



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA CON DEPRESIÓN MODERADA

**Línea de investigación:
Salud mental**

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

Autora

Tello Rojas, Susan Meyllin

Asesora

Sullcahuaman Amesquita, Jessica Jesús

ORCID: 0000-0002-5317-7649

Jurado

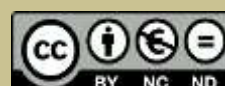
Mendoza Huamán, Vicente

López Odar, Dennis

Martínez Portillo, Armando

Lima - Perú

2024



CASO: Intervención Cognitiva Conductual en una mujer adulta con depresión moderada.

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJS DEL ESTUD

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

2

Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal

Trabajo del estudiante

3

Submitted to Universidad Europea de Madrid

Trabajo del estudiante

4

hdl.handle.net

Fuente de Internet

5

es.scribd.com

Fuente de Internet

6

Submitted to Universidad Internacional de la Rioja

Trabajo del estudiante

7

vbook.pub

Fuente de Internet

8

Submitted to Universidad Politécnica del Perú

Trabajo del estudiante

9

repositorio.unfv.edu.pe:8080

Fuente de Internet

10

revistas.unife.edu.pe

Fuente de Internet

11

ru.dgb.unam.mx

Fuente de Internet

12

www.coursehero.com

Fuente de Internet

13

www.researchgate.net

Fuente de Internet

14

kupdf.net

Fuente de Internet

15

Submitted to Ana G. Méndez University

Trabajo del estudiante



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA CON DEPRESIÓN MODERADA

Línea de Investigación:

Salud Mental

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

Autora:

Tello Rojas, Susan Meyllin

Asesora:

Sullcahuaman Amesquita, Jessica Jesús

ORCID: 0000-0002-5317-7649

Jurado:

Mendoza Huamán, Vicente

López Odar, Dennis

Martínez Portillo, Armando

Lima - Perú

2024

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a mi nuevo
sentido de vida, mi hijo Gael Alejandro.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por abrirme caminos en mi vida profesional y bendecirme.

Agradezco a mi familia por su gran apoyo en este camino a mi papá Fernando Tello y mi mamá Georgina María.

Agradezco a mis profesores de la universidad y todas aquellas personas quienes me orientaron de buena voluntad por mi bienestar.

Muchas gracias.

Índice

Resumen.....	9
Abstract	10
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Antecedentes	13
1.2.1 Antecedentes Nacionales e internacionales.....	13
1.2.2 Fundamentación Teórica.....	16
1.3 Objetivos	32
1.3.1 Objetivo General	32
1.3.2 Objetivo Específicos	32
1.4 Justificación.....	32
1.5 Impactos esperados del trabajo académicos	33
II. METODOLOGÍA	34
2.1 Tipo y diseño de investigación	34
2.2 Variables de Investigación.....	34
2.3 Participante.....	34
2.4 Evaluación Psicológica	35
2.4.1 Observación psicológica.....	35
2.4.2 Entrevista (antecedentes históricos o anamnesis).....	36
2.4.3. Test o pruebas aplicadas	42
2.4.3 Análisis e interpretación de resultados de la Evaluación Psicológica, conclusión diagnóstica y recomendaciones	50

2.5	Intervención.....	62
2.5.1	Objetivos	62
2.5.2	Plan de intervención	64
2.5.3	Programa de Intervención	67
III.	RESULTADOS	83
3.1	Resultados pre y post intervención.....	83
3.2	Discusión de resultados	94
3.3	Seguimiento.....	95
IV.	CONCLUSIONES	96
V.	RECOMENDACIONES	97
VI.	REFERENCIAS	98
VII.	ANEXOS	107
	ANEXO A.....	107
	ANEXO B.....	111
	ANEXO C.....	112
	ANEXO D.....	113
	ANEXO E	114
	ANEXO F	117
	ANEXO G.....	118
	ANEXO H.....	119

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Clasificación de los Trastornos del Humor o Afectivos:</i>	20
Tabla 2 <i>Criterios del episodio depresivo mayor:</i>	23
Tabla 3 <i>Ficha Técnica del Inventario de Depresión de Beck BDI-II</i>	43
Tabla 4 <i>Ficha Técnica de la Escala de Desesperanza de Beck – BHS</i>	45
Tabla 5 <i>Ficha Técnica de la Escala de Autoestima de Coopersmith -SEL</i>	46
Tabla 6 <i>Ficha Técnica del Inventario de Pensamientos Automáticos -IPA</i>	48
Tabla 7 <i>Análisis funcional de la conducta</i>	55
Tabla 8 <i>Análisis funcional conductual descriptivo (Ed--- R --- Er)</i>	56
Tabla 9 <i>Análisis funcional cognitivo</i>	58
Tabla 10 <i>Criterios Diagnósticos para el episodio depresivo</i>	60
Tabla 11 <i>Calendarización del programa de intervención bajo el modelo Cognitivo Conductual</i>	64
Tabla 12 <i>Sesión 01: Entrevista psicológica y observación de la conducta para determinar el problema actual</i>	67
Tabla 13 <i>Sesión 02: Entrevista y evaluación psicológicas</i>	68
Tabla 14 <i>Sesión 03: Evaluación psicológica y explicación de la depresión</i>	69
Tabla 15 <i>Sesión 04: Análisis funcional del problema y autorregistros para la línea base</i>	70
Tabla 16 <i>Sesión 01: Técnicas de relajación</i>	71
Tabla 17 <i>Sesión 02: Beneficios del mindfulness</i>	72
Tabla 18 <i>Sesión 03: Psicoeducación de la ABC y reconocer los pensamientos disfuncionales</i>	73
Tabla 19 <i>Sesión 4: Restructuración cognitiva del pensamiento automático</i>	74

Tabla 20 <i>Sesión 5: Reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos</i>	75
Tabla 21 <i>Sesión 6: Autoestima y autoimagen</i>	76
Tabla 22 <i>Sesión 7: Autoestima y autoconcepto</i>	77
Tabla 23 <i>Sesión 8: Psicoeducación de la activación conductual y programación de actividades</i>	78
Tabla 24 <i>Sesión 9: Activación conductual y comprobación de su efectividad en el estado del ánimo</i>	79
Tabla 25 <i>Sesión 10: Activación conductual y jerarquización de actividades</i>	80
Tabla 26 <i>Sesión 11: Habilidades de resolución de problemas</i>	81
Tabla 27 <i>Sesión 12: Prevención de recaídas y seguimiento</i>	82
Tabla 28 <i>Análisis cuantitativo del Inventario de Depresión de Beck BDI-II Pre y Post Test</i>	88
Tabla 29 <i>Análisis cuantitativo de la Escala de Desesperanza de Beck (BHE) Pre y Post Test</i>	89
Tabla 30 <i>Análisis cuantitativo y cualitativo de la Escala de la Autoestima de Coopersmith pre y post test</i>	91
Tabla 31 <i>Análisis cuantitativo del Inventario de Pensamientos Automáticos -IPA pre y post test</i>	92

Índice de figuras

Figura 1 <i>Registro de frecuencia de pensamientos pre y pos-test</i>	83
Figura 2 <i>Registro pre y post test de la intensidad de las emociones</i>	83
Figura 3 <i>Registro pre y post test de conductas disfuncionales</i>	85
Figura 4 <i>Registro pre y post de conductas funcionales</i>	86
Figura 5 <i>Resultados del pre y post test de la intensidad de los síntomas fisiológicos</i>	87
Figura 6 <i>Resultados pre y post test del Inventario de Depresión de Beck BDI-II</i>	89
Figura 7 <i>Resultados pre y post test de la Escala de Desesperanza de Beck</i>	90
Figura 8 <i>Resultados pre y post test de la Escala de Autoestima de Coopersmith</i>	91
Figura 9 <i>Resultados pre y post test del Inventario de Pensamientos Automáticos</i>	93

Resumen

Se presenta un estudio de caso de una mujer adulta diagnosticada con depresión moderada donde se aplica un programa de terapia cognitiva conductual de diseño de caso único A-B de tipo experimental, de caso único. El objetivo general es disminuir los niveles de depresión en una mujer adulta mediante un programa de intervención cognitivo conductual. Para la evaluación psicométrica se utilizó: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Desesperanza de Beck, Inventario de Pensamientos Automáticos y Escala de Autoestima de Coopersmith. Se utilizaron técnicas cognitivas conductuales: psicoeducación, reestructuración cognitiva, triple columna, debate socrático, reatribución, búsqueda de evidencias, modelado, role playing, respiración diafragmática, programación de actividades, solución de problemas, autorregistros y asignación de tareas; también se usaron técnicas contextuales: mindfulness, activación conductual, a través de 16 sesiones. Los resultados fueron favorables, se evidencia una disminución de los síntomas depresivos de la paciente, confirmando la eficacia de la terapia cognitiva conductual para la depresión.

