nombre original : Beck Depression Inventory II (BDI - II)

Autores : Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown
Año :1996
Objetivo : Evaluar la intensidad sintomatológica de la depresión
Adaptación al español: María Elena Brenlla y Carolina M. Rodríguez (2006)
Adaptación al Perú : Barreda (2019)
Tiempo de aplicación :15 minutos
Administración : Individual y colectiva
Ámbito de aplicación : Población en general y clínica
Edad de aplicación :13 años en adelante
Total, de ítems :21

En cuanto a la validez, la segunda versión, se aumentó la validez de contenido porque sus entradas contenían todos los criterios del DSM-IV, lo que sería una de las objeciones comunes a la validez de la prueba de contenido del artículo. En cuanto a los valores, la correlación entre el BDI-II y otras medidas de depresión osciló entre 0,55 y 0,96 para las personas con enfermedad mental y entre 0,55 y 0,73 para las que no padecen este trastorno. Correlación con la Escala de Calificación de Depresión de Hamilton (Ham-D) para personas con enfermedad mental, los valores van de 0,61 a 0,86; La Escala de Autoinforme de Depresión de Zung (SDS) calcula valores de 0,57 a 0,86; con el Subgrupo de Depresión del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL- 90), la tasa fue de 0,76; La subescala del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota Para la depresión (MMPI-D) fue de 0,60 y la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) fue de 0,60 (Barreda, 2019).

El BDI-II discrimina entre pacientes con trastorno depresivo mayor y pacientes con trastorno depresivo mayor, entre pacientes con trastorno depresivo mayor y pacientes con trastorno depresivo mayor, y entre pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes con trastorno depresivo mayor. Sin embargo, el BDI-II no distingue entre diferentes

depresiones, sino entre dimensiones de la depresión. Los estudios de análisis factorial han identificado diferentes factores para cada población, aunque algunos coinciden en que un factor es la actitud negativa hacia uno mismo, otro factor es la dificultad para realizar funciones y un tercer factor está relacionado con la incomodidad física (Beck et al., 2010).

En nuestro país, Barreda (2019) presentó evidencias psicométricas y actualizaciones de instrumentación sobre validez de contenido evaluadas por juicio de expertos consultados por cinco psicólogos especialistas en el diagnóstico de depresión. Se obtuvo el coeficiente de validez de contenido de Aiken, el valor fue de 0,99 y se obtuvieron ítems 100% válidos. Para la validez de constructo se utilizaron las pruebas de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0,95$) y de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 3603,2$, $p < 0,001$), y se aceptaron modelos factoriales. Datos de muestra del BID II para el estudio. El análisis factorial exploratorio reveló por primera vez dos factores, el primer factor incluyó 19 ítems (42,14% de varianza explicada) y el segundo incluyó solo los ítems 16 y 18 (6,32% de varianza explicada), cambios en el patrón de sueño y cambios en el apetito. aunque también se incluye en el factor 1 para saciedad superior a 0,40. Por lo tanto, se puede concluir que los resultados del análisis factorial no pueden refutar la literatura previa, ya que el instrumento mide solo una dimensión de depresión general para muestras clínicas.

Con relación a la confiabilidad, la consistencia interna osciló entre 0,73 y 0,95 en el estudio original examinado. En una evaluación de 500 pacientes ambulatorios de servicios psiquiátricos, los autores observaron un coeficiente alfa medio de 0,87 para el BDI y de 0,92 para el BDI-II. Para intervalos de tiempo cortos de una semana, la confiabilidad test-retest está entre 0.81 y 0.83 (Beck et al., 1996). Barreda (2019) evaluó su confiabilidad en mi país con 400 sujetos atendidos en un ambulatorio de un hospital especializado en salud mental de Lima. Se determina el método de consistencia internalizante y se calcula el coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor es de 0,93, lo que indica una alta confiabilidad de la escala.

3. Inventario clínico Multiaxial de personalidad de Millon – MCMI II.

Ficha técnica

Nombre	: Inventario clínico multiaxial de personalidad de Millon – MCMI IIA.
Autores	: Theodore Millon
Adaptación	: Delgado (2016)
Año	: (1999)
Objetivo	: Tiene como finalidad la evaluación de la personalidad para la toma de decisiones de tratamiento sobre personas con trastornos de la personalidad y dificultades emocionales e interpersonales
Materiales	: Manual, cuadernillo y hojas de respuesta.
Administración	: La aplicación es individual y colectiva, siendo el rango de aplicación de 18 años en adelante; con una duración de tiempo variable, entre 30 a 40 minutos
Escalas	: Consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso. Los diferentes aspectos de la personalidad patológica son recogidas en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez; 10 escalas básicas de personalidad; 3 escalas de personalidad patológica; 6 síndromes clínicos de gravedad moderada; y 3 síndromes clínicos de gravedad severa. De uso clínico.

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

El coeficiente de Alfa, también llamado consistencia interna, fue validado, el inventario posee un alfa de Cronbach, oscilado entre 0,74 y 0,82, lo que señala que los elementos de las escalas cubren una determinada área (Solís, 2007).

2.5.3. *Evaluación psicológica*

Datos de filiación

Nombres y apellidos : Paola C. D
 Sexo : Femenino
 Edad : 43 años
 Lugar de nacimiento : Lima
 Fecha de nacimiento : 21/03/1979
 Estado civil : Soltera
 Hijos : uno
 Padres : Madre de 85 años
 Hermanos : 8 (7 mujeres y un varón)
 Lugar entre hermanos : séptima
 Grado de instrucción : Secundaria completa
 Ocupación : Vendedora ambulante
 Condición laboral actual : Sin trabajo desde el 2020
 Religión : Mormona
 Domicilio : Distrito de Independencia
 Informante : Paciente
 Referido por : María (8va., hermana)
 Entrevistadora: : Karla G.
 Fecha de 1era entrevista : 11/03/2022

Número de entrevistas : 18, 25 de Marzo, 1,8, 15 y 18 Abril, 9 Mayo y 13 de Junio del 2022.

Observación general. Paciente adulta, de contextura delgada, de tez blanca, cabello lacio, color negro y ondeado. Viste acorde a la estación y presenta un adecuado estado de higiene y aliño personal. Al ingresar a la primera entrevista lo hizo con una marcha lenta. Su postura fue erguida, pero con la cabeza encorvada. Al inicio de la entrevista se mostró con mirada hacia abajo, pero conforme fueron pasando los minutos, su contacto visual ojo - ojo fue más continuo,

expresándose con un tono de voz baja y respondiendo con lenguaje poco fluido a las preguntas que se le formulaban, sin embargo, se mostró atenta a las preguntas y enunciando sus dudas, además durante el proceso de evaluación señala que “necesito ayuda profesional”. En el transcurso de las sesiones, se fue mostrando más atenta y con lenguaje fluido.

Problema actual. Respecto al problema actual, la paciente refiere “hace tres meses, que no trabajo debido a la pandemia y dicha situación “me de cólera” (8/10) porque no cuento con un ingreso económico para ayudar a pagar los gastos de servicios (agua, luz, cable, arbitrios municipales, impuesto predial, gas, entre otros, ya que, comparto un ambiente en la casa de mi madre donde vivo con mi hijo. Me siento “triste” (9/10) porque siempre está “recordando experiencias del pasado o cuando observa las fotos que están en cuadros colgados en los ambientes de la casa” además presenta dolor de cuello todos los días, con una intensidad de dolor (9/10). En el desarrollo de las actividades diarias, se muestra cansada y apática (7/10), desmotivada. Estas situaciones se presentan durante el día y casi todos los días de la semana.

Así mismo, manifiesta que permanece encerrada en su habitación asimismo refiere “estoy sola porque casi siempre mis hermanas me están recriminando sobre obligaciones económicas y que ellas tienen que asumirlos” porque la paciente no tiene dinero. Ante este hecho, no sabe que decir, se queda callada y a veces lo que aporta no es suficiente para cubrir todos los gastos, sin embargo, señala “me tocan la puerta, para salir y estar con ellas, pero ellas no me entienden”

Cuando está sola en su habitación, no hace nada más que pensar sobre la situación que vive día a día. Sus pensamientos son persistentes y están referidos a:” mis hermanas no me buscan, me dejan sola; “mi madre no me supo demostrar su amor”; “soy una mala madre”; “no sirvo para nada”; “nunca conseguiré trabajo”. Esto se presenta con una frecuencia de 7 a 10 veces todos los días asimismo presenta llanto.

Mientras permanece en su habitación encerrada pensando y llama a su hijo por teléfono

entre 8 a 10 veces todos los días, en el horario de trabajo, quien casi siempre le contesta y le escucha sus quejas, refiriéndole que ya no llore, que este tranquila, etc.

Señalaba que le cuesta trabajo levantarse de la cama, se siente cansada, sin ganas de hacer nada, sin embargo, refiere “me levanto de mi cama, pese a que me siento desganada, para preparar el desayuno temprano (5:00 am) a mi hijo Fredy de 20 años, porque tiene que entrar a trabajar como “Guachimán” a las 7:00 am y sale de su trabajo a las 7:00 pm de lunes a sábado, llegando a casa a las 9:00 pm aproximadamente porque tiene que movilizarse hasta el distrito de Ate y el tráfico a esas horas es bastante cargado.

Llama a su hijo por teléfono inclusive los domingos porque sale a jugar pelota a partir de las 12:00 am con sus amigos hasta las 5:00 pm en un promedio de 4 veces, el cual se “molesta” indicando que ya viene a casa.

Cabe indicar que su hijo tiene un ingreso de sueldo mínimo y le asigna entre 250.00 nuevos soles a 300.00 nuevos soles mensuales para cubrir los gastos en general, cantidad que solo alcanza para cubrir los gastos de alimentación

Desarrollo cronológico del problema. Usuaría refiere “Mi papá falleció cuando yo tenía dos años, no lo conocí, mi mamá tomaba este suceso como “normal” y mis hermanas tampoco me prestaban atención. Mi madre me tuvo a los 46 años y como quedó viuda, a los 48 años, un año antes nació mi última hermana (Octava hermana). Frente a este hecho me dejaba de lado con mis tres hermanos mayores (Eugenia, Teófila y Alberto).

Cuando estudiaba en la primaria salía a actuar, a bailar, me encantaba bailar, solía ser extrovertida, bailar fue mi desfogue, disfrutaba hacer eso, desde muy niña me ha gustado bailar. En cuanto a los estudios del nivel de secundaria señala que actuaba en las actuaciones del colegio, sus hermanas eran quienes le apoyaban, en dicha etapa narra que la relación con su madre era similar que cuando era niña, no le prestaba atención. Recuerda que no era tan estudiosa, pero, nunca repitió de año. No iba a las discotecas porque su madre y hermanas no la dejaban salir.

Pero asistía a reuniones familiares y le gustaba bailar mucho con primos y tíos.

Asimismo, refiere “mi mamá seguía distante”, posiblemente, porque tenía que estar trabajando todo el día para poder brindar las comodidades básicas para la familia, donde estaba conformada por ella y sus 8 hijos. Finalmente, mis hermanas se ocupaban de mí. Al término de sus estudios de la secundaria a los 16 años, quería trabajar y ayudar a su madre de forma económica. Respecto a sus estudios superiores ingreso a la Senati, pero no culminó la carrera de arte y diseño gráfico, quedándose en el cuarto ciclo de la carrera, porque no deseaba estudiar, señala “ingresé porque mi hermana mayor llamada Eugenia me matriculó en esa carrera”. Luego de ello permanecía en casa de su madre, ayudando a sus hermanas a cuidar a sus hijos, “yo era quien lavaba los pañales, atendía a mis sobrinos y hacía las tareas del hogar”.

A los 17 años comienza a trabajar de forma independiente y separarse de su familia, indica “fue allí donde logré sentirme más tranquila, me gusta trabajar, siempre me ha gustado hacerlo, incluso trabajaba desde casa, nunca había dependido de nadie”.

A los 18 años conoció al padre de su hijo, por medio de un amigo en una discoteca. Desde el inicio de la relación hubo dificultades, refiere “yo de terca seguí con él, me puso la mano muchas veces es más cuando mi hijo nació las cosas no cambiaron, y cuando mi hijo tenía dos años me separé de él”. “Me salí joven de casa y eduqué sola a mi hijo, él ahora es mi soporte”.

A los 22 años regreso a vivir a la casa de su madre con su hijo, porque tenía problemas económicos, pero continuaba sintiéndose preocupada porque el padre de mi hijo no me pasaba una pensión alimenticia. Debido a este problema sentía el rechazo de su madre, sin embargo, ella empezó a acercarse a su madre a pesar de sus rechazos. Había momentos, en que la madre conversaba con ella y se sentía bien, pero había momentos en que madre le recriminaba exigiéndole apoyo económico para los gastos del hogar.

En julio 2019 trabajaba cuidando a un niño autista, pero desde que se inició la

cuarentena señala “me sentía incomoda, mal, de no poder trabajar las cosas me abrumaban.” Es en esos momentos que se sentía sola e incomprendida, lloraba, gritaba, oraba y pensaba lo injusto que eran con ella, “solo cuando lloraba me desahogaba sintiendo una poco de tranquilidad”.

En diciembre del 2019 continuaba sintiendo tristeza y miedo por esta situación de la pandemia, lloraba, sin embargo, refiere “un día gracias a mi hijo conocí el tiktok (red social), me enseñó hacer videos tiktok y eso hizo que me olvide temporalmente la situación de la cuarentena porque estaba muy deprimida”.

En marzo del 2020 trabajo en una juguería durante 3 tres meses, pero la dueña decidió cerrar la juguería porque no generaba ganancias. A la fecha ella y sus hermanas se turnan los días para cuidar a su madre de 89 años, sin embargo, continúan los problemas con su madre “mi mamá se ha vuelto muy especial, ella quiere irse a la calle, pega, te pone la mano encima, yo y mis hermanas le hablamos de que debe comprendernos, pero no entiende, hay días en que me dice quién soy yo, no me conoce”, esto es explicado porque sufre de demencia senil.

Actualmente sigue sintiendo tristeza y refiere “me gusta mi tranquilidad, mi espacio, estar en mi cuarto y trabajar”, “no puedo soportar estar sin trabajar”. Asimismo, no trabaja, apoya obligada en las tareas de la casa.

Tratamientos psicológicos, psiquiátricos y otros previos. La paciente refiere que no recibió tratamiento a su problema. Ha tenido algunos procesos de gripe lo cual lo curaba con medicación recomendada por farmacéutico. Respecto a su dolor de cuello, suele frotarse con algún ungüento que en farmacia le recomendaban, aliviando un poco su dolor.

Opinión del paciente sobre su problema. Refiere “que sus problemas antes mencionados le dificultan su tranquilidad”. Atribuye que su estado emocional es producto de muchos meses de incertidumbre respecto a la falta de medios económicos y de allí su desesperación por sentirse útil, trabajando para cumplir con sus obligaciones”. Así mismo, le inquieta el hecho de que para sentirse bien tomará algún tiempo.

Expectativas al tratamiento. Señalaba que confía que logrará una mejoría con la ayuda de la terapeuta, de su hijo, de su hermana María y hermano Alberto. Espero que, con el tratamiento, mejore las relaciones con mis otras hermanas y realmente vivir en familia”.

Historia personal

Madre salió gestando a la edad de 46 años, tuvo anemia por lo que llevó tratamiento suplementario, se sintió avergonzada por reclamo de hija debido a la edad de salir gestante. Paciente nació por parto normal. Tuvo una lactancia de menos de seis meses de duración. Paciente empezó a caminar al año, refiere que era inquieta, no refiere haber tenido dificultades en la adquisición del lenguaje y desarrollo de su motricidad. Sus seis hermanos se hicieron cargo de ella y de su última hermana María. Desde que ella tiene uso de razón por encargo de la madre quien trabajaba para mantenerlos. Le enseñaron a obedecer y a mantenerse aseada y limpia, a apoyar en las tareas del hogar, entre otras cosas.

Actitudes de la familia frente al niño. Paciente refiere que los miembros de su familia decían que era una niña inquieta, tuvo que aprender a ser independiente, porque hermanas le enseñaron a cocinar debido a que su mamá tuvo un “trastorno emocional” cuando ella tenía la edad de 8 años, por eso desde los 9 años aprendió a cocinar, tuvo como responsabilidades el cuidado y crianza de sus sobrinos, jugaba con su hermano en casa, a ludo y a las chapadas, no salía a la calle.

Educación. Inició su escolaridad a la edad de 4 años en el nivel inicial, en una institución educativa privada cercano a su casa. A los 6 años en el nivel primaria en la I.E. 7049, en el distrito de Independencia sin ningún problema porque sus hermanos estaban pendientes de ella. Solía participar en su aula en las actuaciones que se hacía en la institución educativa de los días festivos cívicos durante el año escolar. Estudió la secundaria en la I.E. República de Colombia, en el distrito de Independencia, siendo una alumna con un rendimiento académico “regular” entre 12 a 15 de nota. Siempre participaba de las actuaciones cívicas del colegio apoyada por

sus hermanos mayores. A insistencia se su hermana mayor ingresó al Instituto Superior SENATI a los 17 años, donde estudio 2 ciclos de 6 ciclos que tenía que estudiar en la carrera técnica de arte y gráfico publicitario, sin embargo, no finalizo estudios por motivo de trabajo.

Historia de trabajo. A los 17 años trabajó en una imprenta y su último trabajo fue como empleada de hogar, pero por la pandemia no puede retomar el trabajo (2020).

Información sobre el sexo. Paciente se identifica con su género, su menstruación fue a la edad de 13 años, información que obtuvo de parte de sus hermanas mayores e inició su vida sexual a los 21 años.

Historia sexual. Paciente refiere que tuvo poco conocimiento acerca de la sexualidad por parte del colegio, lo que se brindaba e informaban los profesores en clase. De parte de su familia sus hermanas mayores le informaban sobre ello.

Educación religiosa. Paciente proviene de una familia mormona, fue bautizada a la edad de 13 años. Sin embargo, muy pocas veces asistía a las reuniones de la iglesia.

Relaciones interpersonales. Desde su infancia hasta la juventud, se consideraba extrovertida, sociable jugaba con hermanos y amigos del barrio. La participación en las actuaciones le ayudo a tener amigos en el colegio. Ya en la etapa de adulta es menos extrovertida, porque tenía que cuidar a su hijo y apoyar en las tareas de la casa, lo cual influía en la frecuencia de relacionarse con sus amigos. Además, a partir de la pandemia y con el inicio de sus temores, inseguridad, disminuyo la frecuencia de salir de su casa y con más razón de interactuar con las personas del vecindario.

Actitud frente al sexo opuesto. Paciente refiere que suele ser un poco tímida al inicio en relacionarse con personas del sexo opuesto. Posteriormente, debido a los maltratos recibidos por su primera pareja, su actitud cambio hacia ellos, haciéndola más desconfiada y a estar a la defensiva, lo cual influyo en sus futuras relaciones de pareja.

Enfermedades. Paciente no refiere enfermedades graves. Ha presentado malestares comunes

generados por la gripe, generalmente, los cuales los controlaba a través de la automedicación y yerbas naturales.

Historia familiar

Padres. La mamá se llama Justina NN, con una edad de 89 años, natural de Huancavelica, con un nivel de educación Primaria incompleta (Cuarto año), vino a Lima a los 17 años, conviviente a los 18 años, con 8 hijos (7 mujeres y un varón), siendo su ocupación vendedora del mercado de Independencia, con un horario de 4 a 5 am hasta las 6 pm. Su religión es mormona. Sus características personales, corresponden a una persona muy impaciente por situación económica y encaminada solo en trabajar. Desde que tiene uso de la razón, madre ha sido quien ha dirigido el hogar, exigente con todos, sobre todo con los hermanos mayores (Eugenia, Teófila y Alberto), quienes se quedaban al cuidado de los hermanos menores. Durante la niñez de la paciente madre se mostraba susceptible por cualquier cosa que no estaba como ella quería y castigadora por las cosas que no obedecían o no lo hacían como ella quería. Paciente refiere que no recuerda haberla visto llorar. La relación con la paciente ha sido distante y estaba dedicada más a lo que tenía que hacer y comprar al día siguiente. Su trabajo era de todos los días inclusive los domingos.

El papá se llama Rodolfo NN, mayor por un año de Justina, (en la actualidad tendía 90 años) murió a los 49 años en accidente de tránsito, natural de Huancavelica, con un nivel de educación Primaria completa, vino a Lima a los 15 años, conviviente a los 19 años, con 8 hijos (7 mujeres y un varón), siendo su ocupación vendedora del mercado de Independencia, con un horario de 4 a 5 am hasta las 6 pm. Su religión es mormona. Sus características personales, corresponden a una persona tranquila dedicado solo a trabajar. Padre murió cuando la paciente tenía dos años y no se acuerda realmente de él, solo se acuerda de lo que sus hermanos mayores le referían Padre tomaba poco alcohol y disfrutaba de las reuniones folclóricas que realizaban anualmente en la zona donde viven.

La primera se llama Eugenia de 69 años, natural de Lima, con primaria completa, se dedicaba a la venta de productos, de religión mormona, casada con tres hijos, y 7 nietos. Autónoma, comprometida, y muy hábil para vender productos de belleza. La relación con la paciente es como si fuera su madre, ya que, es ella quien le refirió que estudie en Senati. Responsable en los pagos y exigente con los demás hermanos en el cumplimiento de sus obligaciones.

Teófila de, 66 años, es la segunda, natural de Lima, con primaria completa, dedicada a la venta en el mercado de independencia (herencia de los padres) de religión mormona. Es muy jovial y trabaja en el mercado con su marido. Su estado civil es conviviente con 4 hijos y 5 nietos y viven en la casa de los padres (edificio de 4 pisos). La relación con la paciente es buena, pero es exigente en los pagos de las obligaciones y por lo tanto, hay discusiones frecuentes sobre ello con la paciente. En la niñez y adolescencia ella fue como su 2da madre, la cuidaba y le hacía estudiar. Le apoyaba en todo y asistía a sus actuaciones porque su madre trabajaba. Al igual que la madre, trabaja todos los días y desde muy temprano de la mañana.

El tercero se llama Alberto NN, de 62 años, natural de Lima, con instrucción técnica en motores (mecánico), religión mormona, es casado con 4 hijos y 6 nietos y viven en el distrito de Independencia. Es una persona paciente, tolerante y comprensible. Con ella tiene una relación buena, de confianza y cuando puede esporádicamente le ayuda con algo de dinero.

La cuarta es Carmen NN, con 52 años, natural de Lima, con secundaria completa, empleada de un supermercado Tottus, separada con 2 hijos y 3 nietos, viven en casa paterna. Religión mormona, Es una persona tranquila, calmada. Su relación con la paciente es aceptable, pero discute con la paciente por motivos económicos.

Esther NN es la quinta, de 48 años, natural de Lima, secundaria completa, religión mormona, separada con 3 hijos y 2 nietos, se dedica a cuidado de personas mayores. Es una persona que reniega mucho y muy exigente en las tareas del hogar. Su relación con la paciente

es adecuada cuando no está renegando, pero discute con la paciente por qué no colabora en el aspecto económico.

Rosa NN, de 46 años, es la sexta, natural de Lima, con secundaria completa, conviviente con dos hijos, vive con su familia en la casa paterna, trabaja como obrera en una fábrica de costura en el distrito de la Victoria. Religión mormona, Es una persona tranquila, introvertida, y trabajadora. Su relación con la paciente es buena y a veces la ayuda en algunas tareas para evitar problemas.

La séptima es Paola NN, de 43 años, que es la paciente.

La octava es María NN, de 42 años, natural de Lima, con secundaria completa y estudios técnicos en computación, soltera, sin hijos, de religión mormona. Es una persona tranquila y comprensiva. Su relación con la paciente es buena y ante los problemas que presenta la paciente, le escucha y le alienta a que se tranquilice, que ya va a pasar. Es la que acude con ellas algunos días a sus sesiones.

Dinámica familiar. La paciente actualmente vive con su hijo de 20 años y sus 6 hermanas con sus respectivos hijos y nietos en casa paterna. Es la penúltima hija de padre (fallecido) y madre. Respecto a la dinámica familiar refiere que la relación con su madre es disfuncional de igual manera con sus cuatro hermanas, ya que, existe una comunicación distante pese a que con ellos viven en la misma casa, en ambientes divididos, sin embargo, señala que solo con sus hermanas Rosa y María que vive en la casa si conversa, se cuentan sus cosas, asimismo con un hermano Alberto que no vive en la casa, pero se hacen llamadas telefónicas, mantiene una comunicación buena. La mayor parte de las discusiones están referidas el aspecto económico, dado que por la situación actual que está pasando no puede aportar económicamente para los gastos básicos de servicios y otros.

Antecedentes psiquiátricos de la familia. Su hermana Eugenia, cuando estaba en la etapa de la menopausia, se sentía angustiada, quería irse de la casa. Su madre se salía de la casa en las

madrugadas, cuando falleció su esposo. Tía materna se escapaba en las noches y señalaba que quería morir.

Historia de la pareja. Su primera relación de pareja fue a los 18 años, lo conoció en una discoteca, ya que, señala “teníamos un amigo en común, me invito a salir, luego estuvimos como enamorados durante 2 años “después convivieron 6 meses, hasta que tuvieron su primer hijo, pero, cuando su hijo cumplió 2 años terminaron la relación, ya que, él tomaba alcohol y la golpeaba. Sin embargo, retornan su relación cuando su hijo tenía 18 años, y convivieron por un lapso de un año. Paciente refiere que el padre de su hijo no cambiaba, seguía tomando demasiado alcohol, incluso, consumía drogas, regresaba borracho a la casa, discutían mucho, la quería golpear, su hijo le pidió que se separen, por ello, coloco sus cosas del padre de su hijo fuera de su casa, para que él se retire, llamó a la policía, porque no quería irse del cuarto donde vivía Paola con su hijo (casa paterna). Tuvo su segunda pareja fue cuando tenía 30 años, lo conocía en su trabajo, la relación duro 6 meses. Su tercera pareja cuando tenía 35 años estuvo con un vecino y la relación duro 3 años, él era mayor que ella. Paciente refiere que era bueno, pero mujeriego, discutían, porque quería que vaya a su departamento a cada momento y ella quería pasar tiempo con su hijo que en ese por lo cual quedaron como amigos y hasta la actualidad se mantienen como amigos y con mucho respeto. Su cuarta pareja fue un comerciante que vendía chips para celulares lo conoció en el trabajo, la relación de pareja duro tres meses, pero, sufrió un accidente, por lo cual ella lo llamo por medio telefónico, pero nunca le contesto y no mantuvo ninguna comunicación más desde ese entonces.

Recursos psicosociales y ambientales. Ninguno.

Evaluación multiaxial

- Episodio Depresivo Moderado (F32.1)
- Creencias irracionales
- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: hermanas e hijo.

- Problemas laborales: desempleo.

Diagnostico funcional del caso. En la Tabla 1 se muestra las conductas que la paciente presenta en exceso, debilitamiento y en déficit.

Tabla 1

Diagnostico funcional del caso

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor del cuello, todos los días, con unaintensidad de dolor 7 a 8 sobre 10 • Lloro cuando observa las fotos de su padre y recuerda a su padre muerto. • Presenta pensamientos de autocrítica: (“soy una mala madre” “no sirvo para nada”); pensamientos de abandono (“mis hermanas no me buscan, me dejan sola” “mi madre no me supo demostrar su amor”). Pensamientos catastróficos (nunca conseguiré trabajo). Pensamientos de culpabilidad (si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado) • Tristeza 9/10, apatía 7/10, cólera 8/10 • Permanecer en su cuarto encerrada • Llamar constantemente a su hijo en horario de trabajo porque se siente sola 	<ul style="list-style-type: none"> • Salir a fiestas con sus hermanas y/o amistades 	<ul style="list-style-type: none"> •Habilidad para comunicar sus sentimientos de manera asertiva a sus familiares

Listado de conductas

Conductas adecuadas: Conciencia del problema. Apertura para el tratamiento. Puntualidad. Disposición al diálogo. Adecuado aseo y arreglo personal. Cumplimiento de tareas asignadas.

Conductas inadecuadas: Inadecuada percepción sobre sí misma. Incertidumbre sobre sus capacidades. Depresión. Pensamientos irracionales. Improcedentes relaciones interpersonales con hermanas. Falta de participación en actividades sociales ni de reuniones amicales.

Permanencia en su cuarto por horas

Análisis funcional de las conductas que refieren la paciente

En la Tabla 2 se realiza el análisis funcional de las conductas problemas que presenta la paciente especificando los estímulos antecedentes (estímulo discriminativo), la conducta (respuesta emitida) y los estímulos consecuencia (estímulo reforzador o no contingente a la conducta emitida por la paciente).

Tabla 2

Análisis funcional de las conductas que refieren la paciente

Antecedentes (Ed)	Conducta (R)	Consecuentes (Er)
Externo	Emocional	Externo
Cuando se queda sola en su cuarto, porque su hijo se va a trabajar.	Tristeza (9/10) Apatía (7/10)	Hijo responde a las llamadas refiriéndole que está trabajando, que este tranquila, que haga las cosas. Prestarle atención (reforzamiento +)
	Motora	
	Encerrarse en su cuarto a solas.	
	Llamar por teléfono a su hijo mientras este se encuentra en horario de trabajo refiriéndole que no la quieren y que no la comprenden.	Externo Sus hermanas Rosa y María le tocan la puerta, para que salga de su cuarto a cenar con ellas y madre. Refiriéndole que “lleva muchos días que no comparten momentos juntas” Prestarle atención (reforzamiento +)
	Cognitivo	
	“Mis hermanas me dejan sola, no me entienden” “A nadie le importo”	
Antecedentes (Ed)	Conducta (R)	Consecuentes (Er)

Externo	Emocional	Interno
Cuando observa la foto de su padre, ya que, se encuentran las fotos en la sala de la casa	Tristeza (9/10) Cólera (8/10) Cognitivo.	No puede dormir y presenta llanto sintiendo alivio (refuerzo -)
Interno Recuerdo de su padre	“si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado”	
	Fisiológico	
	Dolor de cuello	
	Llanto	
Externo	Emocional	Externo
Cuando tiene que cuidar a su madre de 89 años, y esta la insulta a causa de su demencia senil.	Tristeza (9/10) Cólera (8/10) Cognitivo	Hermana Rosa y María la consuela y le dicen que quiso a todos sus hijos, pero estaba tan ocupada trabajando todo el día para que no les falten nada a ellos. (refuerzo +)
	Pensamientos y verbalizaciones: “mi madre no me supo demostrar su amor”	Hijo y/o hermana Rosa y María
	“Prefiero trabajar que cuidar a mi madre, pero nunca conseguiré un trabajo” “No sirvo para nada”	la escuchan y le dicen que cuando pase toda esta situación ya trabajará. Prestarle atención (refuerzo+)

Tabla 3

Criterios según el CIE 10 para el episodio depresivo moderado

Criterios CIE-10	Presente en la paciente
<p>1. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).</p> <p>La paciente experimenta un estado de ánimo deprimido, disminución de la energía y disminución de la actividad. El disfrute, el interés y la concentración disminuyen, e incluso el más mínimo esfuerzo puede conducir fácilmente a una fatiga notable. El sueño a menudo se ve perturbado. La autoestima y la confianza casi siempre disminuyen, aunque sea levemente, y con frecuencia se presentan sentimientos de culpa o de inutilidad. Estado de ánimo deprimido, que cambia ligeramente todos los días, no responde al entorno externo y puede ir acompañado de los llamados síntomas "somáticos", por ejemplo: pérdida de interés y placer, despertar temprano antes de lo habitual, depresión matutina, empeoramiento estado de ánimo marcada bradicinesia mental, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza, pensamientos de estar sola y abandonada por los seres queridos, culpa, angustia, dolor y arrepentimiento. - Ha estado inactiva durante los últimos meses. - La pérdida de confianza en sí mismo. - Muestra pensamientos de inutilidad acerca de no poder encontrar un empleo.
<p>2. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado de ánimo deprimido marcadamente inusual de un individuo que existe la mayorparte del día y casi todos los días, está ligeramente influenciado por circunstancias externas y dura al menos dos semanas. - Pérdida de interés o incapacidad para disfrutar de actividades normalmente placenteras. - Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta sentimiento de culpabilidad y de tristeza por la muerte de su padre, siente impotencia y tristeza constante.
<p>3. Presencia de síntomas adicionales del criterio Cie10 de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.</p>	

2.5.4. Evaluación psicométrica

1. Informe del Inventario de depresión de Beck

Datos de filiación

Apellidos y Nombres : Paola. C. E.
Edad : 43 años
Fecha de evaluación psicológica : 18 de abril 2022
Grado de Instrucción : Secundaria Completa
Fecha del informe : 25 de abril del 2022

Motivo de evaluación: Medir el nivel de depresión.

Técnicas e instrumentos aplicados. Entrevista psicológica. Inventario de depresión de Beck.

Resultados. Puntaje: 26 puntos

Presunción diagnóstica: Episodio depresivo moderado F32.1

Interpretación. De los resultados obtenidos el grado de depresión que presenta la usuaria es de 26 puntos, en la cual indica un grado de depresión moderada, manifestando sentimientos de culpa, desanimo, tristeza, soledad, ideas y pensamientos distorsionados generando visión negativa de sí misma del futuro y de los que lo rodean, así mismo llanto frecuente, dificultad para poder conciliar el sueño, poco interés en desarrollar sus actividades diarias; lo cual influye en su repertorio conductual y emocional de la usuaria.

Conclusiones. El grado de depresión que presenta la usuaria es de 26 puntos, en la cual indica un grado de depresión moderada.

Recomendaciones. Participar en un programa de intervención cognitivo conductual para disminuir los síntomas de la depresión.

2. Informe del Inventario Clínico Multiaxial de Millón

Datos de filiación

Nombre : Paola. C. E
Edad : 43 años
Grado de instrucción : Secundaria Completa
Ocupación : Vendedora
Lugar de Procedencia : Lima
Psicóloga : Gómez Díaz Karla Estefany
Fecha de evaluación : 9 de mayo del 2022

Instrumentos utilizados. Entrevista psicológica. Inventario clínico Multiaxial de Millon-II

Resultados. Patrones clínicos de personalidad: Evitativa: 90 puntos. Autoderrotista: 79 puntos.

Interpretación: En la escala de personalidad, se encontró que la prueba era válida y respondió con honestidad. En el modelo clínico de personalidad situado en el tipo evitativo, índice 90; logró un índice moderado de 81 en el modelo clínico de autoderrotista. No hubo evidencia de patología de personalidad severa, síndrome clínico o síndrome severo. La paciente suele estar vigilante por miedo a un descontrol de impulsos y el anhelo de afecto, lo que provoca pensamientos repetidos de dolor y sensación de sufrimiento experimentado en otras ocasiones, por lo que hace todo lo posible para negar estos sentimientos y evitar la distancia personal. En la escala autodestructiva, puntuó 44 lo cual indica que la forma en que interactúa con las personas crea pensamientos de victimización, que cree que otros la usan y explotan, que integra su propio dolor y sufrimiento y que experimenta resultados problemáticos de manera activa. Su comportamiento es normal, muestra poco apoyo positivo de los demás y de sí misma, y se recuerda constantemente sus errores.