Palabras clave: depresión, salud mental, terapia cognitivo conductual

Abstract

A case study of an adult woman diagnosed with moderate depression is presented in which an experimental design, single case cognitive behavioral therapy program is applied. The general objective is to reduce the levels of depression in an adult woman by means of a cognitive behavioral intervention program. The Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale, Automatic Thoughts Inventory and Coopersmith Self-Esteem Scale were used for the psychometric evaluation. Cognitive behavioral techniques were used: psychoeducation, cognitive restructuring, triple column, socratic debate, reattribution, search for evidence, modeling, role playing, diaphragmatic breathing, activity scheduling, problem solving, self-registration and homework assignment; contextual techniques were also used: mindfulness and behavioral activation, through 16 sessions. The results were favorable, showing a decrease in the patient's depressive symptoms, confirming the efficacy of cognitive behavioral therapy for depression.

Key words: Health mental, depression, cognitive behavioral therapy

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023a) afirma que los casos de depresión a nivel mundial superan los 200 millones de personas con depresión distribuidos en todo tipo de población; sin embargo, es más frecuente en las mujeres que entre los hombres. Los tratamientos psicológicos son la base para la intervención en la depresión, de acuerdo a la gravedad de los síntomas, hoy en día el tratamiento es integrado con el uso de antidepresivos. En el Perú, la depresión es el trastorno de mayor prevalencia en los problemas de salud mental y cada año se evidencia el aumento de los casos por depresión (Ministerio de Salud [MINSA], 2023a), pero lamentablemente cada año se va disminuyendo el presupuesto económico por la salud mental. En el caso de las personas con síntomas depresivos, se van generando cada vez más frecuentes los episodios depresivos en su curso de vida. Para ello es importante establecer terapias eficaces para la depresión, así como el tratamiento cognitivo conductual, de lo cual el presente trabajo tiene como objetivo evidenciar los resultados favorables de la terapia en la depresión mediante un diseño de caso único A-B de tipo experimental. Se describen las fases de evaluación, intervención y seguimiento, así como las técnicas, el desarrollo de las sesiones y los resultados del programa.

1.1. Descripción del problema

Los trastornos de salud mental son las principales causas de discapacidad a nivel mundial, limitan la capacidad de las personas en sus estudios, trabajo, familia y a nivel de su comunidad, además que aumenta la prevalencia de mayor riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) refiere que en todos los países del mundo los trastornos mentales son muy comunes, aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre de algún trastorno mental, debido a que la mayoría de los sistemas sociales y de la

salud, no priorizan la salud mental y no prestan el apoyo oportuno a las personas que lo necesitan. Los trastornos de ansiedad y depresión son los más frecuentes y el suicidio continúa siendo una de las principales causas de muertes entre los jóvenes. Una de las mayores consecuencias está asociado a la pandemia de COVID 19, ya que ha desencadenado una crisis mundial de salud mental afectando a millones de personas y generando un aumento del más del 25% de trastornos de ansiedad y depresión durante el primer año de la pandemia.

Actualmente, la depresión es un trastorno mental que afecta a más de 280 millones de personas y se estima que el 5% de los adultos sufren de depresión y es un 50% más frecuente en las mujeres que entre los hombres. A pesar de que existe alta prevalencia de los casos de depresión a nivel mundial, muchas personas no reciben la atención oportuna para su salud mental, el 75% de las personas de países de ingresos bajos y medianos no reciben tratamiento (OMS, 2023a).

De acuerdo con MINSA (2023a), en su nota de prensa afirma que la depresión es el trastorno mental más recurrente en el país, según su estadística indica que atendieron 247 mil 171 casos de depresión durante el año 2022, de lo cual el 75.24% son mujeres; sin embargo, puede afectar a cualquier persona, pero continúa siendo más frecuente en las mujeres y en los grupos vulnerables. Los síntomas conllevan a una discapacidad porque los síntomas de la depresión afectan de manera significativa la forma de pensar, sentir y coordinar actividades, además se van generando limitaciones en el desempeño con eficacia y conlleva al suicidio; en ese mismo año reportaron 614 personas fallecidas por suicidio, por ello resalta la importancia del tratamiento oportuno de la depresión.

Las atenciones en salud mental en el Perú por casos de depresión se incrementaron en promedio 21.6% a comparación con el primer trimestre del año pasado (MINSA,2023b). A pesar

de ello, el presupuesto en salud mental es menor del 2% del total y se ha reducido en un 41% el monto destinado al tratamiento de los trastornos afectivos (Morales, 2022), generando dificultad en el acceso del servicio de salud mental a nivel nacional a pesar del aumento de la demanda, por otro lado, la reducción del presupuesto contribuye a que los Centros de Salud Mental Comunitarios no cuenten con suficientes de profesionales de la salud mental y eso conlleva a que las personas busquen una atención en el sector privado, pero el acceso es restringido a las personas en situación de pobreza debido a los altos costos del tratamiento en salud mental (Academia Nacional de Medicina, 2022).

Por lo tanto, la depresión es la primera causa de discapacidad en salud mental en el mundo y en el Perú es el trastorno de salud mental que más prevalece en la actualidad (MINSA, 2023a), la pobreza, la alta demanda y el escaso presupuesto en la salud mental son las principales barreras de acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno para superar los trastornos afectivos, de lo cual conlleva a años perdidos de vida, mayor comorbilidad, discapacidad y la muerte (Socios en Salud, 2023).

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales e internacionales

1.2.1.1. Nacionales. Puelles (2022) expone el estudio de caso de una intervención cognitivo conductual en una joven con depresión, de tipo experimental, donde utiliza técnicas como la psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, dominio y agrado, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas; de lo cual los resultados fueron favorables al cumplir los objetivos de disminuir los síntomas depresivos.

Suárez (2022) presenta el caso clínico de una mujer residente en Lima, Perú con depresión

moderada de lo cual interviene mediante un programa cognitivo conductual de tipo preexperimental con diseño de preprueba y posprueba. Utilizó la reestructuración de los pensamientos automáticos y las creencias, alcanzando los objetivos de la disminución de los síntomas que afectan a la funcionalidad de la paciente.

Taira (2022) presenta el estudio de caso clínico de un adulto peruano con depresión moderada, donde aplica un programa de terapia cognitivo conductual mediante diversas técnicas como la psicoeducación, programación de actividades, técnicas de respiración, autorregistros, así como la reestructuración cognitiva, el descubrimiento guiado, las tres columnas, reatribución, autoinstrucciones, solución de problemas y habilidades sociales, de lo cual los resultados son favorables porque logra disminuir los síntomas depresivos.

Feijoo (2021) presenta su estudio de caso de una mujer adulta con trastorno depresivo recurrente de lo cual desde el modelo cognitivo conductual propone un programa de intervención utilizando diversas técnicas como la psicoeducación, programación de actividades, dominio y agrado, reestructuración cognitiva, respiración diafragmática, termómetro emocional y autorregistros, entre otros.

Vásquez (2021) realizó un programa de intervención cognitiva conductual para usuarios diagnosticados con depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario en el Perú, de tipo aplicada, con diseño descriptivo propositivo, no experimental. Basado en el modelo cognitivo conductual, el programa de intervención tuvo 10 sesiones dirigidas a la modificación de pensamientos distorsionados, creencias irracionales y la disminución de conducta disfuncional, de lo cual se evidencia que en las mujeres el 40% de los participantes son mujeres y padecen depresión grave y el 28% depresión moderada.

1.2.1.2. Internacionales. González (2023) expone en caso de una paciente con diagnóstico

de trastorno depresivo mayor con ansiedad, de lo cual propone un tratamiento cognitivo conductual con objetivos enfocados en la gestión emocional y el autoconocimiento, así como el aumento de actividades, creencias irracionales y aumento de las habilidades sociales y asertivas mediante 17 sesiones, logrando los objetivos propuestos.

Lacomba et al. (2021), emplearon la terapia cognitiva conductual grupal en pacientes con trastornos depresivos persistentes en España, de lo cual evaluaron la eficacia del programa mediante una pre, post intervención y seguimiento, de lo cual, después de la aplicación del programa se evidenciaron un efecto favorable ante los niveles altos de síntomas depresivos de lo cual mejoraron tras la intervención y se mantienen estables en el seguimiento posterior a los 6 meses.

García (2019) realizó un estudio de caso único de una aplicación de terapia cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo grave, de lo cual fue realizado en 10 sesiones, para ello utilizó la terapia de activación conductual y técnicas cognitivas como las de reestructuración cognitiva, técnicas de resolución de problemas, autorregistros y ensayo conductual. Al finalizar la intervención obtuvo resultados favorables al lograr disminuir los síntomas depresivos.

Acevedo y Gélvez (2018), realizaron un reporte de caso en Bolivia mediante una intervención cognitivo conductual en una paciente con depresión persistente, estructurado en 14 sesiones de frecuencia semanal, de lo cual utilizaron técnicas como la psicoeducación, reatribución, conceptualización alternativa, registros de pensamientos inadecuados, clasificación de distorsiones cognitivas, discusión y debate de creencias, análisis y evaluación empírica, flecha descendente, descentramiento, cuestionamiento socrático, solución de problemas y entrenamiento en autoestima. Concluyeron que la terapia cognitiva, es efectiva en el tratamiento del trastorno depresivo persistente, logrando una disminución significativa de los síntomas depresivos.

Goyeneche (2018), realiza una intervención cognitivo conductual en una mujer boliviana

de 39 años con depresión mayor, para la evaluación utilizó el Inventario de Depresión de Beck-BDI-II, mediante 11 sesiones de intervención, logró obtener resultados favorables de lo cual el tratamiento permitió disminuir los síntomas depresivos, reducir los pensamientos de minusvalía, baja autoestima, mediante la reestructuración cognitiva, técnica de respiración diafragmática, reatribución, resolución de problemas, toma de decisiones y cuestionamiento socrático .

1.2.2. Fundamentación Teórica

1.2.2.1. Definición de la depresión. La OPS (2023) define a la depresión como una enfermedad común y grave que se caracteriza por presentar una tristeza persistente y la pérdida de interés en las actividades de disfrute, existe una pérdida de energía, alteración del apetito y del sueño, sentimientos de inutilidad, culpa y desesperanza. Es una enfermedad que puede causar síntomas graves y afecta a cualquier persona, sin tener en cuenta la edad ni sexo, cultura ni nivel socioeconómico, de acuerdo con el (National Institute of Mental Health [NIMH], 2024a).

1.2.2.2. Tipos de depresión. Los episodios depresivos se clasifican en 3 niveles: leves, moderados o graves, en función de la cantidad y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones y afectación en el funcionamiento de la persona (OMS, 2023a).

El NIMH (2024b) afirma que ciertos tipos de depresión ocurren exclusivamente en las diferentes etapas de la mujer como el embarazo, el período postparto y la perimenopausia y el ciclo menstrual. Por otro lado, algunas mujeres tienen solo algunos síntomas de la depresión, mientras que otras tienen muchos síntomas. La gravedad y la frecuencia de estos, así como su duración, variarán según cada persona.

Desde la perspectiva de género, la prevalencia de casos de depresión en las mujeres es mayor debido a que están más expuestas a la violencia doméstica y laboral además de la estigmatización social (Montesó, 2015).

A continuación, se presenta los tipos de depresión que se dan en la mujer:

A. Trastorno disfórico premenstrual. Es una enfermedad que afecta en la mayoría de las mujeres desde la menarquía, pero es más prevalente en la tercera y cuarta década hasta la menopausia. Los síntomas son: tristeza, desesperanza, tensión, ansiedad, llanto frecuente, irritabilidad, pérdida de interés, dificultad para concentrarse, cansancio, cambios en el apetito, hipersomnia o insomnio, síntomas físicos como hipersensibilidad mamaria, dolores de cabeza, hinchazón general o ganancia de peso, dolencias en las articulaciones y musculares. (Agostini, 2018). Es un desorden grave del estado del ánimo que conlleva a las alteraciones cognitivas, afectivas y físicas que limitan en las actividades diarias y laboral que se da en los 7 días antes del inicio de la menstruación (Álas y Barillas, 2020).

B. Depresión postparto. Es una enfermedad muy frecuente que requiere de mucha importancia en la evaluación después del embarazo, se puede desarrollar en los primeros 12 meses después del parto; se caracteriza por presentar humor depresivo, falta de interés o placer, alteración del sueño, pérdida de energía, retraso psicomotor, sentimientos excesivos de culpa, disminución de la concentración e ideación suicida; los síntomas generalmente aparecen después de las dos semanas después del nacimiento del bebé (Acuña et al., 2021).

C. Depresión peri menopáusica. Durante esta etapa, el estado de ánimo depresivo aumenta significativamente. Tiene un impacto significativo en la calidad de vida. Los síntomas depresivos aumentan de acuerdo va aumentando los años en edad de la mujer y los episodios previos a la menopausia o también llamado perimenopausia genera un mayor riesgo en el episodio depresivo (Sesma et al., 2013).

1.2.2.3. Signos y síntomas de la depresión. Según Figueroa (2014) refiere que las manifestaciones clínicas a nivel del pensamiento son: pérdida de confianza y autoestima, inutilidad

o impotencia, pesimismo, desesperación, deseos de muerte e ideación suicida. Las manifestaciones somáticas: alteraciones del sueño como el insomnio de despertar precoz (despertar angustiado) o todo lo contrario como la hipersomnía. Como refieren Carrasco et al. (2014) también se encuentra la disminución del apetito que es más frecuente que el aumento, disminución del deseo sexual, cansancio, abatimiento, disminución de la energía, sensaciones corporales como los dolores de cabeza, malestar general, sensación de opresión torácica, frío y pesadez de las extremidades y por último también se presentan síntomas viscerales como las molestias gastrointestinales, cardiovasculares o ginecológicos, etc.

El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM HD-NH, 2022) refiere que los signos de alarma más importantes son: falta de sueño, aumento o disminución de apetito, recluirse en una habitación, no socializar con otras personas, no cumplir adecuadamente con el trabajo, descuido de su persona, no tener ninguna motivación ni interés por las actividades habituales.

1.2.2.4. Causas y factores de riesgo. La etiología de la depresión indica que existen causas multifactoriales:

A. Factores psicosociales. Situaciones vitales significativas y eventos estresores que implican un cambio vital es lo que puede desencadenar una depresión. Antecedentes en la historia personal de abuso físico o sexual en la infancia genera una mayor vulnerabilidad de desarrollar una depresión, ansiedad y abuso de drogas, así como intentos de suicidio. Sin embargo, si la persona ha padecido con un evento traumático y estresante en su infancia y tiene su red de apoyo positivo entonces tiene menor riesgo de padecer una depresión (Piñar et al., 2020).