Recomendaciones: Iniciar tratamiento especializado para las manifestaciones clínicas del trastorno depresivo persistente.

3. Informe del inventario de Registro de opiniones forma A

Datos de filiación

Apellidos y Nombres : Paola. C. E.

Edad : 43 años

Lugar de Procedencia: : Lima

Fecha de evaluación :23 de mayo2022

Grado de Instrucción : Secundaria Completa

Fecha del informe : 13 de junio del 2022

Motivo de evaluación. Determinar creencias irracionales que estén interfiriendo en forma significativa en la usuaria.

Técnicas e instrumentos aplicados. Entrevista psicológica. Registro de Opiniones Forma A

Tabla 4

Resultados: Registros de opiniones Forma A

Escala	CREENCIA IRRACIONAL	Racional	Tendencia Racional	Tendencia Irracional	Irracional
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	0-3	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	0-2	3	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.	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.	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.	0-1	2-3	4	5-10
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	0-2	3	4	5-10

Interpretación: Las creencias irracionales que se observa en la usuaria son: “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”, esto constata cuando la usuaria menciona que: “Mis hermanas no me buscan, me dejan sola”, así mismo la creencia de “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”. Esto lo exhibe diciendo “Soy una mala madre “y” No puedo soportar estar sin trabajar” como también “Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”. La usuaria lo enuncia “Mi madre no me supo demostrar su amor” inclusive prevalece la creencia “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran” expresándose, "Es horrible haber crecido con una madre como la mía que nunca me apoya" y “Es terrible que mis hermanas nunca me entiendan ”, en cuanto a los resultados con referencia a “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”, manifiesta “Los seres humanos no podemos hacer nada para evitar o controlar las desgracias y el sufrimiento que se padece, porque es producto de sucesos que pasan en el mundo sobre las que no podemos hacer nada” además la evaluada dicha creencia lo expone al tratar de evitar el duelo a través del control de eventos externos. Debido a que este control es limitado, no se puede manipular los deseos de los demás y el resultado, por lo que puede estar siendo origen de sentimientos de infelicidad y ansiedad crónica. Como consecuencia, lo relaciona con la falta de alegría ante el acontecimiento como mecanismo para evitar el contacto con la realidad. Por último, para la creencia “Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando”, y lo ostenta de la siguiente forma “Si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado” de la mismo modo, la evaluada considera que los acontecimientos suscitados en su pasado, siempre van a estar presentes y son causa de sus problemas en la actualidad, como efecto se culpa por lo tragedia ocurrida con su padre, las discusiones con su madre y considera que ella es una mala madre y que no

cambiará.

Conclusiones. Las creencias irracionales de la usuaria la mayoría de ellas prevalecen y afectan significativamente en las actividades diarias de la usuaria.

Recomendaciones. Ejercicios de reestructuración cognitiva para transformar tus creencias irracionales en otras más racionales.

2.5.4. Informe psicológico integrador

Datos de filiación

Nombres y apellidos : Paola C. D
 Sexo : Femenino
 Edad : 43 años
 Lugar de nacimiento : Lima
 Fecha de nacimiento : 21/03/1979
 Estado civil : Soltera
 Hijos : uno
 Padres : Madre de 85 años
 Hermanos : 8 (7 mujeres y un varón)
 Lugar entre hermanos : séptima
 Grado de instrucción : Secundaria completa
 Ocupación : Vendedora ambulante
 Condición laboral actual : Sin trabajo desde el 2020
 Religión : Mormona
 Domicilio : Distrito de Independencia
 Informantes : Paciente
 Entrevistadora: : Karla G.
 Fecha de 1era entrevista : 11/03/2022

Número de sesiones : 18, 25 de marzo, 1, 8, 15 y 18 abril, 9 de mayo y 13 de junio del 2022.

Motivo de consulta. Paola. C.E. acude a consulta mencionando que se siente irritable y aislada; usuaria refiere: “He venido porque tengo muchos problemas con mi madre, discutimos a cada rato”. Lloro y manifiesta: “Me siento muy mal, no tengo ganas de hacer las cosas y todo me molesta, reniego con mi madre y mis hermanas”, comenta: “Hace tres meses, que no trabajo debido a la pandemia y me siento triste (9/10) apática (8/10) y con cólera(9/10) casi todos los días de la semana, también al recordar experiencias del pasado o cuando estoy en la casa de mi madre, porque me acuerdo que perdí a mi padre cuando tenía 2 años y pienso que “si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado”,” todas mis hermanas son felices menos yo”, “mi madre no me supo mostrar su amor”. La usuaria refiere dificultades para conciliar el sueño, cólera, aislamiento social, dificultades para concentrarse, tensión muscular, llanto fácil, irritabilidad y pensamientos negativos de minusvalía.

Observaciones generales y de conducta. Paciente adulta, de contextura delgada, de tez blanca, cabello lacio, color negro y ondeado. Viste acorde a la estación y presenta un adecuado estado de higiene y aliño personal. Al ingresar a la primera entrevista lo hizo con una marcha lenta. Su postura fue erguida, pero con la cabeza encorvada. Al inicio de la entrevista se mostró con mirada hacia abajo, pero conforme fueron pasando los minutos, su contacto visual ojo - ojo fue más continuo, expresándose con un tono de voz bajo y respondiendo con lenguaje poco fluido a las preguntas que se le formulaban, sin embargo, se expuso atenta a las preguntas y enunciando sus dudas. Asimismo, en el transcurso de las sesiones, se fue mostrando más atenta y con lenguaje fluido. También, comentó de su interés por solucionar sus problemas y del compromiso en la terapia, acude puntualmente a todas las sesiones programadas. Además, la paciente durante el proceso de evaluación señala que “necesito ayuda profesional”. Con respecto a la conciencia, se encuentra lucida y está orientada en tiempo, espacio y persona. En cuanto a su memoria, se muestra conservada, debido a que menciona hechos pasados con

facilidad. Respecto a la percepción, no se observa alguna alteración en los sentidos, pudiendo interpretar los estímulos correctamente. En relación con sus pensamientos presenta un contenido de pensamientos negativos.

Instrumentos psicológicos aplicados. Registro de Opiniones Forma A. Inventario de depresión de Beck. Inventario clínico Multiaxial de Millom II

Interpretación de los Resultados. La puntuación de la evaluación psicológica de la usuaria es de 26 en la Escala de Depresión de Beck, lo que indica que está moderadamente deprimida. Por otro lado, la inestabilidad emocional, tristeza, llanto frecuente, sentimientos de culpa y soledad, desgana para realizar las actividades cotidianas, falta de interés en las relaciones sociales, pensamientos negativos sobre la propia situación actual y futura se muestran en el formulario.

En cuanto a su personalidad presenta características de introversión, es decir, se muestra retraída socialmente, reservada. Por otro lado, es insegura, tímida, y se torna irritable ante situaciones donde no logra sentirse comprendida. Desarrolla conductas de evitación por la dificultad de afronte. Su desenvolvimiento personal está inmerso en respuestas de ansiedad y es sensible al estrés; por lo que frecuentemente evidencia tensión, indecisión e inquietud y se muestra aprensiva de los problemas del pasado. Se observa a si misma inferior a los demás, manteniendo conductas de inseguridad y comparándose con sus pares. Además, presenta indicadores de personalidad evitativa, suele distanciarse de las experiencias dolorosas o negativas, siendo su estrategia adaptativa el miedo y la desconfianza hacia los demás.

Dificultades para involucrarse por el temor al rechazo y al abandono, manteniendo pensamientos negativos recurrentes a raíz de hechos pasados. Se observa a si mismo inferior a los demás, manteniendo conductas de angustia y comparándose con sus pares. Como síndrome clínico, presenta indicadores de inseguridad, tensión, angustia, dificultades para interactuar con sus familiares y amistades. Siendo el síndrome moderado de depresión, resaltante, presenta

perdida de interés en sus actividades, llanto frecuente y la incapacidad de disfrute.

Respecto a sus creencias, la usuaria busca la aprobación y el afecto de los demás, tiene el temor de ser abandonada y dejado de lado, por ello está pendiente de lo que los demás puedan pensar de su persona, le cuesta expresar lo que piensa y lo que siente, prefiere callar y reprimirse, antes que dar su opinión. Generalmente su comportamiento obedece a las creencias de “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles” ostentando “Soy una mala madre” y “No puedo soportar estar sin trabajar” como también “Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”. La usuaria lo enuncia “Mi madre no me supo demostrar su amor” igualmente indica “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran” .Señalando, "Es horrible haber crecido con una madre como la mía que nunca me apoya" y “Es terrible que mis hermanas nunca me entiendan” respectivamente a los resultados con referencia a “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”, manifiesta “Los seres humanos no podemos hacer nada para evitar o controlar las desgracias y el sufrimiento que se padece porque es producto de sucesos que pasan en el medio ambiente sobre las que no podemos hacer nada” además aquella creencia se mostró porque la evaluada trata de evitar el duelo a través del control de eventos externos. De acuerdo con que este control es limitado, no se puede manipular los deseos de los demás y el resultado, por lo que puede estar siendo origen de sentimientos de infelicidad. Por tanto, lo relaciona con la falta de alegría ante el acontecimiento como mecanismo con el fin de evitar el contacto con la realidad. Finalmente, para la creencia “Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando” y lo enuncia de la siguiente manera “Si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado” del mismo modo, la evaluada considera que los acontecimientos suscitados en su pasado, siempre van a estar presentes y son causa de sus problemas en la

actualidad, como efecto se culpa por lo tragedia ocurrida con su padre, las discusiones con su madre y considera que ella es una mala madre y que no cambiará.

Presunción diagnóstica. La paciente presenta un patrón de personalidad de tipo evitativo lo que le lleva a estar vigilante por miedo a perder el control, tiene pensamientos repetitivos, en ocasiones evita el contacto interpersonal por temor a tener recuerdos que le causen tristeza. Tiene indicadores de personalidad auto derrotista, suele recordar de forma repetitiva sus experiencias negativas lo que le genera dolor y angustia, en lo posible trata que su comportamiento pase desapercibido para no sentirse devaluada por las demás personas, situación que le hace recordar con frecuencia sus fracasos académicos, laborales y de pareja. Presenta un cuadro de depresión moderada siendo la sintomatología más significativa: sentimientos de tristeza la mayor parte del tiempo no disfruta de las cosas, sentimientos de culpa, llanto constante, irritabilidad, pérdida del interés por las cosas, le cuesta tomar decisiones, se cansa con facilidad, esto sucede cuando recuerda sus experiencias de fracaso.

Conclusiones

- Indicadores de depresión moderada
- Esquemas de pensamientos irracionales

Diagnóstico

- Episodio Depresivo Moderado (F32.1)

Recomendaciones. Realizar terapia cognitivo conductual. Disminuir las respuestas fisiológicas de la depresión, por medio de la técnica de la relajación muscular progresiva. Reducir pensamientos distorsionados por pensamientos racionales a través de la técnica de reestructuración cognitiva. Disminuir las respuestas emocionales de tristeza a través de auto registros. Incrementar actividades agradables para crear expectativas de autoeficacia a través de la técnica de programación de actividades. Fomentar actividades con familiares o amistades por medio de entrenamiento asertivo.

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Tabla 5

Plan de intervención y calendarización

N° Sesión	Objetivo	Fechas	Técnica
1	Disminuir las respuestas fisiológicas de dolor de cuello y llanto, cuando recuerda el fallecimiento de su padre, por medio de la técnica de respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva.	- 9/07/2022	- Respiración diafragmática - Relajación muscular progresiva
2	Disminuir las respuestas fisiológicas de dolor de cuello y llanto, cuando recuerda el fallecimiento de su padre, por medio de la técnica de respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva.	- 16/07/2022	- Técnica de relajación muscular progresiva.
3	Reducir los pensamientos distorsionados de culpabilidad, (si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado) sobregeneralización (“nunca conseguiré trabajo”) y autocrítica (soy una mala madre” “no sirvo para nada”); pensamientos de abandono (“mis hermanas no me buscan, me dejan sola” “mi madre no me supo demostrar su amor”) para sustituirlos por pensamientos racionales.	- 23/07/2022	- Psicoeducación de pensamientos distorsionados - Autorregistros
4	Reducir los pensamientos distorsionados de culpabilidad, (si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado) sobregeneralización (“nunca conseguiré trabajo”) y autocrítica (soy una mala madre” “no sirvo para nada”); pensamientos de abandono (“mis hermanas no me buscan, me dejan sola” “mi madre no me supo demostrar su amor”) para sustituirlos por pensamientos racionales.	- 30/07/2022	- Técnica de Restructuración cognitiva ABC

5	Reducir los pensamientos distorsionados de culpabilidad, (si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado) sobregeneralización (“nunca conseguiré trabajo”) y autocrítica (soy una mala madre” “no sirvo para nada”); pensamientos de abandono (“mis hermanas no me buscan, me dejan sola” “mi madre no me supo demostrar su amor”) para sustituirlos por pensamientos racionales	- 06/08/2022	- Técnica de Restructuración cognitiva ABCDE
6	Reducir los pensamientos distorsionados de culpabilidad, (si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado) sobregeneralización (“nunca conseguiré trabajo”) y autocrítica (soy una mala madre” “no sirvo para nada”); pensamientos de abandono (“mis hermanas no me buscan, me dejan sola” “mi madre no me supo demostrar su amor”) para sustituirlos por pensamientos racionales.	- 13/08/2022	- Técnica de Restructuración cognitiva ABCDE
7	Disminución de la de respuesta emocional de la tristeza, apatía y cólera	- 20/08/2022	- Termómetro del estado de animo
8	Disminución de la respuesta emocional de la tristeza, apatía y cólera	- 27/08/2022	- Técnica de Restructuración cognitiva ABC - Distracción cognitiva
9	Eliminar la conducta de permanecer en su cuarto encerrada.	- 03/09/2022	- Descubrimiento guiado
10	Eliminar la conducta de permanecer en su cuarto encerrada.	- 10/09/2022	- Reforzamiento positivo - Extensión
11	Eliminar la conducta de llamar a su hijo constantemente en horario de trabajo porque se siente sola.	- 17/09/2022	- Detención del pensamiento

12	Eliminar la conducta de llamar a su hijo constantemente en horario de trabajo porque se siente sola	- 24/09/2022	- Reforzamiento positivo - Extensión
13	Incrementar las actividades agradables como salir con sus familiares y amistades.	- 01/10/2022	- Técnica de programación de actividades
14	Incrementar las actividades agradables como salir con sus familiares y amistades.	- 08/10/2022	- Programación de actividades - Dominio y agrado
15	Fomentar habilidades asertivas para comunicar sus sentimientos.	- 15/10/2022	- Entrenamiento asertivo - Ensayo conductual
16	Fomentar habilidades asertivas para comunicar sus sentimientos.	- 22/10/2022	- Acuerdo asertivo

2.6.2. Programa de intervención

Tabla 6

Fase informativa

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
1	Incrementar la adherencia al tratamiento del paciente al proceso terapéutico	Psicoeducación	Paso 1: Se fomentó el clima mediante la conversación sobre los intereses que presenta la paciente	Registrar a modo de reflexión sobre la depresión la ficha llamada “La depresión en mi día” por lo cual
		Autorregistro	Paso 2: Se brindó información sobre la depresión acerca de su desarrollo y mantenimiento de ésta, proyectando videos, imágenes, lecturas.	tiene que pensar en una situación que haya disparado sus síntomas y ocasionado malestar y responder las interrogantes
		Retroalimentación	Paso 3: Se propuso a la usuaria a realizar un auto registro de su problemática que presenta, con la finalidad de identificar los síntomas de depresión que presenta.	¿Qué sucedió? ¿Qué pensaste? ¿Qué sentiste? ¿Qué hiciste?
			Paso 4: Se explicó el proceso de intervención a desarrollar bajo el modelo cognitivo conductual.	Realizar un video donde se explique a su hijo sobre la depresión Buscar información sobre la Terapia Cognitivo Conductual

Tabla 7*Fase intervención: Sesión de Intervención 1*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
1	Disminuir las respuestas fisiológicas de dolor de cuello y llanto, cuando recuerda el fallecimiento de su padre, por medio de la técnica de respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva.	Respiración diafragmática Relajación muscular progresiva	Paso 1: Se inició revisando las tareas asignadas la sesión anterior Paso 2: Se continuó enfatizando su importancia, los beneficios que se obtendrá para el manejo de las reacciones fisiológicas que manifiesta la usuaria a través de videos sobre la técnica de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva Paso 3: Se finalizó realizando la Técnica de la respiración y la relajación muscular progresiva	Aplicación de la respiración y relajación escuchando música clásica durante la semana Practicar alguna actividad física en casa 2 o 3 veces por semana.

Tabla 8*Sesión de Intervención 2*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
2	Disminuir las respuestas fisiológicas de dolor de cuello y llanto, cuando recuerda el fallecimiento de su padre, por medio de la técnica de respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva.	Relajación muscular progresiva	<p>Paso 1: Se inició revisando las tareas asignadas la sesión anterior</p> <p>Paso 2: Se continuó con el objetivo anterior para reforzar lo aprendido en la sesión pasada.</p> <p>Paso 3: Se realizó la técnica de relajación progresiva iniciando por el rostro, tensionando y destensando, y se practica con la usuaria.</p>	<p>Practicar las técnicas, respiración diafragmática y relajación muscular progresiva cuando recuerde pérdidas de algún familiar durante la semana.</p> <p>Practicar algún deporte de su preferencia.</p> <p>Mantener una dieta balanceada.</p>

Tabla 9*Sesión de Intervención 3*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
3	Reducir los pensamientos distorsionados de culpabilidad, (si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado) sobregeneralización (“nunca conseguiré trabajo”) y autocrítica (soy una mala madre” “no sirvo para nada”); pensamientos de abandono (“mis hermanas no me buscan, me dejan sola” “mi madre no me supo demostrar su amor”). para sustituirlos por pensamientos racionales.	Psicoeducación en los pensamientos Autorregistros de pensamientos	Paso 1: Se inició a revisando las tareas asignadas la sesión anterior. Paso 2: Se prosiguió con la explicación de las distorsiones cognitivas, los tipos de creencias irracionales por medio de videos donde se mostraron fragmentos de canciones, lecturas, imágenes, etc. Paso 3: Se realizó registros en columnas, donde describió la hora, situación, emociones (porcentaje de la emoción) y el pensamiento que identifica de aquella situación descrita.	Identificar fragmentos de sus canciones preferidas donde encuentre los diferentes tipos de pensamientos. Ejemplos de la vida cotidiana sobre pensamientos distorsionados. Realizar un video explicando a su hijo sobre los tipos de pensamientos distorsionados identificados.

Tabla 10*Sesión de Intervención 4*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
4	Reducir los pensamientos distorsionados de culpabilidad, (si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado) sobregeneralización (“nunca conseguiré trabajo”) y autocrítica (soy una mala madre” “no sirvo para nada”); pensamientos de abandono (“mis hermanas no me buscan, me dejan sola” “mi madre no me supo demostrar su amor”). para sustituirlos por pensamientos racionales.	Técnica del ABC de Reestructuración cognitiva	<p>Paso 1: Se procedió a revisar las tareas asignadas la sesión anterior.</p> <p>Paso 2: Se continuó con la aplicación del uso del ABC enfatizando como influye los pensamientos en las emociones y conductas con videos e imágenes.</p> <p>Paso 3: Se desarrollo con ejemplo de la propia paciente el uso del registro ABC en su día a día.</p> <p>Paso 4: Se realizó una retroalimentación y se respondió dudas de la usuaria.</p>	<p>Desarrollo de autoregistro del ABC durante la semana.</p> <p>Realizar una historieta de su personaje favorito aplicando del ABC</p>

Tabla 11*Sesión de Intervención 5*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
5	Reducir los pensamientos distorsionados de culpabilidad, (si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado) sobregeneralización (“nunca conseguiré trabajo”) y autocrítica (soy una mala madre” “no sirvo para nada”); pensamientos de abandono (“mis hermanas no me buscan, me dejan sola” “mi madre no me supo demostrar su amor”). para sustituirlos por pensamientos racionales.	Técnica de Reestructuración cognitiva ABCDE	<p>Paso 1: Se continuó reforzando el objetivo de la sesión anterior</p> <p>Paso 2: Se procedió a revisar las tareas asignadas la sesión anterior.</p> <p>Paso 3: Se continuó con la aplicación del uso del ABCDE, llegando hasta la parte del debate</p> <p>Paso 4: Se desarrolló en la sesión ejemplos de la propia paciente para el uso del registro ABCD y preguntas para cuestionar cada uno de los pensamientos distorsionados (si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado, nunca consiguere trabajo, soy una mala madre, no sirvo para nada, mis hermanas no me buscan, mi madre no supo demostrar su amor, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos? - ¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación? - ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera? <p>Paso 5: Finalmente se obtuvo los pensamientos racionales y se brinda una retroalimentación.</p>	<p>Realizar un auto registro durante la semana aplicando el ABCDE</p> <p>En post-it, escriba frases o afirmaciones que desafían a las creencias distorsionadas, pegándolas en un lugar visible de su habitación y repita respuestas más racionales cada vez que tenga pensamientos distorsionados</p>

Tabla 12

Sesión de Intervención 6

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
6	Reducir los pensamientos distorsionados de culpabilidad, (si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado) sobregeneralización (“nunca conseguiré trabajo”) y autocrítica (soy una mala madre” “no sirvo para nada”); pensamientos de abandono (“mis hermanas no me buscan, me dejan sola” “mi madre no me supo demostrar su amor”). para sustituirlos por pensamientos racionales.	Técnica de Reestructuración cognitiva ABCDE	<p>Paso 1: Se inició reforzando lo aprendido de la sesión anterior por lo cual se enfatizó en la revisión de tareas en especial de su autoregistro del ABCDE durante la semana</p> <p>Paso2: Se continuó con la nueva conducta y emoción para lo cual se realizó un listado de consecuencias desfavorables, listado de consecuencias favorables de manifestar cada uno de los pensamientos (“si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado” “nunca conseguiré trabajo “soy una mala madre” “no sirvo para nada” “mis hermanas no me buscan, me dejan sola” “mi madre no me supo demostrar su amor”) y responder por cada pensamiento a la interrogante ¿Qué es lo peor que me puede pasar si fuera cierto lo que pienso?</p> <p>Paso 3: Se invitó a continuar redefiniendo cada uno de sus pensamientos en base a términos con propiedad lingüística, es decir, con un diccionario.</p> <p>Paso 4: Se realizó una retroalimentación y se respondió dudas con la usuaria</p>	<p>Escriba 3 pensamientos positivos sobre la vida en una cartulina y pegarla en su habitación</p> <p>Escriba 3 pensamientos positivos sobre usted</p> <p>Completar la ficha de Pensamientos llamada “Apropiándome de mis pensamientos” que tiene las preguntas:</p> <p>¿Qué limitaciones generan en su vida dichos pensamientos distorsionados?</p> <p>¿Qué efectos tienen sobre su estado de ánimo dichos pensamientos? ¿Cómo lo hacen sentir?</p>

Tabla 13

Sesión de Intervención 7

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
7	Disminución de la respuesta emocional de la tristeza, apatía y cólera	Termómetro del estado ánimo	<p>Paso 1: Se procedió a revisar las tareas asignadas la sesión anterior.</p> <p>Paso 2: Se continuó con la explicación sobre las emociones y los tipos de emociones con videos, fichas, imágenes.</p> <p>Paso 3: Finalmente se desarrolló un registro de la emoción tristeza, apatía y cólera en su vida diaria, asimismo se aplicó la ficha de termómetro ánimo, por lo cual se le indica que la puntuación del termómetro va de 1 al 10, enfatizándole en el puntaje 1 equivale a decir” Me siento contenta, cómoda” y 10 que es “He perdido el control. Me siento super enfadada” “Zona de peligro”</p>	<p>Ver la película “<i>Intensamente</i>” de Disney que trata sobre el manejo de emociones</p> <p>Realizar un collage con fotos de personas que encuentre en revistas o periódicos donde expresen diferentes emociones y que pegue las fotos en una cartulina colocando la emoción correspondiente a cada imagen.</p> <p>Registrar sus estados de ánimo en el termómetro de estados de ánimo asimismo realizar y anotar que acción realiza para disminuir dichas respuestas emocionales durante la semana.</p>

Tabla 14*Sesión de Intervención 8*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
8	Disminución de la respuesta emocional de la tristeza, apatía y cólera	Técnica de Reestructuración cognitiva ABC Técnica de distracción cognitiva	<p>Paso 1: Se procedió a revisar las tareas asignadas la sesión anterior.</p> <p>Paso 2: Se continuó con la aplicación del ABC y enfatizando sobre la concordancia de la cogniciones y emociones a través del ABC registrado.</p> <p>Paso 3: Se descendiendo a identificar las cogniciones que producen estas emociones, asimismo a conectar pensamientos y emociones por medio de las siguientes preguntas: ¿Qué te está pasando por la cabeza ahora mismo? ¿Qué ha surgido en tu mente cuando sientes estas emociones negativas? ¿Qué te has dicho a ti misma cuando sientes emociones negativas?</p> <p>Paso 4: Finalmente se aplicó la técnica de distracción cognitiva por medio de creencias más amenas, canciones o relajación progresiva.</p>	<p>Realizar un resumen de lo explicado en la sesión a través de la laptop de su hijo y enviar por la aplicación wasap dicho documento el día de la próxima sesión.</p> <p>Practicar las técnicas de distracción cognitiva y respiración diafragmática escuchando música clásica cuando tenga emociones negativas, en especial, cólera.</p>

Tabla 15*Sesión de Intervención 9*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
9	Eliminar la conducta de permanecer encerrada en su cuarto	Descubrimiento guiado	<p>Paso 1: Se inició revisando las tareas asignadas la sesión anterior.</p> <p>Paso 2: Se continuó entregando a la usuaria una ficha la cual está dividida en filas por subtítulos: Fecha, Pensamiento y Conducta Ocasionada, por lo cual se enfatizó en aquellos pensamientos que influye en sus conductas.</p> <p>Paso 3: Después de identificar aquellos pensamientos como el de que “Mis hermanas no me entienden” “Es mejor estar sola en mi cuarto” entre otros que influyen en su conducta de permanecer encerrada en su cuarto, se aplicó la técnica del descubrimiento guiado, en base a ello, se realizan las preguntas: ¿Cuál es la evidencia que tus hermanas no te entienden? ¿Cuál es la evidencia que es mejor estar sola en tu cuarto? ¿Otras alternativas de que tus hermanas no te entienden? ¿Otras alternativas de estar mejor sola en tu cuarto ?, etc.</p>	<p>Registrar las alternativas de sus pensamientos en post-it y colocarlas en un lugar visible de su habitación, y repasar aquellos pensamientos raciones que había realizado en post-it en las sesiones anteriores.</p> <p>Completar la ficha que tiene como título “Acciones que ayudan” la cual está dividida en subtítulos: Fecha- Día /Pensamiento / ¿Que hice para sentirme mejor? ¿Cómo me sentía antes (1-10)? ¿Cómo me sentí después (1-10)?</p>

Tabla 16

Sesión de Intervención 10

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
10	Eliminar la conducta de permanecer encerrada en su cuarto	Reforzamiento positivo	<p>Paso 1: Se inició revisando las tareas asignadas la sesión anterior y se enfatizó sobre realizar actividades que le hagan sentir mejor</p> <p>Paso 2: Se continuó reforzando el objetivo de la sesión anterior, como efecto se detalló a paciente, hijo y Hermanas Rosa y María el principio de reforzamiento y extensión con el fin de que puedan comprender cómo funciona algunas conductas.</p> <p>Paso 3: Seguido a ello se invitó a realizar en un papelote las frecuencias de la conducta de permanecer encerrada en su habitación en su día a día.</p> <p>Paso 4: Se realizó conjuntamente con la paciente listada de reforzadores positivos (tangibles y sociales) con el fin de que se pueda modificar dicha conducta.</p> <p>Paso 5: Se entrenó a aplicar la técnica de reforzamiento positivo y de extinción, dicho de otro modo, ante la emisión de conductas que se había registrado en la ficha que tiene como título “Acciones que ayudan”, en la sesión anterior Hermanas Rosa y Maria y su hijo le dirán a la paciente “me alegre verte activa, lo haces bien, felicitaciones, se te ve bien, palmaditas en el hombro, un abrazo, asimismo se le brindara chocolates, etc (refuerzo positivo). Caso contrario la conducta de la usuaria será ignorada por los familiares, es decir, no se le prestara atención lo que también implica no hablarle o consolarle de forma verbal.</p>	<p>Realizar en un papelote la frecuencia de la conducta durante la semana</p> <p>Grabar el empleo del reforzamiento por parte de su hijo a la usuaria durante la semana, es decir, cuando le compre los cd de su cantante favorito Cháyenme, de igual manera cuando las hermanas le brinden elogios, etc.</p> <p>Autofelicitarse por 3 razones que se le ocurran durante la semana y anotarlos en posit-it para luego pegarlos en un lugar visible de su habitación.</p>
		Extensión		

Tabla 17*Sesión de Intervención 11*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
11	Eliminar la conducta de llamar a su hijo constantemente en horario de trabajo, porque se siente sola.	Técnica Detención de pensamientos	<p>Paso 1: Se inició revisando las tareas asignadas la sesión anterior y se continúa reforzando con elogios los avances de la usuaria a través de las actividades realizadas</p> <p>Paso 2: Se continuó realizando un cuadro donde se anotó la fecha y hora, situación (llamar a su hijo, porque se siente sola) y pensamientos, con el fin de identificar aquellos pensamientos que influyen en dicha conducta.</p> <p>Paso 3: Luego de ello se aplicó la técnica de detención de pensamiento por lo cual se indica que para, detener la cadena de pensamientos disfuncionales que la paciente, ha identificado y repercute en el llamar constantemente a su hijo, ante estos pensamientos distorsionados, dará un palmazo en el aire para interrumpir el pensamiento, una vez detenido el pensamiento, los cambiará por algo positivo o agradable.</p>	<p>Completar las frecuencias de la conducta durante la semana</p> <p>Practicar las técnicas realizadas en las sesiones, además de las respuestas racionales en sus autorregistros, con el fin de dar seguimiento a lo ya establecido y continuar con el tratamiento, asimismo auto reforzase en sus avances.</p> <p>Realizar el postre que a su hijo le guste antes de que llegue de su trabajo.</p> <p>Salir a caminar durante las tardes, después de concluidas sus actividades del hogar.</p>

Tabla 19*Sesión de Intervención 13*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
13	Incrementar las actividades agradables como salir con sus familiares y amistades	Programación de actividades	<p>Paso 1: Se procedió a revisar las tareas asignadas la sesión anterior.</p> <p>Paso 2: Se planteó a la usuaria la elaboración de metas personales a corto y mediano plazo que tiene ella en su vida.</p> <p>Paso 3: Se elaboró la programación de fechas en base a un listado de actividades a nivel de recreación (realizar tiktok) estilo de vida (salir a caminar, hacer ejercicios), social (conversar con amigos presencial o virtual, salir con amigos a fiestas o paseos) y familiar (conversar con sus hermanas).</p>	<p>Elaborar un papelote con la programación de fecha y horas de las actividades y pegarlas en su habitación</p> <p>Se invita a realiza las actividades programadas iniciando por las más sencillas asimismo realizar un tik-tok cuando realice dichas actividades</p> <p>Coordinar con hermanas Rosa y María para salir semana al menos 1 vez a la semana</p> <p>Programar salir con su hijo al menos un domingo o durante su día libre de paseo fuera del distrito.</p>

Tabla 20*Sesión de Intervención 14*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
14	Incrementar las actividades agradables como salir con sus familiares y amistades	Programación de actividades Dominio y agrado	<p>Paso 1: Revisión de la técnica de programación de actividades de la paciente, es decir, de las actividades que viene realizando la paciente para el cumplimiento de metas a corto plazo.</p> <p>Paso 2: Después de ello, se continuó realizando una jerarquía, por lo cual se le pide que califique del 0 al 5 el nivel de satisfacción y ejecución de cada actividad que ha realizado, por ejemplo. “Conversar con su hermana – Dominio (3) Agrado (4).</p> <p>Paso 3: Luego de ello con la jerarquía realizada se incluyo otras actividades para llegar a metas a mediano plazo conjuntamente con la paciente que permitan mejorar la interacción con los integrantes de su familia y el aumento de su autonomía.</p>	<p>Ejecutar las actividades planteadas durante la sesión.</p> <p>Realizar una grabación ejecutando las actividades programadas.</p> <p>Registrar la incorporación de hábitos positivos a su vida en la ficha titulada “Ruleta de hábitos” en cada línea de la ruleta deberá escribir el hábito que desea sostener durante un mes, por ejemplo "tomar 8 vasos de agua", y en cada día deberá pintar de su color favorito si ha logrado hacerlo.</p>

Tabla 21*Sesión de Intervención 15*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
15	Fomentar habilidades asertivas para comunicar sus sentimientos	Entrenamiento asertivo	<p>Paso 1: Se procedió a revisar las tareas asignadas la sesión anterior</p> <p>Paso 2: Se aplicó la técnica de entrenamiento asertivo, asimismo los diferentes estilos de comunicación interpersonal.</p> <p>Paso 3: Se continuó a realizar el ensayo conductual sobre interacciones sociales, las cuales promueven las habilidades comunicativas de la paciente.</p>	<p>Ejecutar un video de ensayo conductual donde aplique las habilidades asertivas con un familiar que ella elija.</p> <p>Se deja completar una ficha en la cual responderá ¿Qué habilidades asertivas usarías para comunicar tus sentimientos, en especial con tus familiares?</p>

Tabla 22*Sesión de Intervención 16*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
16	Fomentar habilidades asertivas para comunicar sus sentimientos	Técnica de acuerdo asertivo.	<p>Paso 1: Se procedió a revisar las tareas asignadas la sesión anterior</p> <p>Paso 2: Se enfatizó sobre la asertividad y los beneficios de esta comunicación.</p> <p>Paso 3: Se continuó reforzando lo aprendido en la sesión anterior por lo cual se aplicó la técnica de acuerdo asertivo, para que logre expresar sus sentimientos, por ello se solicitó que escriba un listado de ejemplos de su día a día donde aplique la técnica.</p>	<p>Practicar la técnica de acuerdo asertivo en su día a día.</p> <p>Llenar una ficha titulada "Gratitud" donde agradezca solo por algo, sin importa si es una experiencia, un logro, una situación, una persona, un objeto, entre otro cada día de la semana</p>

Tabla 23*Fase de Seguimiento 17,18*

Sesiones	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
17 y 18	Mantener las conductas que han estado en tratamiento aplicando el auto reporte.	Técnica de auto reporte.	<p>Paso 1: Durante un promedio de 20 días (3 semanas) no se aplicará ninguna técnica cognitivo conductual para eliminar y/o modificar las conductas problemas.</p> <p>Paso 2: Seguido se solicitará que la paciente realice el auto reporte de sus conductas problemas.</p> <p>Paso 3: Se revisará en las tres sesiones los reportes realizados y se le brinda retroalimentación al comparar las figuras respectivas realizadas por la paciente de cómo se mantienen las conductas intervenidas.</p>	<p>Practicar el autorregistro de sus conductas problemas.</p> <p>Realizar la figura respectiva de lo registrado en el auto reporte durante cada semana de seguimiento. (tres semanas).</p>

Tabla 24*Fase del seguimiento 19*

Sesiones	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
Via Teléfono Tres llamadas por dos meses	Disminuir la fase de seguimiento a través de otros medios: llamada telefónica durante un lapso de dos meses para determinar si los cambios se mantenían sin la presencia del terapeuta.	Técnica de auto reporte.	<p>Paso 1: Durante un promedio de tres meses se hará tres llamadas telefónicas para determinar si la paciente está continuando con sus auto reportes y graficándolo.</p> <p>Paso 2: Cuando realice la figura respectiva, la terapeuta le brindara lo registrado en el auto-reporte retroalimentación verbal a dicha conducta.</p> <p>Paso 3: Se constatará los hechos solicitando información al hijo y a las hermanas Rosa y María.</p>	Practicar el autorregistro de sus conductas problemas. Realizar el gráfico respectivo de lo registrado en el auto-reporte durante cada semana.