B. Bioquímicos. diversos estudios afirman que los mecanismos que están presentes en el trastorno depresivo mayor señalan a la participación de las monoaminas (serotonina 5-HT) y la

noradrenalina en el sistema nervioso central, sistema endocrino, sistema inmune de lo cual genera cambios estructurales y funcionales en el sistema nervioso central. En los episodios depresivos, se debe a una reducción de los receptores 5-HT_{1A} y una reducción en la presencia del mismo neurotransmisor en la corteza prefrontal ventrolateral, corteza temporal y en el hipocampo (Pérez, et al.,2017).

C. Hereditario y Genético. Los estudios de la herencia familiar indican que los hijos de padres con trastorno del ánimo tienen el riesgo de padecerlo en un 10 al 25%, y el riesgo de duplica si ambos padres padecen del trastorno del ánimo. Por otro lado, se han reportado casi 200 genes involucrados en la depresión que producen alteraciones anatómicas, vías neuronales u hormonales, sin embargo, no se puede asociar como una causa directa debido a que existen otros factores que influyen como los sociales y ambientales (Piñar et al., 2020). Diversos estudios señalan que no se encuentra una causa genéticamente significativa a pesar de que más de 18 mil personas han sido sometidas a los estudios; sin embargo, la serotonina, el adenilato ciclasa 3 y la galanina son factores que se involucran en la depresión mayor y en la susceptibilidad familiar, concluyendo una tendencia familiar más no establecer una capacidad heredable de la depresión (Restrepo et al., 2017).

D. Factores ambientales. Actualmente, se considera el confinamiento poblacional por la pandemia del 2019 como causa del aumento de la prevalencia de la depresión asociado a la falta de actividad económica, impacto negativo en el bienestar personal, generando cambios en la alimentación y mayor sedentarismo (Medina et al., 2022).

1.2.2.5. Diagnóstico. Desde la práctica clínica, la depresión se diagnostica a partir de la observación como el descuido de la apariencia personal, el tono de voz, lenguaje no verbal de tristeza, llanto fácil o espontáneo, facilidad de desconcentración, verbalización de pensamientos

pesimistas y alteraciones del sueño (Hospital Nacional Víctor Larco Herrera [HNVLH], 2018). Actualmente la American Psychological Association (APA,2023) considera los siguientes instrumentos de evaluación de la depresión para adultos:

- Inventario de depresión de Beck (BDI)
- Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)
- EQ-5D
- Escala de calificación de depresión de Hamilton (HAM-D)
- Inventario de Resolución de Problemas Sociales Revisado (SPSI-RTM)

Por otro lado, según la OMS (2023b) la Clasificación Internacional de Enfermedades en su última versión número 11, realizó actualizaciones respecto a la clasificación diagnóstica de la depresión en los trastornos afectivos. Entre ellas, se agrega la nueva categoría de trastornos mixto de ansiedad y depresión y el trastorno disfórico menstrual. También se agregó la desesperanza como síntoma cognitivo adicional debido a la evidencia para predecir un diagnóstico de trastorno depresivo Para el diagnóstico de la depresión tiene que estar presente dos de los tres síntomas principales: el humor depresivo, la pérdida de interés o de disfrute que antes eran actividades placenteras y disminución de la energía o aumento de cansancio.

Dentro de esa clasificación de los Trastornos del Humor (Afectivos) F30-F39, se encuentra como subgrupo los Episodios Depresivos F32, que se subclasifica en:

Tabla 1

Clasificación de los Trastornos del Humor o Afectivos:

F32.0	Episodio Depresivo Leve
.00	Sin síndrome somático
.01	Con Síndrome somático

F32.1	Episodio Depresivo Moderado
.10	Sin síndrome somático
.11	Con Síndrome somático
F32.2	Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos
F32.3	Episodio Depresivo Grave con síntomas psicóticos
.30	Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
.31	Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.
F32.8	Otros episodios depresivos
F32.9	Episodio Depresivo sin especificación
F33	Trastorno Depresivo Recurrente
.0	Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente
.1	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente
.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio grave presente sin síntomas psicóticos
.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio grave presente con síntomas psicóticos
.4	Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión
.8	Otros trastornos depresivos recurrentes
.9	Trastorno depresivo recurrente, no especificado

Criterios Diagnóstico según DMS-5-TR, Morrison (2015) refiere en su guía rápida, 3 criterios para el diagnóstico de los trastornos del ánimo:

1.- Episodios del estado del ánimo: Episodio depresivo mayor por lo menos durante 2 semanas, es un período de lo cual la persona se siente triste en un grado anormal. Estos episodios forman parte del trastorno del estado de ánimo.

2.- Trastornos del estado del ánimo: definido como un patrón de enfermedad de un estado de ánimo alterado, de lo cual se establece en una de las categorías codificables de los trastornos depresivos:

- Trastornos depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado del animo
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por sustancias y medicamento
- Otro trastorno depresivo especificado o no especificado.

3.- Especificadores: describen el episodio en curso o más reciente, ayudan a caracterizar al episodio depresivo mayor más reciente:

- Con características atípicas
- Con características melancólicas
- Con síntomas de ansiedad
- Con características catatónicas
- Con características mixtas
- Con inicio en torno al parto
- Con características psicóticas

Y respecto a la evolución:

- Con ciclado rápido
- Con patrón estacional

Según el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM 5 (American

Psychiatric Association, 2013), define al trastorno depresivo mayor por la presencia de al menos uno o más episodios depresivos mayor que ocurre en ausencia de antecedentes de episodios maníacos o hipomaníacos. Cada episodio debe estar separado del primero al menos dos meses. Son muy pocos los casos que los pacientes presentan un solo episodio depresivo, para esos casos la DMS-5 lo categoriza como Trastorno Depresivo Mayor (TDM), episodio único. A partir del segundo episodio depresivo, el diagnóstico es TDM, tipo recurrente. Los episodios múltiples de depresión aumentan el riesgo de intentos de suicidio y suicidio consumado.

Tabla 2

Criterios del episodio depresivo mayor:

A	Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimida o (2) pérdida de interés o placer.
	1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indique el informe subjetivo (se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación hecha por otros (p. ej., parece lloroso).
	2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación).
	3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o aumento de peso 8 p. eje., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

	4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
	5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización)
	6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
	7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
	8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
	9. Pensamientos de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida sin un plan específico o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.
B	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C	El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.
D	Al menos un episodio depresivo mayor no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo y no se supone a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.
E	Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

En la actualidad, se evidencian las diferencias diagnósticas entre el CIE-11 y el DMS- 5-R: En los criterios diagnósticos de la depresión mayor, el CIE-11 incluye el síntoma de “desesperanza” y utiliza la exclusión por duelo a diferencia de los criterios diagnósticos del DSM-5 que no los considera. El CIE-11 introduce la característica de síntomas prominentes de ansiedad.

También indica que la CIE-11 no considera el número de síntomas al evaluar la gravedad, sino la intensidad de los síntomas y el deterioro funcional. El DMS 5 utiliza escalas de calificación para este propósito (APA, 2023; Gallego y Gómez, 2021).

1.2.2.6. Comorbilidades. Con otros trastornos mentales: Entre los más comunes se encuentran los trastornos de ansiedad, de estrés postraumático, obsesivo-compulsivo, déficit atencional con hiperactividad, oposición desafiante uso y abuso de sustancias y de personalidad (Piñar et al., 2020).

Con enfermedades médicas: enfermedades neurológicas, infecciosas, endocrinos y metabólicos, inflamatorios, cardíaca, oncológicos y renales (Piñar et al., 2020).

1.2.2.7. Tratamientos. La American Psychological Association (APA,2019) recomienda que al momento de seleccionar el tratamiento de la depresión se tenga en cuenta las siguientes opciones: que se usen los antidepresivos de segunda generación y la terapia cognitivo conductual en conjunto al mindfulness basado en la terapia cognitiva; psicoterapia interpersonal, para asegurar la recuperación del paciente, son las que han demostrado eficacia a comparación de otros tratamientos. Por otro lado, el ejercicio físico es considerado como un factor protector para la salud mental (Medina et al., 2022).