2.7 Procedimiento

El proceso terapéutico en general se llevó a cabo en 16 sesiones de 60 minutos cada una con una frecuencia semanal, además de las sesiones de entrevista psicológica y evaluación con escalas psicométricas. Para lograr los objetivos propuestos se utilizaron diversas técnicas cognitivo – conductuales.

Durante las sesiones se realizó la entrevista inicial con el objetivo de conocer los datos de filiación, el motivo de consulta, identificar la problemática y antecedentes, además de establecer la alianza terapéutica. Asimismo, se llevó a cabo la firma del consentimiento informado, la recopilación de información por medio de la historia cognitiva conductual y la aplicación de las evaluaciones psicológicas. Como último punto, se realizó la explicación y retroalimentación del informe psicológico integral y se elaboró la línea base de las conductas por medio del auto registro, línea base durante el tratamiento, a fin de, cumplir con los objetivos terapéuticos que se enfocaron en el plan de tratamiento.

Seguidamente se realizaron las sesiones en las cuales se aplicaron técnicas cognitivas y conductuales con la finalidad de conseguir los objetivos establecidos. Estas técnicas fueron psicoeducación, sobre la terapia cognitivo conductual en la depresión, técnica de relajación, Para las sesiones enfocadas en la autorregulación emocional, el uso del termómetro, el ABC de la reestructuración cognitiva. Para las sesiones cognitivas, se aplicaron el ABCDE de la reestructuración cognitiva y autorregistros. Asimismo, la modificación de conducta se utilizó detención del pensamiento, autorregistro, dominio y agrado, programación de actividades, ensayo conductual, entre otras.

2.8. Consideraciones éticas

Para el presente estudio de caso se amparó en el capítulo 3 artículo N°24 del código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú, adaptado al Estatuto Nacional y a la

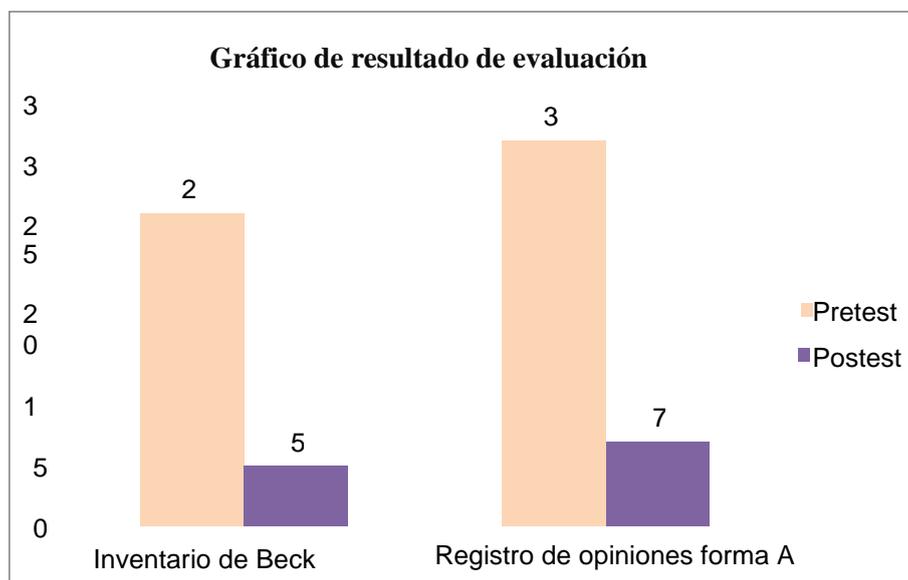
ley 30702 del 21 diciembre de 2017, el cual refiere el uso del consentimiento informado. El artículo N° 25, que indica que el psicólogo debe cautelar la primacía del beneficio sobre los riesgos para los participantes y tener en consideración, la salud psicológica de los usuarios sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Amparándose además en la ley N° 1090 del 2006, el cual refiere, la aceptación voluntaria del usuario en el desarrollo de la intervención. Describiendo el proceso, sus riesgos, beneficios, alcances y otros.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis de resultados de la evaluación psicológica

Figura 1

Representación de los resultados de la evaluación psicométrica



En la Figura 1 se evidencia una reducción de las puntuaciones de ambas pruebas, la evaluada al inicio obtuvo un puntaje de 26 en el inventario de Depresión de Beck, lo cual la ubicaba en una categoría de Depresión Moderada, sin embargo, luego de la intervención psicológica, obtuvo una puntuación de 5, la cual la ubica en una categoría de No depresión. Además, obtuvo una puntuación de 32, en el registro de opiniones Forma A, la cual la ubicaba en la categoría de creencias irracionales, sin embargo, en el pos-test obtuvo una puntuación de 7, que la ubica en una categoría de creencias racionales.

3.2. Línea bases observacional (Fase A)

La línea de base observacional (Fase A) se refiere al reporte de las conductas problemas antes de ser sometidas a tratamiento. En la Tabla 25 y figura 2, se observa el registro de frecuencia de los pensamientos distorsionados encontrados en el pre-test, los cuales sirvieron como línea base. Entre ellos, se puede apreciar que para el pensamiento “Mi madre no me supo

demostrar su amor” obtuvo una frecuencia de 57 con un promedio de 8.1 , de igual forma para el pensamiento “Mis hermanas no me buscan, me dejan sola” una frecuencia de 57 con un promedio de 8.1 seguido de ello en el pensamiento de “Nunca podré trabajar de nuevo”, alcanzó una frecuencia de 56 con un promedio de 8, mientras que “Soy una mala madre”, adquirió una frecuencia de 55 con un promedio de 7.8, además se obtuvo en el pensamiento “Si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado”, una frecuencia de 49 con un promedio de 7, finalmente para el pensamiento “No sirvo para nada”, se halló una frecuencia de 45 con un promedio de 6.4.

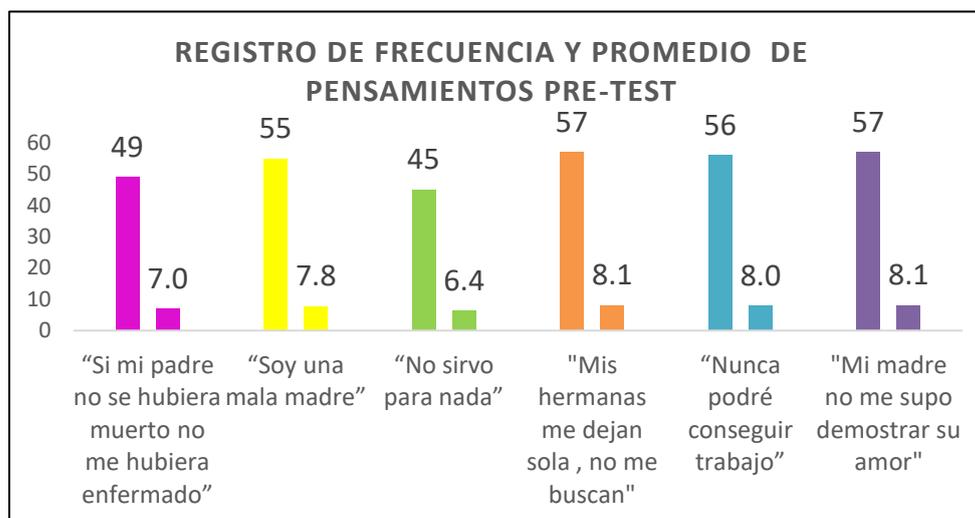
Tabla 25

Registro de frecuencia de pensamientos, línea base, pre-test

Pensamientos negativos	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Prom
“Si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado”	7	7	7	7	7	7	7	49	7
“Soy una mala madre”	8	8	8	8	8	8	7	55	7.8
“No sirvo para nada”	8	7	6	6	6	6	6	45	6.4
“Mis hermanas no me buscan, me dejan sola”	8	8	9	9	8	8	7	57	8.1
“Nunca conseguiré trabajo”	9	8	8	8	8	8	7	56	8
“Mi madre no me supo demostrar su amor”	8	8	9	9	8	8	7	57	8.1

Figura 2

Registro de frecuencia de pensamientos distorsionados, pre-test



En cuanto a la Tabla 26 y 27 y Figura 3 y 4, se puede apreciar la frecuencia, promedio e intensidad de emociones obtenidas en el pre-test, los cuales se puede apreciar que, para tristeza, presento una frecuencia de 49 lo que equivale a un promedio de 7 con una intensidad de 10, mientras que para la emoción cólera, presento una frecuencia de 47 asimismo un promedio de 6.7 con una intensidad de 9, además en la emoción apatía, ostento una frecuencia de 44 lo que significa un promedio de 6.2 ,con una intensidad de 8.

Tabla 26

Línea base (A) registro de frecuencia y promedio de emociones, pre-test

Emociones negativas	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Pro
Tristeza (0-10)	7	7	7	7	7	7	7	49	7
Apatía (0-10)	7	7	6	6	6	6	6	44	6.2
Cólera (0-10)	7	6	6	7	7	7	7	47	6.7

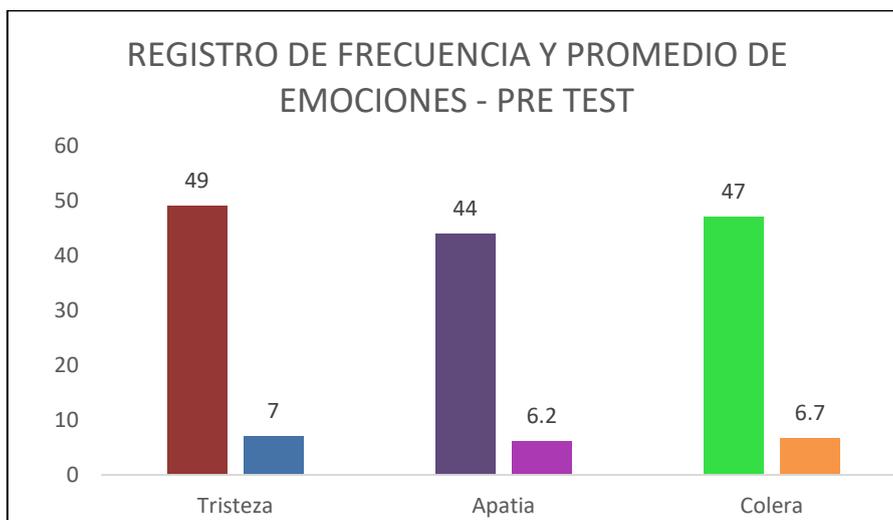
Tabla 27

Línea base (A) registro de intensidad de emociones, pre-test

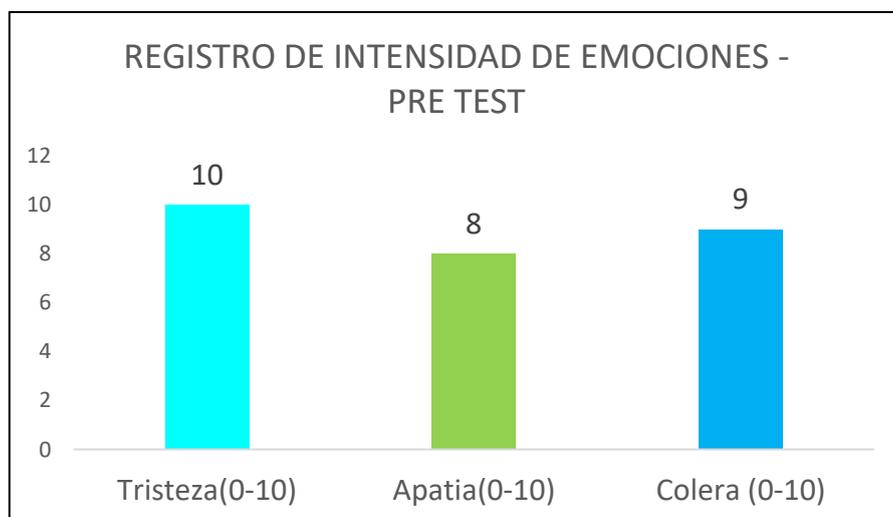
Emociones negativas	L	M	M	J	V	S	D	Inten
Tristeza (0-10)	10	10	10	10	10	10	9	10
Apatía (0-10)	9	8	8	8	8	8	8	8
Cólera (0-10)	10	9	9	9	9	9	9	9

Figura 3

Registro de frecuencia de las emociones, pre-test

**Figura 4**

Registro de intensidad de emociones, pre-test



Referente a la Tabla 28 y 29 asimismo Figura 5y 6, se puede apreciar las frecuencias de las conductas problema obtenidas en el pre-test, en donde se halló que la conducta “Llamar por teléfono”, mostró una frecuencia de 53 con un promedio de 7.5, también “Encerrarse en su cuarto”, puntuó una frecuencia de 47 con un promedio de 6.7, mientras que “Salir e interactuar con familiares y amistades”, presentó una frecuencia de 6 con un promedio de 0.7.

Tabla 28*Línea base (A) frecuencias de las conductas problemas reportadas por la paciente, pre-test*

Conductas problema	L	M	M	J	V	S	D	Frec
Salir e interactuar con familiares y amistades					2	2	2	6
Llamar por teléfono a su hijo en horario de trabajo	7	9	9	9	8	5	6	53
Encerrarse en el cuarto	8	8	8	7	6	5	5	47

Tabla 29*Línea base (A) promedio de las conductas problemas reportadas por la paciente, pre-test*

Conductas problema	L	M	M	J	V	S	D	Promedio
Salir e interactuar con familiares y amistades					2	2	2	0.7
Llamar por teléfono a su hijo en horario de trabajo	7	9	9	9	8	5	6	7.5
Encerrarse en el cuarto	8	8	8	7	6	5	5	6.7

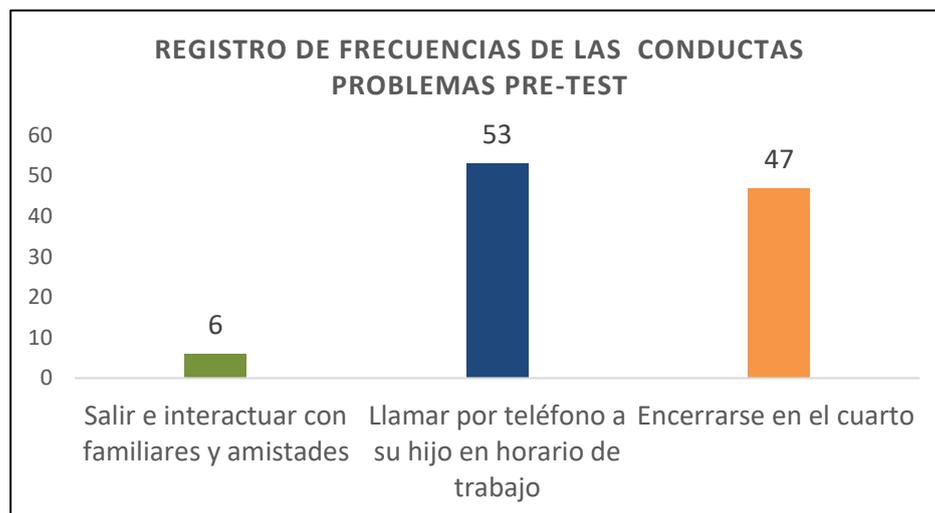
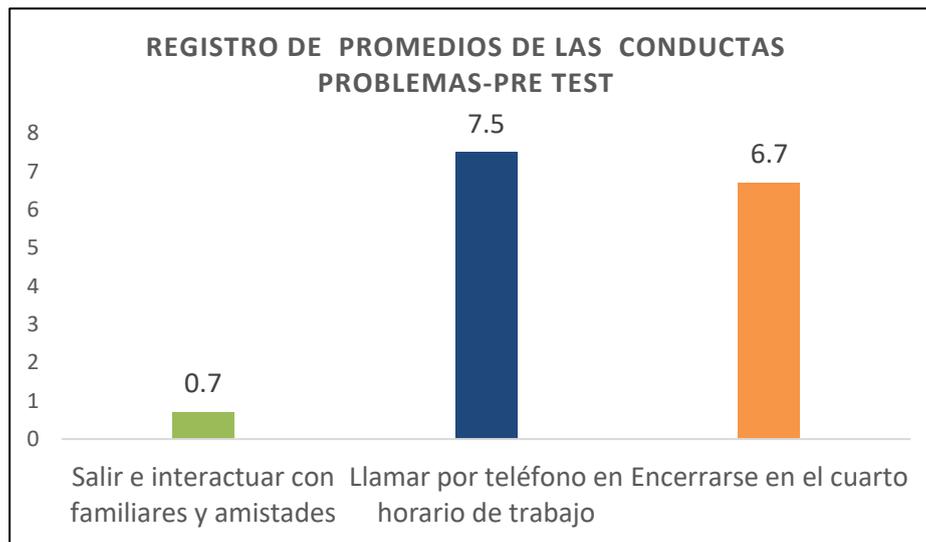
Figura 5*Registro de frecuencia de conductas problema, pre-test*

Figura 6

Registro promedio de conductas problema, pre-test



En cuanto a la Tabla 30 y 31 y Figura 7 y 8 se puede apreciar las frecuencias, promedio e intensidad, de las respuestas fisiológicas en el pre-test, en donde se halló que, para el dolor de cuello, exhibió una intensidad de 9. Mientras que, llanto, presentó una frecuencia de 47 con un promedio de 8.9.