En pacientes adultos con depresión severa o grave, es recomendable utilizar la terapia combinada (terapia farmacológica y psicoterapia) de acuerdo con las evidencias ya que la terapia combinada presenta beneficios, ya que influye en el componente biológico y psicológico del trastorno (HNVLH, 2018). La integración de farmacoterapia, psicoterapia y psicoeducación son relevantes en el logro de la adherencia al tratamiento, en la prevención de recaídas, así como en el manejo de las eventuales complicaciones del trastorno depresivo (Rossel et al., 2020).

A. Psicoterapia. En los casos de la depresión leve, se utiliza la psicoterapia como único

recurso de tratamiento; sin embargo, en los casos de depresiones moderadas y severas, el tratamiento se usa en conjunto con antidepresivos (APA, 2019). Se considera que los tratamientos eficaces contra la depresión son: la activación conductual, la terapia cognitiva conductual, la psicoterapia interpersonal y el tratamiento para la resolución de problemas (OMS, 2023a). Aunque diversos autores reconocen que la terapia cognitivo conductual (TCC), es la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados (Lorenzo et al., 2021). Se debe tener en cuenta a la terapia cognitivo-conductual para los pacientes con bajas respuestas a otros tratamientos por salud mental o con una historia previa de recaídas y/o presencia de síntomas residuales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Así mismo, diversos estudios de metaanálisis sustentan que la Terapia Cognitivo Conductual para la depresión en adultos es tratamiento más eficaz y la más estudiada debido a que presenta mayor evidencia científica (Cuijpers et al., 2013).

El HVLH (2018) recomienda la terapia cognitiva conductual en pacientes con depresión moderada y severa de acuerdo con las evidencias que encontraron en su investigación. Por otro lado, refiere que las intervenciones psicoterapéuticas deben ser entre 16 a 20 sesiones en el período de 3 a 4 meses, y se puede amplificar de acuerdo con la necesidad del paciente.

B. Medicación. Se considera una depresión resistente al tratamiento cuando el paciente no mejora después de intentar con al menos dos antidepresivos. La esketamina es un medicamento más reciente aprobado por la Food and Drug Administratio (FDA) y otra alternativa es aumentar al tratamiento un antipsicótico o anticonvulsivo para aumentar la eficacia del antidepresivo (NIMH, 2024a).

1.2.2.8. Enfoque cognitivo conductual de la depresión.

A. Modelo Conductual. En el análisis que realizó Kanter et al. (2008), refiere que Skinner

destacó la reducción del refuerzo positivo en la depresión de lo cual el comportamiento social depende de un entorno del refuerzo y además sugirió que la depresión se da como una respuesta emocional a las prácticas de control. Skinner no realizó mayor mención sobre el modelo operante de la depresión, pero esta primera noción ayudó al planteamiento de la teoría de la depresión de Lewinsohn.

Según Pérez y García (2001), la teoría conductual de la depresión fue planteado por Fester en el año 1973 influenciado en la base de conocimientos de Skinner. Luego fue replanteado por Lewinsohn y sus colaboradores donde plantean que la depresión se da por una baja tasa de reforzamiento positivo contingente a la conducta y también una alta tasa de contingencias aversiva que son mantenidas por el contexto social mediante la compasión de otras personas, atención y reconocimiento por los demás. Las conductas depresivas se deben a 3 situaciones: deficiencia en el repertorio de conductas o habilidades, de lo cual va a limitar el logro de los objetivos valiosos o reforzadores y al mismo tiempo va a disminuir las habilidades para afrontar las experiencias aversivas.

También surge el modelo de la indefensión aprendida en el abordaje de la depresión propuesto por Seligman en el año 1967, de lo cual, en sus primeros experimentos realizados en perros, se relacionó la situación en la que un ser humano no intenta salir de una circunstancia negativa porque las experiencias pasadas le han enseñado que no hay solución, no existe esperanza. Estableció un paralelismo con pacientes con diagnóstico depresivos graves y explicó que resulta en pate de percibir una ausencia de control respecto a la posible salida de la situación. Posterior a ello, se desarrolla la Teoría de la Desesperanza de lo cual propone que las personas que tiene un estilo atribucional o explicativo negativo tienen una probabilidad mayor de desencadenar una depresión (Ramón, 2021).

B. Modelo Cognitivo. Beck et al. (2010) explica que las personas depresivas tienen visiones negativas de sí mismo, del mundo y expectativas pesimistas sobre el futuro. lo cual en su teoría es denominado como triada depresiva que consiste en la autopercepción de manera negativa, el paciente se define a sí mismo como negativo en todo aspecto y tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto propio, existe una tendencia a la autocrítica y subestimarse; luego pone su foco de atención en interpretar sus experiencias de manera negativa, pesimista y por último, se anticipa en un futuro sufriente con proyección negativa lleno de contenido de fracaso. Por lo tanto, su modelo de terapia está más enfocada a que las personas contrasten sus creencias con la realidad y sean ellas mismas las que busquen ideas alternativas o vayan auto descubriéndose.

1.2.2.9. Evaluación y diagnóstico desde el enfoque Cognitivo Conductual.

A. Entrevista psicológica. Presenta diversos objetivos desde la identificación de las conductas objetivas a la selección de los métodos de evaluación más adecuados al motivo de consulta. Además, se desarrolla la historia clínica, se incrementa la motivación del paciente y evalúa la efectividad de intervenciones pasadas. Se le explica al paciente la intención de la entrevista, se identifica las conductas problemas y se define objetivos, frecuencia, intensidad y duración, así como los antecedentes del problema, consecuencias, recursos y fortalezas del paciente, ver la manera de realizar la medición mediante los registros y por último resumir y verificar si el paciente entendió la finalidad de la entrevista. También se utilizan los autorregistros para la evaluación de los contenidos cognitivos (García et al., 2017). Luego de establecer la línea base de la conducta actual utilizando cuestionarios o los autorregistros para luego establecer los objetivos terapéuticos (Rodríguez, 2019).

B. Observación de conducta. Se incluye la información importante de observación sobre la

conducta manifiesta del sujeto durante la evaluación. Entre ellas está las conductas motoras externas y las conductas verbales, actitudes que el terapeuta infiera sobre el tipo de conducta (Paz y Peña, 2021).

C. Análisis funcional. Rodríguez (2019) afirma que ayuda a definir la conducta problemática y el contexto mediante 4 aspectos: Conducta ¿Qué ocurre?; Estímulos ¿En qué circunstancias sucede?; Organismo, estas son variables disposicionales que favorecen la conducta como factores fisiológicos, de temperamento o historia de aprendizaje; Consecuencias ¿Qué beneficios o perjuicios tiene?.

Un análisis conductual completo de la depresión debe tener en cuenta la relación entre el contenido cognitivo negativo y el estado de ánimo deprimido, así como la función de la rumia (Kanter et al., 2008).

1.2.2.10. Tratamiento cognitivo conductual de la depresión. La Terapia Cognitiva Conductual surge de la unión de ambos modelos teóricos de lo cual nace un tratamiento enfocado en los pensamientos, emociones conductas y respuestas fisiológicas del paciente (Puerta y Padilla, 2011). Es definido como orientación psicoterapéutica más eficaz que utiliza la conceptualización inicial sobre el problema, los procedimientos, técnicas y programas de intervención de forma específica para diferentes problemas y trastornos con un tiempo determinado mediante un orden, lógica con referencia a la metodología experimental y en la validación empírica de los tratamientos (García et al., 2017).

Según Pérez y García (2001), la terapia conductual consiste en el desarrollo de programas para el aumento de actividades agradables y la disminución de eventos desagradables, así como también el desarrollo de habilidades sociales. En las actividades agradables se utilizan hojas de registros para monitorizar el estado del ánimo, de lo cual se debe clasificar de menor a mayor

dificultad y se decide cuáles y cuántas actividades se incorporan cada semana. De acuerdo como refiere Barraca (2019), estas tareas de actividades son revisadas en cada sesión y se verifica el cumplimiento y las dificultades encontradas, de modo que progresivamente se van incorporando más actividades generando un reforzamiento natural.