Tabla 30

Registro de intensidad de la respuesta fisiológica, dolor de cuello, línea base, pretest

Respuesta fisiológica	L	M	M	J	V	S	D	Intensidad
Dolor de cuello (0-10)	9	10	9	10	9	9	9	9

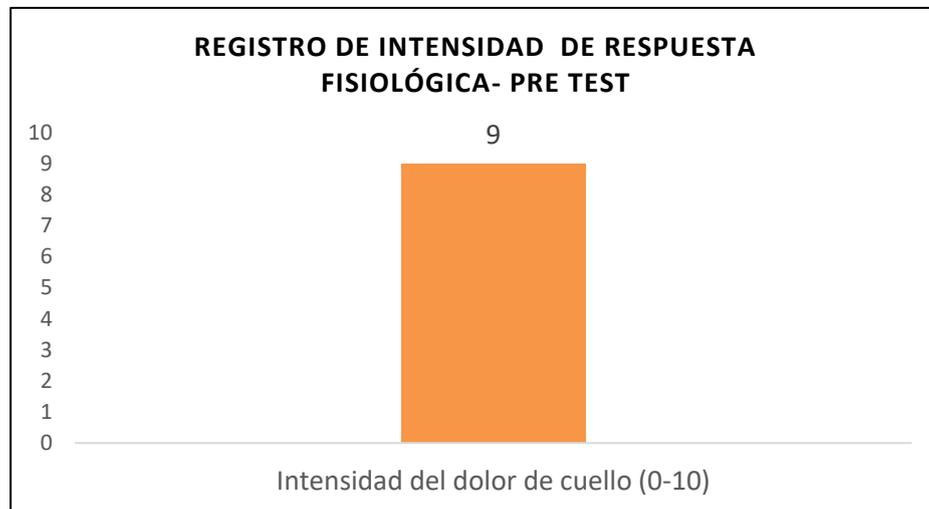
Tabla 31

Registro de la frecuencia y promedio de la respuesta fisiológica, llanto, línea base, pre-test

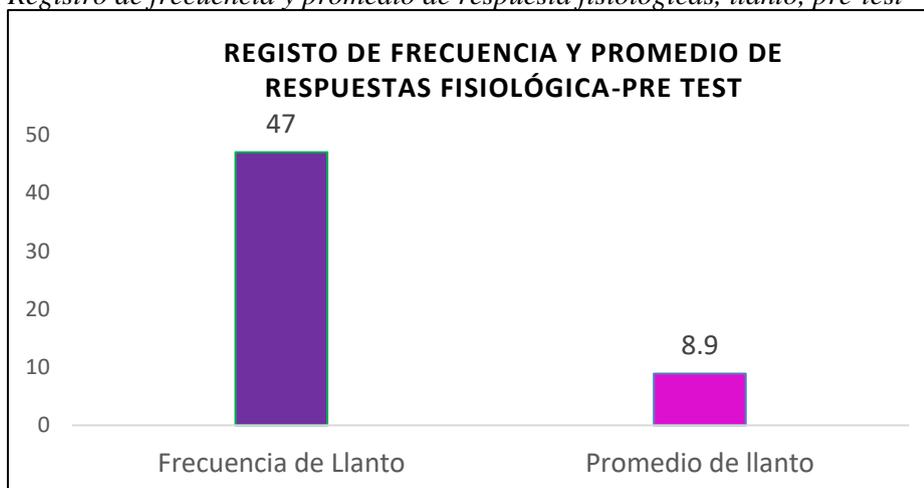
Respuesta fisiológica	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Prom
Llanto	6	7	6	7	8	7	6	47	8.9

Figura 7

Registro de intensidad de respuestas fisiológica, dolor de cuello, pretest

**Figura 8**

Registro de frecuencia y promedio de respuesta fisiológicas, llanto, pre-test



3.3. Línea bases tratamiento (B)

La línea de base tratamiento (Fase B) se refiere al reporte de las conductas problemas durante el tratamiento. En la Tabla 32 y Figura 9, se observa el registro de frecuencia de los pensamientos distorsionados encontrados durante la intervención, los cuales sirvieron como línea base. Entre ellos, se puede apreciar que para el pensamiento “Si mi padre no se hubiera

muerto, no me hubiera enfermado” se obtuvo una frecuencia de 21 con un promedio de 3, mientras que para el pensamiento “Soy una mala madre”, alcanzó una frecuencia de 19 con un promedio de 2.7, también en el pensamiento “Mis hermanas no me buscan, me dejan sola”, se encontró una frecuencia de 13 con un promedio de 2.1, además para el pensamiento “Mi madre no me supo demostrar su amor “se halló una frecuencia de 12 con un promedio de 1.7, seguido de ello, para el pensamiento “Nunca podré conseguir trabajo” se logró una frecuencia de 11 con promedio de 1.5, de igual manera en el pensamiento “No sirvo para nada”, señaló una frecuencia de 11 con promedio de 1.5.

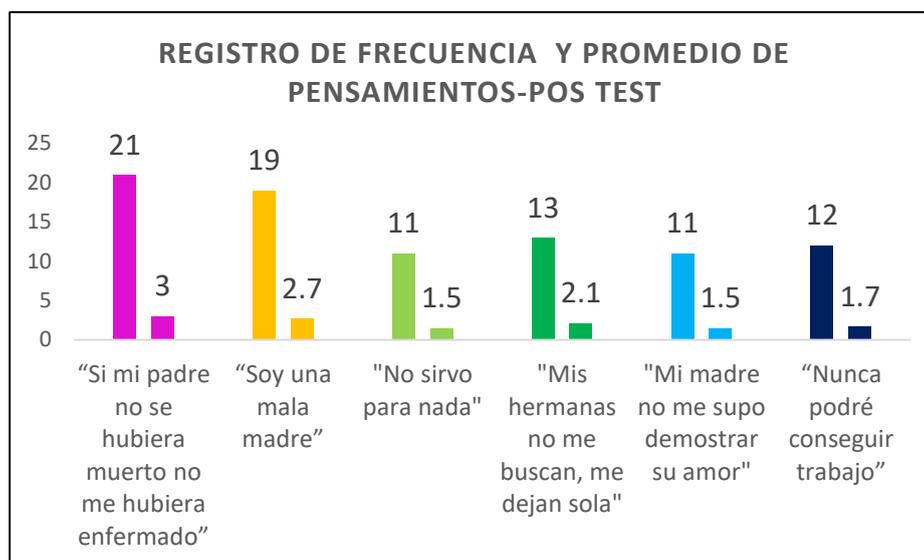
Tabla 32

Registro de frecuencia de pensamientos, durante intervención

Pensamientos negativos	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Prom
“Si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado”	4	3	3	3	3	3	2	21	3
“Soy una mala madre”	4	4	4	3	2	1	1	19	2.7
“No sirvo para nada”	2	2	2	2	1	1	1	11	1.5
“Mis hermanas no me buscan, me dejan sola”	3	2	2	2	2	1	1	13	2.1
“Nunca podré conseguir trabajo”	2	2	2	2	1	1	1	11	1.5
“Mi madre no me supo demostrar su amor”	2	2	2	2	2	1	1	12	1.7

Figura 9

Registro de frecuencia y promedio de pensamientos distorsionados, durante intervención



En cuanto a la Tabla 33,34 y Figura 10,11, se puede apreciar la frecuencia, promedio e intensidad de emociones obtenidas durante la intervención, los cuales se puede apreciar que, para la emoción Tristeza, presento una frecuencia de 18 asimismo un promedio de 2.5 con una intensidad de 3, en cuanto la emoción Cólera, exhibió una frecuencia de 16 lo que equivale a un promedio de 2.2 con una intensidad de 3, finalmente en la emoción Apatía, ostento una frecuencia de 15 igualmente un promedio de 2.1 con una intensidad de 2.

Tabla 33

Línea base (B) frecuencia y promedio de emociones, durante la intervención

	L	M	M	J	V	S	D	Frec	Pro
Tristeza (0-10)	4	3	3	3	3	1	1	18	2.5
Apatía (0-10)	3	3	3	2	2	1	1	15	2.1
Cólera (0-10)	4	3	3	3	2	1	1	16	2.2

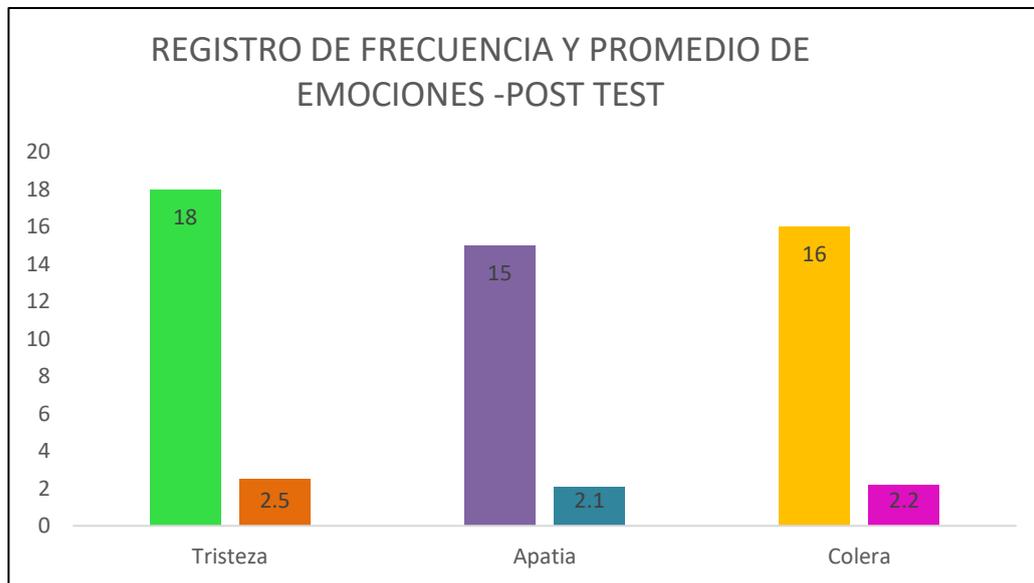
Tabla 34

Línea base (B) intensidad de emociones, durante la intervención

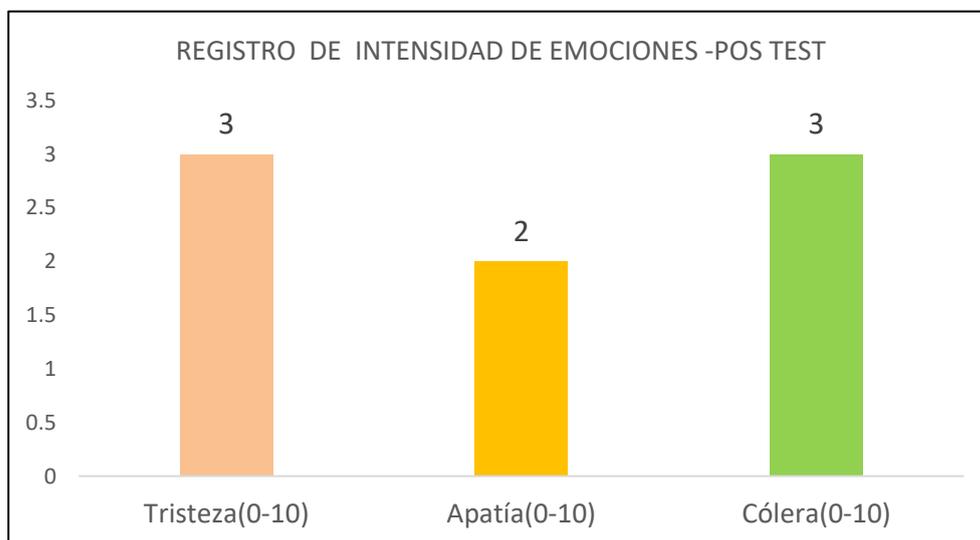
	L	M	M	J	V	S	D	Intensidad
Tristeza (0-10)	4	3	3	3	3	1	1	3
Apatía (0-10)	2	2	2	2	2	2	2	2
Cólera (0-10)	4	3	3	3	2	1	1	3

Figura 10

Registro de frecuencia y promedio de emociones, durante intervención

**Figura11**

Registro de intensidad de emociones, durante intervención



En cuanto a la Tabla 35,36 y Figura 12,13, se puede apreciar las frecuencias y los promedios de las conductas problemas obtenidas en las evaluaciones durante la intervención, en donde se halló que la conducta “Salir e interactuar con familiares y amistades”, puntuó una

frecuencia de 42 con un promedio de 6 , también el “Encerrarse en su cuarto”, ostentó una frecuencia de 22 con un promedio de 3.1 , además el “Llamar por teléfono a su hijo en horario de trabajo”, exhibió una frecuencia de 17 con un promedio de 2.4.

Tabla 35

Línea base (B) de las conductas problemáticas, según frecuencia

Conductas problema	L	M	M	J	V	S	D	Frec
Salir e interactuar con familiares y amistades	3	5	5	5	8	8	8	42
Llamar por teléfono a su hijo en horario de trabajo	3	3	3	2	2	2	2	17
Encerrarse en su cuarto	4	3	3	3	3	3	3	22

Tabla 36

Línea base (B) de las conductas problemáticas, según promedio

Conductas problema	L	M	M	J	V	S	D	Prom
Salir e interactuar con familiares y amistades	3	4	4	4	8	8	8	6
Llamar por teléfono a su hijo en horario de trabajo	3	3	3	2	2	2	2	2.4
Encerrarse en su cuarto	4	3	3	3	3	3	3	3.1

Figura 12

Registro de frecuencia de conductas problema, durante intervención

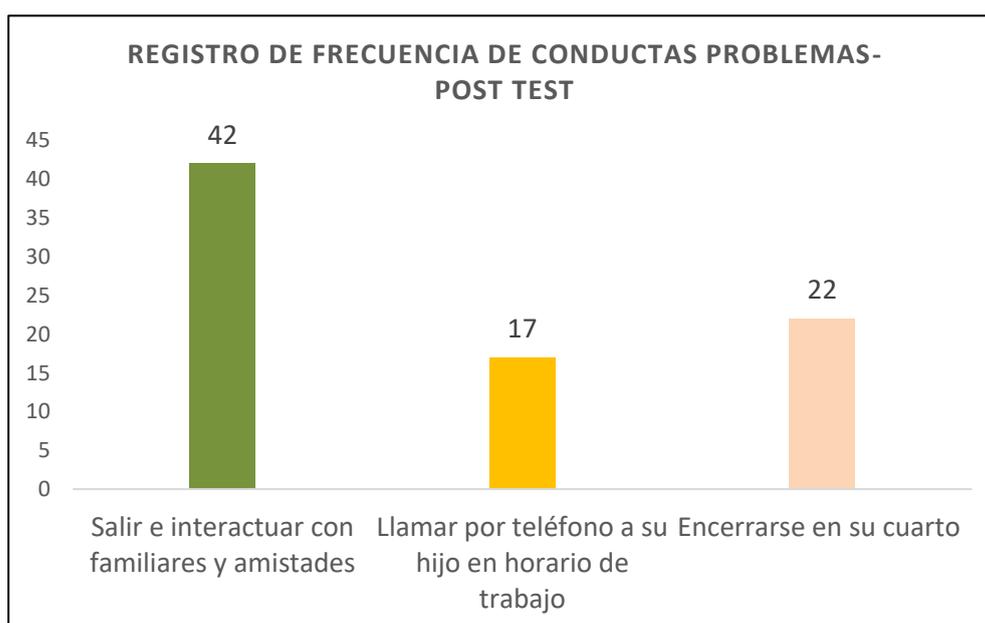
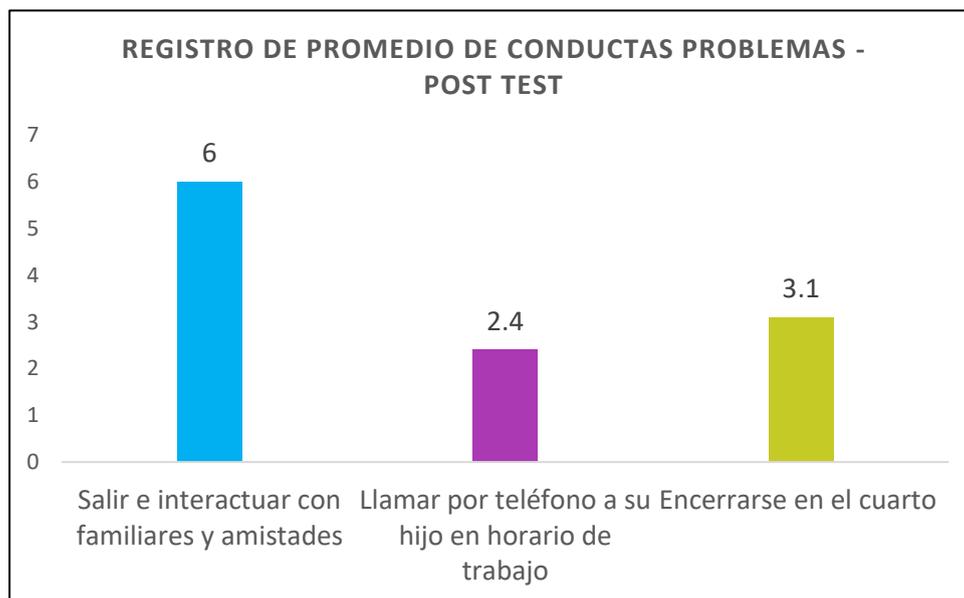


Figura 13

Registro promedio de conductas problema, durante intervención



En cuanto a la Tabla 37,38 y Figura 14,15, se puede apreciar las frecuencias, promedio e intensidad de las respuestas fisiológicas en el pre-test, en donde se halló que, en “Llanto”, exhibió una frecuencia de 17 con un promedio de 2.4 mientras que, en el “Dolor de cuello”, presentó una intensidad de 3.

Tabla 37

Registro de intensidad de respuesta fisiológica, línea base, dolor de cuello, durante intervención

Respuesta fisiológica	L	M	M	J	V	S	D	Intensidad
Dolor de cuello (0-10)	3	3	2	2	1			3

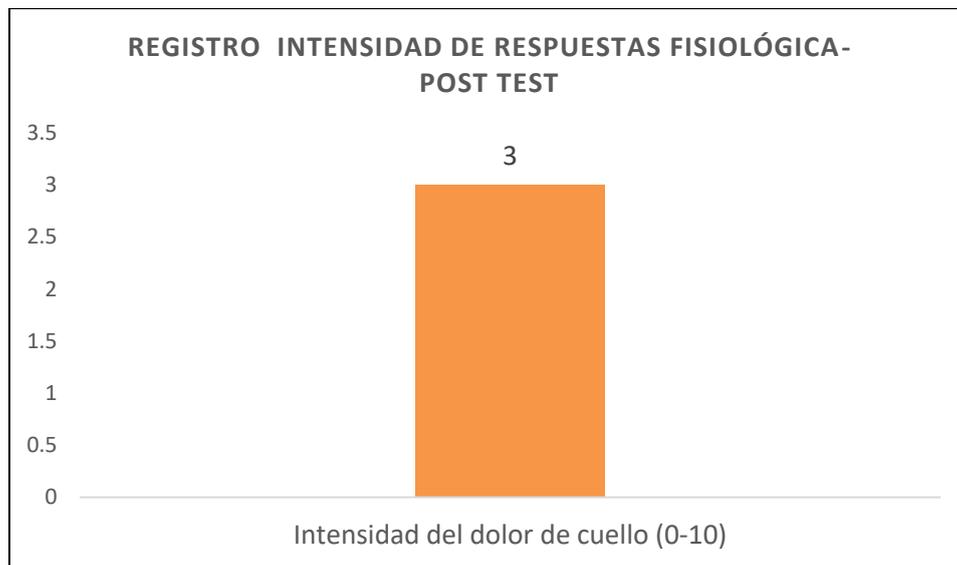
Tabla 38

Registro de frecuencia y promedio de respuesta fisiológica, llanto, línea base, durante intervención

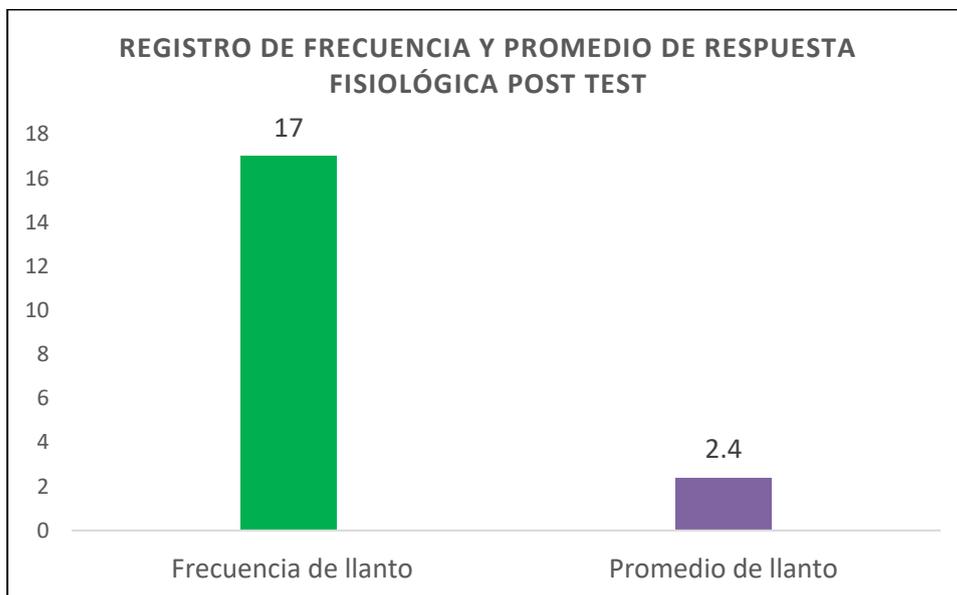
Respuesta fisiológica	L	M	M	J	V	S	D	Frec/Prom
Llanto	4	4	3	3	3			17 2.4

Figura 14

Registro de intensidad de respuesta fisiológica, dolor de cuello, durante intervención

**Figura 15**

Registro de frecuencia y promedio de respuesta fisiológica, llanto, durante intervención



3.4. Discusión de resultados

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (2020), 1 de cada 4 personas sufre algún trastorno mental a lo largo de su vida, el 12,5% de los problemas de salud son problemas de salud mental, el 50% de los adultos tienen problemas de salud mental desde el año. 15,35% Hasta el 50% de las personas no reciben tratamiento o reciben un tratamiento insuficiente, y más de 300 millones de personas en todo el mundo sufren depresión, algunas de las cuales no reciben tratamiento.

En cuanto al estado actual de los problemas de salud mental, según la OMS (2020), en países de bajos y medianos ingresos, más del 75% de las personas con depresión no reciben ningún tratamiento, convirtiéndose en un problema de salud con una gran carga económica a nivel individual e institucional, debido a las diversas pruebas y evaluaciones médicas que se realizan antes de recibir o asistir a una consulta especializada en tratamiento de la depresión, del 45% al 95% de los pacientes padecen síntomas físicos inexplicables de depresión, como debilidad, pérdida de peso, fatiga, irritabilidad, manchas en la piel, entumecimiento corporal y más predicen que la depresión se convertirá en la principal causa de discapacidad en el mundo para el 2030.

La presente investigación tuvo como objetivo principal disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual en una mujer adulta que presentaba el diagnóstico de depresión moderada, el cual implica sentimientos frecuentes de tristeza, conductas de evitación, aislamiento y estima decaída. El programa estuvo conformado por la evaluación de los pensamientos, emociones y conductas, se obtuvo indicadores iniciales y posterior a la aplicación del programa se obtuvo reducción de los síntomas mencionados.

Los resultados demuestran que se pudo cumplir el objetivo general, la evaluada inició con un puntaje de 26 en la escala de depresión y por medio de la intervención se pudo reducir

los síntomas depresivos, alcanzando al final de la intervención un puntaje de 05; asimismo, se evidencio la reducción de las distorsiones cognitivas, “soy una mala madre”, “soy una mala madre”, “mis hermanas no me buscan, me dejan sola”, “mi madre no me supo mostrar su amor”, “nunca podré conseguir trabajo”, “si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado” las cuales redujeron las emociones de tristeza, apatía, cólera y fueron mejor gestionadas y aumento las conductas de realizar actividades agradables como salir con sus familiares y amistades, ya que, obtuvo habilidades asertivas de comunicación.

Los resultados obtenidos son congruentes con estudios a nivel nacional como los de Taira (2022), quien logró reducir de manera significativa los síntomas depresivos; también con los de Serrano (2022), que a través de un programa de intervención dio como resultado una puntuación inicial de 28 en la misma escala, con una puntuación de 10 al final del programa, y los autores utilizaron principalmente técnicas cognitivas y el auto informe. Adicionalmente, para García (2021) quien logró reducir los síntomas depresivos en pacientes mediante un programa de intervención con un enfoque cognitivo-conductual; de manera similar, Calderón (2020) enfatizó el uso de la psicoeducación como un componente esencial para el cumplimiento del tratamiento, haciendo así un uso óptimo de la tecnología durante la intervención; a nivel internacional, Navarro (2018) redujo los síntomas depresivos de los pacientes de 35 a 9 puntos según la escala de Beck. Las intervenciones que utilizan enfoques cognitivo-conductuales han mostrado resultados prometedores en varios casos de depresión (Huaynates, 2019). Los principios básicos de la terapia cognitivo conductual establecen que los pensamientos son las estructuras de cómo nos sentimos y nos comportamos (Díaz et al., 2017), por lo cual, si se presentan creencias irracionales constantes en el sujeto el malestar emocional se mantendrá, debido a que no son los acontecimientos los que mantienen o generan las perturbaciones emocionales como la depresión (Ellis, 1984). Cambiar las creencias irracionales por otras más adaptativas conducirá a cambios en la experiencia emocional y el

comportamiento.

Otros estudios que respaldan la eficacia de la terapia cognitiva conductual son los de Flores (2019) y Sánchez (2019), quienes aplicando la terapia cognitivo conductual resaltan que los pensamientos predisponen el malestar emocional y la conducta desadaptativa cuando estos pensamientos no están acorde a la realidad y resistentes al cambio (Díaz et al., 2017). Desde este punto de vista refieren que, si la paciente presenta distorsiones cognitivas, entonces éstas la predispondrán a experimentar emociones inadecuadas.

Con respecto a los objetivos específicos, se alcanzó una reducción de los pensamientos distorsionados, cuyos resultados son compatibles con los de Barraca (2014) y Requena (2022) quienes utilizaron técnicas enfocadas en la reestructuración cognitiva por medio de la técnica de reestructuración cognitiva del ABCDE y autorregistros. Al respecto Beck et al. (1996) señala que existen técnicas específicas para cambiar las distorsiones cognitivas, las cuales tienen que identificarse primero con apoyo del terapeuta.

Asimismo, se obtuvo la reducción de la intensidad de emociones que generaban malestar y sufrimiento como la tristeza, cólera y culpa; Habigzang et al. (2019) encontró resultados similares, éstos fueron alcanzados por medio de cambios de pensamientos en las pacientes intervenidas; en tanto, Belloch et al. (2008) haciendo hincapié en que los pensamientos son los que impulsan los sentimientos y el comportamiento porque son nuestros filtros mentales que interpretan la realidad, pensar de una manera más flexible y realista puede reducir la disforia emocional.

Por otro lado, se consiguió reducir las respuestas fisiológicas de dolor de cuello y llanto cuando recuerda el fallecimiento de su padre, por medio de la técnica de la relajación muscular progresiva. Dicho resultado concuerda con lo hallado por Navarro (2018), quien hizo uso de técnicas de relajación muscular para respuestas psicofisiológicas y distorsiones cognitivas de los recuerdos del padre utilizando técnicas de reestructuración cognitiva ABC. Esto permite

reducir este comportamiento, lo cual es consistente con lo encontrado en los resultados.

Finalmente, se obtuvo un incremento de conductas que la mantengan activa como medio para prevenir recaídas, participar en reuniones de esparcimiento con familiares y amistades manteniendo una comunicación asertiva, para expresar sus sentimientos. Para Caballero (2014) quien halló resultados similares, señalado que el aumento de actividades agradables promueve el cambio de pensamientos distorsionados. Igualmente, Gonzales (2020) en su investigación, señaló que las personas con depresión pueden mejorar su estado de ánimo y cambiar su forma de pensar a través de actividades accesibles que les dan a los pacientes una sensación de dominio.

Las comparaciones de los resultados de la evaluación psicológica pre y post reportados en párrafos previos son coherentes con los auto reportes emitidos por la paciente en la fase A (línea base observacional), previo a la aplicación de técnicas cognitivo conductuales que busco disminuir las conductas problemas a través de la técnica detención del pensamiento , autorregistros , programación de actividades, entre otras técnicas determinando una reducción significativa de dichas conductas problemas que estaban en exceso. Respecto a las conductas referidas a las actividades y de interrelación adecuada con hermanas y amistades fueron incrementadas en su totalidad, tal como se reportan y visualizan las tablas y figuras respectivas de la Fase B (línea base de tratamiento) que duro 16 semanas.

Concluyéndose que el programa de intervención de técnicas cognitivos y conductuales disminuyeron significativamente la frecuencia de la sintomatología de la depresión moderada que presentaba la paciente.

3.5. Seguimiento

La fase de seguimiento tendrá por objetivo determinar sin la intervención terapéutica, es decir, si los cambios obtenidos en la fase B de tratamiento se mantenían y/o disminuían en

el tiempo, reportándose que dicha fase de seguimiento será monitoreado por la terapeuta aproximadamente tres meses , desarrollándose los auto registros y gráficos respectivos por la paciente, de tal forma, que se sabrá si los cambios se mantienen o disminuirán brindando retroalimentación a las conductas que realizaba la paciente durante dicho periodo. Además, por medio de la entrevista, se podrá evidenciar que la sintomatología depresiva se mantenía en los niveles de la última sesión, por lo tanto, la paciente se mantiene con los resultados sin inconvenientes, de igual manera, se recomienda la reevaluación en los siguientes tres meses.

IV. CONCLUSIONES

- 4.1 Se logró reducir la sintomatología depresiva a través de la aplicación de un programa cognitivo conductual en la paciente evaluada, mediante la utilización de técnicas como, la psicoeducación, autorregistros, respiración diafragmática, relajación muscular, reestructuración cognitiva del ABCDE, termómetro de ánimo , la distracción cognitiva, descubrimiento guiado, distracción cognitiva, técnica de dominio y agrado, programación de actividades, entrenamiento asertivo y la técnica de acuerdo asertivo. reforzamiento positivo y extensión.
- 4.2 Se consiguió disminuir las respuestas fisiológicas de llanto y dolor de cuello, por medio de la técnica de la relajación muscular progresiva a través de la técnica de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.
- 4.3 Se logró reducir la frecuencia de aquellos pensamientos distorsionados tales como: “soy una mala madre”, “no sirvo para nada”, “mis hermanas no me buscan, me dejan sola”, “nunca conseguiré trabajo”, “si mi padre no se hubiera muerto no me hubiera enfermado”, a través de autorregistros, la técnica del ABCDE de reestructuración cognitiva.
- 4.4 Se redujo la intensidad de las emociones tales como, la tristeza, apatía y cólera mediante la técnica del termómetro de ánimo, técnica de reestructuración cognitiva ABC y la técnica de distracción cognitiva.
- 4.5 Se consiguió reducir la conducta de la paciente de permanecer encerrada en su cuarto a través de la técnica de descubrimiento guiado, reforzamiento positivo y extensión.
- 4.6 Se alcanzó a reducir la conducta de la paciente de llamar a su hijo constantemente en horario de trabajo, porque se siente sola, a través de las técnicas de detención del pensamiento, reforzamiento positivo y extinción.
- 4.7 Se consiguió incrementar actividades agradables como salir con sus familiares y

amistades a través de la técnica de programación de actividades, autorregistros y la técnica de dominio agrado.

- 4.8 Se logró fomentar habilidades asertivas para comunicar sus sentimientos a través de las técnicas de entrenamiento asertivo, ensayo conductual y la técnica de acuerdo asertivo.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Realizar técnicas de programación de actividades para favorecer la ejecución de conductas que la mantengan activa como medio para prevenir recaídas.
- 5.2 Practicar técnicas de respiración y ejercicios auto dirigidos para reducir las respuestas fisiológicas y fomentar el comportamiento adaptativo.
- 5.3 Participar más activamente, la paciente, en reuniones de esparcimiento con el propósito de mantenerse ocupada en alguna actividad y evitar estar sola en casa.
- 5.4 Participar de una terapia familiar con el objetivo de lograr un óptimo apoyo familiar y social, mediante la estabilización emocional del paciente y a través del trabajo de sensibilización con madre, hijo y hermanas.
- 5.5 En relación con la evaluada, continuar con la práctica de las habilidades adquiridas para detectar las cogniciones y responder adecuadamente a estas, y así mantener los logros alcanzados.
- 5.6 Continuar con el seguimiento de manera periódica para mantener el aprendizaje de las cogniciones y conductas adaptativas.
- 5.7 Promover el uso de la terapia cognitivo conductual en personas con depresión, ya que, se ha demostrado de la aplicación de este tipo de programas de enfoque cognitivo conductual.
- 5.8 Realizar investigaciones utilizando la terapia cognitivo conductual en otras poblaciones con el mismo diagnóstico, en la cual se tendría que tener en cuenta la contextualización social.

VI. REFERENCIAS

Acevedo, M., y Gélvez, L. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (55),146-158. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194258529012>

Barraca, J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta: una guía para su puesta en práctica*. <https://directory.doabooks.org/handle/20.500.12854/40798>

Barradas, M. (2014). *Depresión en estudiantes universitarios: Una realidad indeseable*. Estados Unidos de América: Palibrio.

Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de investigación en psicología*, 22(1), 39–52. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>

Beck, J. (1979). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Fontanella.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T. (2010). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8),969-977. Doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08050721

Beck, A., Rush, F., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Descleé de Brouwer

Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (2008) *Manual de psicopatología*. Mc Graw Hill.

Belmes, D., Pano, P., Gaitan, L., Nimcowicz, D. & Wainszelbaum, D. (2007). *La observación, herramienta en la formación del psicólogo. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.* <https://www.aacademica.org/000-073/117>

Benedito Monleón, M. C., Carrió Rodríguez, M. C., Valle del Valle, G. D., & Domingo Gonzáles, A. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (92), 165-176. <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019658009.pdf>

Bernal, C. (2010). *Metodología de la Investigación*. Pearson.