En la terapia cognitiva tiene como objetivo que las personas logren darse cuenta o ser conscientes que el impacto de sus pensamientos influye sobre lo que sienten y sobre lo que hacen. También es importante que logren reconocer sus pensamientos automáticos para que busquen alternativas más racionales y por último, modificar los esquemas cognitivos de base o creencias centrales (Beck et al., 2010).

Beck et al. (2010), también propone un esquema para trabajar las creencias: empezando a detectar los pensamientos automáticos y creencias intermedias, luego propone técnicas para trabajar sesgos cognitivos y atencionales: identificarlos y hacer consciente a la persona de sus errores lógicos para que sea capaz de llegar a explicaciones diferentes basadas en una idea más racional y lógica.

Los abordajes se basan en la posibilidad de modificar los pensamientos, así como los sistemas de creencias asociados a ellos a través de diferentes técnicas cognitivas y conductuales. La sustitución de estos pensamientos produciría una mejora en las personas depresivas (Korman y Sarudiansky, 2011).

Según el modelo de la Activación conductual, la depresión aparece porque la persona utiliza estrategias inadecuadas para afrontar cambios vitales importantes y el problema se produce por la pérdida de refuerzo del contexto considerados como factores externos y son más importantes que los factores internos (Rodríguez, 2019).

El modelo de activación conductual nace del estudio de Jacobson en el año 1996 en su

publicación denominado en español como Depresión en contexto: estrategias para la acción guiada, luego surgió una segunda versión que corresponde al Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión, de lo cual explica cómo operan los organismos en contextos o situaciones donde existen varias respuestas (Bianchi y Henao, 2015).

El principal objetivo de la programación de actividades y la activación conductual es la producción de comportamientos alternativos o que sean incompatibles con las conductas depresivas en función al estado del ánimo depresivo, de lo cual, es posible medir el progreso de la intervención terapéutica en función a las mejoras en la vida de la persona y no solamente estar focalizados en la disminución de los síntomas depresivos (González y Campos, 2021). Por otro lado, también se toma en cuenta que un objetivo complementario de la Activación Conductual es que la persona adquiera habilidades de resolución de problemas de lo cual servirá como una herramienta de afrontamiento ante situaciones conflictivas que le puedan generar síntomas depresivos en un futuro (Rodríguez, 2019).

Prevención de recaídas: Barraca (2019) indica que, desde la comprensión del análisis funcional por parte del cliente, desde ya comprende la lógica de la intervención y permita identificar el camino a seguir, eso ya es considerado como una forma de prevención según lo que refieren ya que podrá recordar para volver actuar adecuadamente. También considera que al notar síntomas o signos de involución se utiliza esta estrategia de prevención de recaídas.

Mindfulness: Según Teasdale et al. (2015) afirman que, también llamado atención plena, cada vez más utilizado como técnica en los tratamientos psicológicos para la depresión y ansiedad, de lo cual consiste en ser capaz de ser consciente, de manera directa, sincera de lo que hacemos, quiere decir, prestar atención a nuestro presente y encontrar una armonía entre nuestra mente y cuerpo con el mundo exterior en cada momento. Pereyra (2018), propone varios ejercicios

experienciales que ayudan a sintonizar con la tristeza enfocados en las sensaciones corporales ligadas a la tristeza de lleno, recomienda usar el ejercicio del respiro de tres minutos considerado de suma importancia en el programa de Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para la Depresión, el escáner corporal, pensamientos son pensamientos y el ejercicio de pensamientos y sensaciones.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Disminuir los niveles de depresión en una mujer adulta mediante un programa de intervención cognitivo conductual.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Disminuir la intensidad de los síntomas emocionales y fisiológicos de la depresión
- Reestructurar los pensamientos automáticos, asociados a los síntomas depresivos.
- Mejorar los niveles de autoestima a través de reestructuración cognitiva.
- Aumentar los niveles de las actividades cotidianas, placenteras y sociales, opuestas a las conductas depresivas.

1.4. Justificación

Diversos estudios demuestran que la depresión causa una gran afectación en las personas y se manifiesta de diferentes maneras teniendo en cuenta según su edad, en el caso de los adultos de mediana edad con depresión sufren más episodios depresivos (NIMH, 2024b). Las mujeres tienden a tener síntomas de tristeza, inutilidad y sentimientos de culpa; por otro lado, los hombres son más propensos a experimentar cansancio, irritabilidad, problemas para dormir y anhedonia (APA,

2019). Sin embargo, es más frecuente en las mujeres debido a que están expuestas a factores de riesgo específicos como el estrés en relación al rol de ser cuidadora principal de los hijos, cambios hormonales y las experiencias de violencia de género.

Por otro lado, comprometen la capacidad de las personas afectadas de estudiar, trabajar y participar plenamente de sus actividades, es por lo que la depresión puede conllevar a la persona a una discapacidad (OPS, 2023). Por todo lo indicado, se resalta la importancia de evidenciar la eficacia de los tratamientos psicológicos desde la Terapia Cognitivo Conductual en la depresión, por eso, en el presente trabajo, se expone un modelo de tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual dirigido para una mujer adulta de mediana edad con depresión.

1.5. Impactos esperados del trabajo académicos

Respecto al presente trabajo de caso clínico se espera obtener resultados que nos permitan afirmar que es factible aplicar un programa cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión mediante el impacto favorable que resulte en la disminución de los síntomas depresivos y también en el aumento de las conductas saludables para la paciente por intermedio de técnicas tradicionales y de tercera generación. Por otro lado, se espera que el trabajo académico contribuya de manera importante como antecedente para futuras investigaciones de la salud mental en mujeres.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El diseño del presente estudio es de tipo preexperimental, de sujeto único sin grupo de control. Es un diseño A -B que permite una previa evaluación y otra al finalizar la intervención. (Hernández et al., 2014).

La Fase A constituye el nivel de la línea base.

La Fase B constituye el tratamiento experimental.

2.2. Variables de Investigación

2.2.1. *Variable dependiente: Depresión*

La depresión es la base de muchas otras variaciones de los problemas físicos y emocionales que también pueden disminuir aún más la capacidad de una persona para funcionar en su vida diaria (Wallace, 2018).

2.2.2. *Variable Independiente: Terapia Cognitivo conductual*

La terapia cognitiva conductual es un tratamiento a corto plazo que se centra en ayudar a los pacientes superar problemas específicos; los pacientes aprenden a ver, así como a cambiar los procesos de pensamiento perturbadores y lo patrones de comportamiento destructivos que conducen a emociones y comportamientos negativos (Wallace, 2018).

2.3. Participante

Consultante adulta de 44 años de edad de sexo femenino con secundaria completa, separada, actualmente se encuentra desempleada, vive sola con su hijo menor, proviene de una familia disfuncional, la relación con sus padres es distante, tiene como apoyo familiar y

emocional a su tía quien vive cerca de su domicilio. Acude al consultorio en busca de una ayuda profesional debido a que presenta síntomas depresivos.

2.4. Evaluación Psicológica

2.4.1. Observación psicológica

2.4.1.1. Observación de conducta. Paciente adulta, de estatura y contextura mediana. Tez trigueña, cabello largo y oscuro, ojos de color negros. Se viste acorde a la estación. Acude a las sesiones vestida de forma sport, presenta un aparente descuido en su higiene personal, un poco desarreglado el cabello, las uñas de la mano desarregladas y la piel del rostro se nota seco. Sus ojos se ponen rojos por las ganas de llorar, intenta controlar sus ganas de llorar haciendo suspiros de manera profunda; sin embargo, se disculpa de manera constante cada vez que empieza a llorar. Si mantiene contacto visual al momento de dirigirle la palabra y al realizar las preguntas, pero cuando ella da alguna respuesta se pone cabizbaja y la mayor parte del tiempo tiene sus manos juntas, postura encorvada al sentarse con hombros decaídos. Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona. Se observa un lenguaje lento con un tono de voz bajo y pausado, atención sostenida, memoria conservada, curso de pensamiento inhibido con contenido negativo. Aparenta una categoría intelectual normal promedio.