Berrío, N. (2019). Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso. *Clínica Contemporánea*, 10,1 -14. <https://doi.org/10.5093/cc2019a21>

Berenzon, S.; Saavedra, N.; Medina, M.; Aparicio, V. y Galván, J. (2013) Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde vamos? *Rev. Panam. Salud Pública* 33(1), 252 – 258. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/252-258>

Bernstein, D.; Borkovec, T y Hazlet, H. (2000) New directions in progressive relaxation training: a guidebook for helping professionals. *EU: Praeger Publishing*

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

Cabezas, H., & Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30(2), 101-109. <https://www.redalyc.org/pdf/440/44030207.pdf>.

Calderón, E. (2020) *Intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión* [Tesis de especialidad, Universidad Federico Villareal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4654>

Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Fundación Foro. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Castillo, O. (2000). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio UNFV.

Castro Bertrán, A. R., & Macías Bestard, C. (2010). Actualización bibliográfica sobre técnicas de relajación. *Revista Información Científica*, 65(1). <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757306019.pdf>

Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. (1982). *Técnicas de autocontrol emocional*. Martínez Roca.

Delgado, A. (2016). *Trastorno de la personalidad antisocial en oficiales de crédito de las entidades financieras* [Tesis de Licenciatura Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Humanidades y Ciencias de la educación]. Repositorio UNSA. <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/18742>

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>

Díaz García, I.; Ruiz Fernández, A. y Villalobos Crespo, A. (2017) *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée.

Dryeden, W. y Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Desclée de Brouwer

Durand, A. (2019). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único* [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio

Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4071>

Ellis, A. (1957) Reason and emotion in psychotherapy. NY: Lyle Stuart. (Traducción: Razón y emoción en psicoterapia, Desclée De Brouwer).

Ellis, A. (1984). Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct: Part I. *Rational Living*, 14(2), 3-8. <https://albertellis.org/wp-content/uploads/2021/09/Discomfort-Anxiety-A-New-Cognitive-Behavioral-Construct-1.pdf>

Ellis, A. (1995). Rational-emotive therapy (RET) approaches to overcoming resistance: IV. Handling special kinds of clients. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 26-42. <https://psycnet.apa.org/record/2010-10108-008>

Flores, V. (2019). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo - conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana, Perú*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad San Martín de Porres]. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5567>

Gaeta González, L., & Galvanovskis Kasparane, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 403-425.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29211992013.pdf>

García, A. (2009). La depresión en adolescentes. *INJUVE*, 85-104.
<http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>

García, V. (2021). *Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual de un caso de trastorno depresivo recurrente con rasgos de personalidad dependiente*. [Trabajo académico de segunda especialidad, USMP].
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/9177>

Gonzales, A. (2012). *Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro*. [Tesis de pregrado, Universidad Wiener].
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/67>

González, M. (2020). *Intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión de CINAMU-Los Santos*. [Tesis para optar al grado de Magister en Psicología]. Universidad Especializada de las Américas.

Guzmán, P. (2009). *Manual Registro de opiniones. Forma A (Regopina)*. Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Habigzang, L. F., Gomes Ferreira Petersen, M., & Zamagna Maciel, L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 249-264.
<https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>

Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.

Hernández, R., Romero, D., Alcázar, D., Vogel, N. y Reyes, D. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 8(1), 15-28., de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-18332017000100015&lng=es&tlng=es.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6° ed.). Mc Graw-Hill Educación

Huaynates, M. (2019). *Terapia Cognitivo Conductual en una mujer adulta depresiva consentimientos de culpa, Lima, Perú*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3489>

Kerlinger, F. y H. Lee (2002). *Investigación del comportamiento*. McGraw Hill/ Interamericana.

Klerman, G. (1987). The classification of bipolar disorders. *Psychiatric Annals*, 17(1), 13–17. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19870101-04>

Ministerio de salud (2018). *Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>

Ministerio de Salud (2021). *Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021* [Internet]. Gob.pe. 2022 [citado 7 diciembre de 2022]. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021/>

National Institute of Mental Health (2021) *Mental Illness*. Mental Health Information. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>

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

Organización Mundial de la Salud (2021) *Depresión*. Centro de Prensa. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud (2015). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales* [Internet]. 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ortega, J., & Climent, A. (2004). Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social. *Clínica y Salud: Investigación Empírica en Psicología*, 15(2), 177-214.

Pauth, M. (2019). *Terapia cognitiva conductual en un paciente con trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo persistente*. [Tesis de Maestría, Universidad del Norte de Barranquilla]. Repositorio. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9255/141108.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Puerta, C., & Cruz, D. (2003). Influencia de la respiración diafragmática en la motricidad fina. *Acta Colombiana de Psicología*, (10), 89-95.

Requena, C. (2022). *Intervención cognitiva conductual en depresión en una mujer adulta*. [Trabajo académico de segunda especialidad, UNFV]. Repositorio UNFV. https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6164/TESIS_

REQUENA_HERRERA_CARLA_XIMENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Risueño, S. (2018). *Intervención psicológica en personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental*. [Tesis para optar el grado de Magister]. Universidad de Oviedo. Repositorio Universidad de Oviedo. https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/46057/TFM_SofiaRisue%3b1oGonzalez.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Sánchez, B. (2019). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo-conductual para un caso de depresión en una adolescente con rasgos de personalidad esquizoide* [Tesis de pregrado, USMP Repositorio USMP]. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5571> quitar espacios entre palabras

Serrano, C. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta joven con depresión*. [Trabajo académico de segunda especialidad, UNFV]. Repositorio UNFV. https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6026/UNFV_FP_Serrano_Cardenas_Judith_Ofelia_Segunda_especialidad_2022.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Silva, M. (2020). *Resumen crítico sobre el método de estudio de caso y tipo de diseño intraserie*. Corporación Universitaria Minuto de Dios. <https://www.coursehero.com/file/80954854/RESUMEN-CRITICO-Marciadocx/>

Siverio, M. & García, M. (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 23(1), 41-48.

Solís, C. (2007). *El Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II (MCMI- II): Validez y Confiabilidad en Pacientes de Dos Hospitales de Salud Mental de Lima Metropolitana*. [Tesis de Licenciatura, PUCP]. Repositorio PUCP. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/4820>

Stallard, Paul (2007) *Pensar bien, sentirse bien*. Descleé de Brouwser.
https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/pensar_bien_-_sentirse_bien__ma_-_stallard_paul1.pdf

Taira, S. (2022). *Terapia cognitivo conductual para un adulto con depresión* [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://hdl.handle.net/20.500.13084/5966>

Vernon A., & Doyle, K. (2017). *Cognitive Behavior Therapies: a guidebook for practitioners*. Wiley.
<http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/7719/1/872.pdf>

Yánac, E. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer joven con síntomas depresivos*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/6003>Zarraca, J. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(3),183-197. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1397796>

VII. Anexos
Anexo A: Pre-test
Inventario de Depresión de Beck



BDI ≡

Identificación Fecha

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

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

Identificación Fecha

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
2 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
1 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
2 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación Fecha

15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

26

Depresión moderada

Anexo B: Test de Personalidad

Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon – MCMI - II

Inventario clínico multiaxial de personalidad de Millon – MCMI II

HOJA DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO DE MILLON

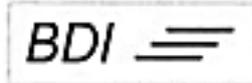
Nombre: Edad:

Grado de instrucción: Fecha:

Marque con un aspa la respuesta (v = verdadero; f = falso) que mejor le describa a usted y a su manera de ser.

	V	F		V	F		V	F		V	F		V	F		V	F			
1		X	26	X		51	X		76	X		101		X	126		X	151	X	
2	X		27	X		52		X	77	X		102	X		127		X	152		X
3	X		28		X	53	X		78		X	103		X	128		X	153	X	
4	X		29	X		54	X		79		X	104		X	129		X	154		X
5	X		30		X	55		X	80		X	105		X	130		X	155		X
6		X	31		X	56		X	81	X		106	X		131		X	156	X	
7		X	32	X		57		X	82		X	107		X	132	X		157		X
8		X	33	X		58	X		83	X		108	X		133	X		158		X
9	X		34	X		59		X	84		X	109	X		134	X		159	X	
10	X		35		X	60		X	85		X	110	X		135		X	160		X
11		X	36	X		61		X	86		X	111		X	136		X	161	X	
12	X		37		X	62		X	87		X	112		X	137		X	162		X
13	X		38		X	63	X		88		X	113	X		138	X		163		X
14		X	39	X		64		X	89		X	114		X	139		X	164		X
15		X	40		X	65	X		90		X	115		X	140		X	165		X
16		X	41	X		66	X		91		X	116		X	141	X		166		X
17		X	42	X		67		X	92		X	117		X	142		X	167	X	
18	X		43		X	68		X	93		X	118		X	143	X		168		X
19	X		44		X	69		X	94		X	119		X	144	X		169		X
20		X	45	X		70		X	95	X		120	X		145		X	170		X
21	X		46		X	71	X		96	X		121		X	146		X	171		X
22	X		47	X		72	X		97	X		122		X	147		X	172		X
23	X		48		X	73		X	98	X		123		X	148		X	173		X
24	X		49	X		74		X	99	X		124		X	149	X		174		X
25	X		50	X		75		X	100		X	125		X	150		X	175		X

Anexo D: Post - test
Inventario de Depresión de Beck



Identificación Fecha

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

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

Identificación Fecha

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continualmente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación Fecha

15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

5

No depresión

Anexo F

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Estelma Constante Diaz, de 40 años, con sexo
..... identificado/a con Nro. DNI 10202046....., con domicilio
en Establecimiento 6040 Tejudo 2900.....

MANIFIESTO QUE:

1. He recibido del/la Psicóloga Karla Estefany Gama e Diaz, registrada con número de colegiatura 31465, la información necesaria, de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito del proceso psicológico denominado terapia cognitivo conductual, la cual se basa en la premisa de modificar los pensamientos y la conducta a través de múltiples técnicas terapéuticas con el objetivo de mejorar mi calidad de vida.
2. Que, una vez valorada la necesidad del tratamiento de la que he recibido información en los términos anteriormente indicados, comprendo que, la temporalidad de la intervención básicamente culminará en común acuerdo con el/la psicólogo/a teniendo en cuenta la valoración de los objetivos alcanzados, asimismo, la terapia se llevará a cabo a través de sesiones terapéuticas de 55 minutos de duración y la frecuencia de las sesiones será acordada teniendo en cuenta las características del caso.
3. En cuanto a los beneficios del tratamiento psicoterapéutico, he comprendido que obtendré herramientas para manejar conflictos, me ayudará a cambiar las creencias limitantes, a vivir en armonía conmigo mismo y con los demás.
4. Asimismo, tengo conocimiento que los riesgos de la intervención son mínimos, porque el/la profesional es una persona capacitada y con amplia experiencia en el acompañamiento clínico, por eso si existe un riesgo de crisis como posibles activaciones emocionales negativas que, aunque son parte natural del proceso, podrían generar complicaciones a nivel comportamental y anímico, ésta será orientada y abordada de forma profesional.
5. Los datos que se recogerán y formarán parte de mi historia clínica, tienen como única finalidad, elaborar los documentos derivados de esta intervención profesional,

seguimiento posterior y las funciones propias de la actividad profesional que los justifica.

6. La confidencialidad se respetará en todo momento. Ninguna información será comunicada, directa o indirectamente, a un tercero sin mi consentimiento informado y por escrito, a menos que la vida de otra persona o mi vida estén en peligro, o la ley lo exija; cumpliendo así la obligación de confidencialidad y preceptos que rigen en el Código Deontológico y normas de deontología profesional de la Psicología.
7. Que en cualquier momento el titular de los datos personales podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, portabilidad y limitación del tratamiento, dirigiéndose por escrito al profesional de Psicología antes indicado, en la dirección de correo electrónico karla210494@gmail.com.
8. Consiento que la intervención psicológica será por medio virtual o sesiones on-line, asimismo, entiendo que la orientación a distancia es una experiencia con diferencias en comparación con las sesiones presenciales, sin embargo, estas se llevarán a cabo en un entorno de privacidad en la que, salvo acuerdo, no habrá terceras personas participantes con el fin de evitar interrupciones.

Tomando ello en consideración, por el presente documento, expresamente **AUTORIZO y ME COMPROMETO**, con el/la Psicólogo/a Karli Gomez Diaz, para realizar la citada intervención profesional, y **OTORGO** mi expreso **CONSENTIMIENTO** para que realice las indicadas intervenciones, y para que los datos sean incorporados a mi historia clínica antes mencionada para su tratamiento conforme a los fines especificados.

Lima, ~~DA~~ de mayo del 2022



Firma del Psicólogo(a)

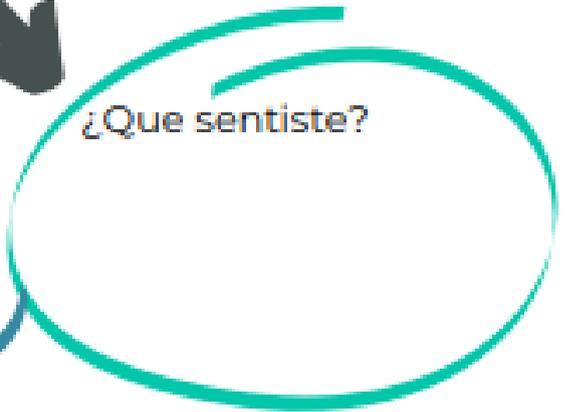
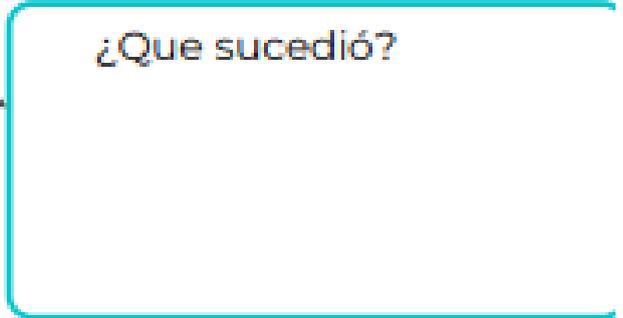
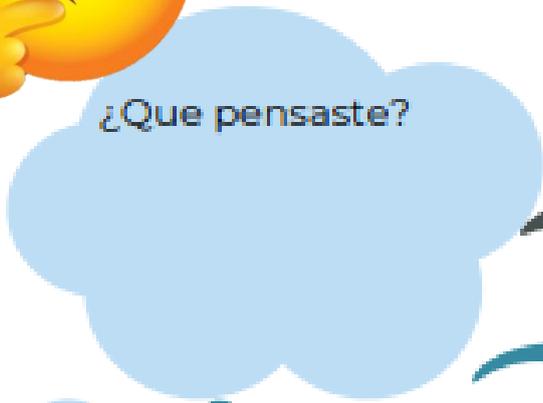


N° de DNI 10202046

Firma de Paciente

Anexo G
La depresión en mi día

LA DEPRESIÓN EN MI DÍA



Anexo H
Pensamientos

Apropiarme de mis
Pensamientos

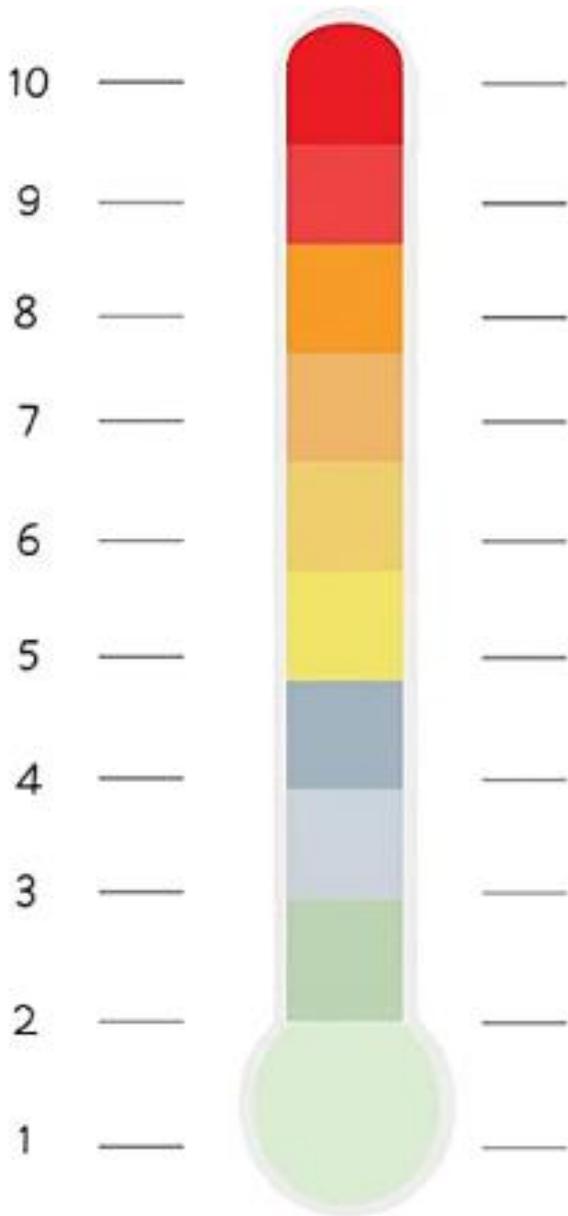
¿Que limitaciones instalan en su vida dichos pensamientos?

¿Que reacciones provocan en los demas?



¿Se le ocurre alguna forma de reescribir dichos pensamientos?

Termómetro de animo



¿Qué emociones sientes?



Anexo L

Ruleta de hábitos

Anota tus hábitos que te propongas durante un mes ;Tú puedes!

The image shows a circular habit wheel template. In the center is a large circle containing the text **MES:** followed by a horizontal line for writing the month. Surrounding this central circle is an outer ring divided into 31 equal segments, each representing a day of the month. The days are numbered from 1 to 31 in a clockwise direction starting from the top. The entire wheel is set against a light purple background.