2.4.2. *Entrevista (antecedentes históricos o anamnesis)*

HISTORIA CLÍNICA

Datos de filiación:

Nombres y Apellidos	:	Carmen C. P
Edad	:	44
Lugar y fecha de nacimiento	:	Huancayo, 04 de febrero 1980
Grado de instrucción	:	Técnico Superior Incompleta
Estado civil	:	Separada
Religión	:	Católica
Informante	:	Paciente
Fecha de evaluaciones	:	Octubre 2022
Evaluadora	:	Lic. Susan M. Tello Rojas

Problema actual. En agosto del 2022 tuvo un intento suicida, al tomarse 20 pastillas de clonazepam, la paciente refiere que sólo la hizo sentir mareada, sequedad en la boca, empezó a ver borroso y empezó a tropezarse con las cosas y logró abrir la puerta de su casa para salir y los vecinos la auxiliaron, la llevaron al Hospital de Emergencias Hipólito Unanue, le hicieron un lavado gástrico, estuvo en observación dos días, el psiquiatra de turno le brindó una receta para que tome fluoxetina y además una interconsulta con el área de psiquiatría y psicología.

Actualmente, ella aún sigue revisando las redes sociales de su exesposo mediante el celular y se compara afirmando que “él lleva una vida feliz, publica fotos con su nueva mujer, con mi hijo no tienen ninguna foto” en ese momento refiere sentirse abandonada, sola (9/10), triste (8/10) y

con cólera (10/10).

Desde hace 4 semanas, llora todos los días y piensa “la vida me ha castigado tanto que no entiendo por qué, ¿qué malo hice?” siente que le duele el pecho afirmando “mi corazón me duele bastante, palpita muy fuerte y siento que se me baja la presión, me da escalofríos y a veces mi cuerpo tiembla”, ante estos síntomas fisiológicos, Carmen intenta encontrar una explicación ante su malestar físico afirmando “he llegado a pensar que me han hecho brujería, de repente esa mujer y ese marido me han hecho brujería” ante ello siente ansiedad (9/10), cólera (9/10), se prepara manzanilla para calmar sus “nervios” y se acuesta en su cama.

Presenta baja energía y cansancio, a veces no toma desayuno y en las últimas 2 semanas ha dejado de cocinar, en esos momentos llama a su tía Julia para que la ayude en la limpieza de la casa y le cocine el almuerzo para su hijo, mientras ella está en cama por más de 3 horas y continúa revisando redes sociales del exesposo. Refiere “ya ni me asomo a la ventana a mirar la calle, solo quiero estar en mi cama, ni me cambio de ropa ni me lavo la cara”.

En marzo del 2022, fue despedida del trabajo y refiere que desde esa fecha ha empezado a sentirse cada vez peor hace referencia de sí misma diciendo “soy una inútil, allí prefieren tener gente jovial con energía no viejas y acabadas como yo” en ese momento se siente triste (8/10), sola (8/10); también refiere que no puede estar sola en casa, todo le aburre, solo para pensando en los problemas de su hijo, piensa: “no merezco vivir , voy a donar mis órganos para sentirme útil aunque sea una vez” y que toda su vida está llena de desgracias, nada le llama la atención, situación de lo cual ha generado que ella deje de arreglarse, asearse, no cocina, su apetito ha disminuido y ha bajado de peso.

Desarrollo cronológico del problema. Experiencia de violencia familiar desde su infancia, la paciente refiere que no recuerda la edad exacta pero desde su infancia recuerda cómo

su papá le golpeaba en la cabeza a su mamá con sus manos y a veces con la correa, al mismo tiempo le gritaba y le reclamaba porque mucho se demoraba en hacer las compras en las ferias que se realizaban cada miércoles en Pampa Cangallo, el papá pensaba que se demoraba porque se ponía a conversar con amigas y además algunos conocidos de la pampa le comentaban que ella era muy amigüera y muy alegrona con todos y eso no le gustaba al papá, le celaba sin tener motivos. También refiere que recuerda al papá como celoso y autoritario, lo describe como una persona “fría de sentimientos” ya que nunca recibió un abrazo de parte de él, en cambio la mamá ha sido su fuente de cariño, a pesar de que recibía golpes, la mamá siempre fue más cariñosa y protectora con ella y con sus hermanos.

A los 10 años recuerda que el papá le comenzaba a castigar mediante golpes en las piernas con la correa porque desaprobaba los exámenes y además la profesora del colegio citó a los padres para una reunión; sin embargo, el papá lo interpretó como una falta de respeto y recuerda que le decía “sólo das vergüenza en esta familia, no sirves para nada, que será de tu futuro solamente tendrás marido y nada más”.

En el 2018, Carmen se separa de su esposo porque conoció a otra mujer y le fue infiel, ella lo descubre cuando revisó el celular a escondidas y pudo evidenciar que tenía conversaciones románticas con una mujer que ella conocía, y el esposo empieza a confesar que ellos se aman desde hace mucho tiempo y que ha decidido irse a vivir con ella. La paciente refiere que se sintió muy herida, triste, empezó a llorar todos los días y no dormía.

Decide denunciar por alimento a su esposo, sin embargo, Carmen refiere: “fui muy tonta, en ese momento fui muy bruta porque me convenció para ir donde el conciliador y yo acepté sus miserias, sólo quedamos en que me va a pasar 300 soles mensuales y no me di cuenta de que me estaba manipulando”. También refiere: “después de firmar los papeles, él nos invitó a una pollería

para almorzar, él estaba muy feliz en cambio yo estaba muy ciega”. Esa fue la última vez que han salido a comer juntos, desde entonces, solo va a visitar a su hijo 1 vez cada dos meses y en navidad.

Desde esa fecha empezó a vivir sola con su hijo de 2 años y eso la obligó a buscar trabajo, pero no pudo encontrar trabajo estable ya que lo que le ofrecían era con un sueldo bajo para sus expectativas. Continuó buscando trabajo y la aceptaron trabajar en una fábrica, su horario era de 12 horas, refiere que no tenía tiempo para nada, ni para sí misma, el trabajo la tenía muy cansada, pero que tenía que soportar todo eso ya que el sueldo era mejor que en otros trabajos y su hijo era cuidado en una cuna del estado y contaba con el apoyo de su tía para el cuidado de su hijo.

En el 2019, cuando su hijo tenía 3 años, las profesoras del jardín le avisaron que tenía problemas de conducta y de lenguaje ya que paraba mordiendo a otros niños, recibió muchas quejas del jardín y la hizo sentir “mala madre”, sintió mucha culpa y se sintió sola, porque se dio cuenta que necesitaba llevarlo a terapias. Empezó a sentir cólera porque recordó que el papá también tiene que hacerse responsable y por eso decidió ir a buscarlo para hacerle el reclamo sobre su rol de padre y sobre la pensión, cuando fue a buscarlo él la trato de “mujer tóxica y malvada por querer arruinar la felicidad con su nueva pareja” la paciente refiere que: “son palabras que voy a recordar toda mi vida porque me hizo sentir como un perro de la calle”.

Por tal motivo, ella decide renunciar al trabajo de la fábrica para dedicarse a su hijo. A partir de allí, tuvo una vida rutinaria, se dedicaba a levantarse temprano para llevar a su hijo del jardín, cocinaba, luego lo recogía del jardín y en la tarde lo llevaba a la municipalidad ya que allí ofrecían talleres gratuitos de terapia de lenguaje que lo hacían 2 veces por semana. Refiere que se sintió abrumada, ya que notaba que las terapias no lo ayudaban a su hijo, además que no tenía ganas de repetir los ejercicios de estimulación de lenguaje en casa. Cada vez empezó a sentirse más cansada, irritada con cambios de humor constantes.

En el 2020 le afectó mucho el confinamiento ya que dejó de ir a las terapias de lenguaje debido a que fue suspendido hasta nuevo aviso. Le generó mucha frustración el no poder salir a la calle, se empezó a sentir mucho miedo por la enfermedad de la Covid-19. Se enteró del fallecimiento de varios familiares cercanos, así como amistades de lo cual ella refiere “empecé a sentir como un hueco o un vacío en mí, me di cuenta de que en este mundo en que vivimos de nada sirve tener dinero si no tienes a alguien a tu lado”. Continuó buscando trabajo durante todo ese año, pero se mantuvo desempleada y dedicándose al hogar hasta el mes de diciembre del 2021 la contrataron como vendedora de útiles escolares pero en marzo del 2022, fue despedida del trabajo y refiere que desde esa fecha ha empezado a sentirse cada vez peor, refiere que no puede estar sola en casa, todo le aburre, solo para pensando en los problemas de su hijo, siente que no merece vivir, piensa en donar sus órganos y que toda su vida está llena de desgracias, nada le llama la atención, a veces no se asea, ni si quiera sale de su casa, ni tampoco cocina, su apetito ha disminuido y ha bajado de peso.

Historia Personal

Peri y post natal. La usuaria refiere que su mamá llevo un embarazo sin complicaciones, desconoce si fue un embarazo planificado o no, sin embargo, fue parto natural, no brinda más información por desconocimiento.

Infancia. Carmen refiere que su infancia fue muy triste porque recuerda que su papá tomaba mucho alcohol y agredía de manera física y verbal a su mamá, por lo tanto, ella tenía mucho miedo de que la golpearan. Experiencia de violencia familiar desde su infancia, la paciente refiere que no recuerda la edad exacta pero desde su infancia recuerda cómo su papá le golpeaba en la cabeza a su mamá con sus manos y a veces con la correa, al mismo tiempo le gritaba y le reclamaba porque mucho se demoraba en hacer las compras en las ferias que se realizaban cada

miércoles en Pampa Cangallo, el papá pensaba que se demoraba porque se ponía a conversar con amigas y además algunos conocidos de la pampa le comentaban que ella era muy amiguera y muy alegre con todos y eso no le gustaba al papá, le celaba sin tener motivos. A los 10 años recuerda que el papá le comenzaba a castigar mediante golpes en las piernas con la correa porque desaprobaba los exámenes y además la profesora del colegio citó a los padres para una reunión; sin embargo, el papá lo interpretó como una falta de respeto y recuerda que le decía “sólo das vergüenza en esta familia, no sirves para nada, que será de tu futuro solamente tendrás marido y nada más”.

Adolescencia. Refiere que siempre fue obediente con sus papás, no le gustaba el colegio, pero tuvo un rendimiento escolar regular. No tenía muchas amistades y no le daban permiso para salir a las fiestas sociales debido a que el papá era muy desconfiado y criticaba mucho a las mujeres que salían a las fiestas.

Educación. Estudió toda su primaria en un colegio estatal en Ayacucho, su rendimiento escolar fue regular, a veces desaprobaba algunos exámenes y el papá la castigaba con golpes en las piernas con el uso de la correa. Estudió su nivel secundario en otro colegio estatal en diferente distrito de Ayacucho, la paciente refiere que no se juntaba con muchas personas porque empezó a desconfiar de sus compañeros de salón, recuerda que tuvo dos amigas de lo cual conversaba y salían a reunirse en la plaza y en las ferias. Respecto a su rendimiento académico fue regular. Estudió una carrera técnica de auxiliar en educación en una institución estatal en Cangallo, sin embargo, no logró graduarse refiere que no tuvo oportunidad laboral en su área y se dedicó a su familia.

Trabajo. Desde los 17 años comenzó a trabajar en las ferias vendiendo chalinas tejidas de lana de oveja para los turistas. A los 25 años comenzó a trabajar como ayudante de cocina en un

restaurant chifa, refiere que la dueña era muy estricta y le hacía trabajar más de 10 horas al día. A los 26 años comenzó a laborar en una fábrica en Gamarra, sin embargo, renunció porque el dueño era alcohólico y comenzaba a coquetear con todas las trabajadoras. A los 28 años se dedicó a trabajar como cuidadora de adulto mayor, estuvo atendiendo a unos ancianos hasta que fallecieron. Estuvo sin laborar varios años debido a que estuvo embarazada de su primer hijo y su pareja no quería que se descuidara del hijo y no le permitía trabajar. En el 2022, estuvo trabajando como vendedora de útiles escolares en Mercado Central, sin embargo, fue despedida por baja demandan en las ventas.

Accidentes y enfermedades. Hace 3 años tuvo una operación por histerotomía (extirpación del útero).

Sexualidad. Inició su vida sexual activa a los 18 años con su primer enamorado que lo conoció en el colegio, tuvo mucha vergüenza por haber tenido relaciones sexuales sin protección y se sintió “utilizada como mujer”, no fue una experiencia agradable y empezó a sentir mucha culpa ya que recordaba las palabras de su papá “sólo vas a servir para tener marido.

Historia Familiar. Recuerda al papá como celoso y autoritario, lo describe como una persona “fría de sentimientos” ya que nunca recibió un abrazo de parte de él, en cambio la mamá ha sido su fuente de cariño, a pesar de que recibía golpes, la mamá siempre fue más cariñosa y protectora con ella y con sus hermanos. Vivió con sus padres en una casa que pertenecía a los abuelos. Actualmente los padres viven en la Sierra, no mantiene comunicación con ellos; sin embargo, mantiene comunicación con su tía materna llamada Julia quien es el único familiar que es parte de la su red de apoyo. Actualmente vive con su hijo de 6 años y mantiene comunicación con su tía materna Julia, quien vive cerca de su casa.

2.4.3. Test o pruebas aplicadas

Evaluación Psicológica

- **Registro Semanal de Pensamientos Conducta y Emociones.** En la fase de evaluación pre y post test se realizó el listado de los pensamientos disfuncionales de mayor frecuencia asociados a las emociones y conductas.

- Evaluación Psicométrica

Tabla 3

Ficha Técnica del Inventario de Depresión de Beck BDI-II:

FICHA TÉCNICA		
Nombre	:	Inventario de Depresión de Beck BDI-II
Autor (es)	:	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown
Lugar	:	Estados Unidos. PEARSON
Año	:	1996
Población	:	A partir de los 13 años
Adaptación en el Perú y Año	:	R. Carranza (2013)
Garantías psicométricas en Lima - Perú	Validez	: A través del análisis de contenido por criterio de jueces, la consistencia de la estructura interna del alcanzan niveles adecuados de significación estadística. En la validez del constructo a través de la prueba KMO presentó un índice de 0.929 considerado como una aproximación fuerte a la validación del constructo.
	Confiabilidad	: Mediante el Alpha de Cronbach ($\alpha = 0.878$), dos mitades ($r = 0.799$, $p < 0.01$), el coeficiente de correlación de pares y nones ($r = 0.803$; $p < 0.01$) y el coeficiente test retest ($r = 0.996$; $p < 0.01$) dan como resultados buena confiabilidad para el presente inventario.
Forma de administración	:	Auto aplicable, individual o colectivo

Tiempo de administración	: 10 minutos
---------------------------------	--------------

Composición	: 21 ítems agrupados en:
--------------------	--------------------------

Corrección y calificación	: Cada ítem tiene un valor mínimo de 0 puntos hasta máximo 3 puntos.
----------------------------------	--

	Se suma directamente la puntuación de cada ítem y se obtiene una puntuación total que varía de 0 hasta 63 puntos.
	0 a 13 puntos nivel depresivo mínimo
	14 a 19 puntos nivel depresivo leve
	20 a 28 puntos nivel depresivo moderado
	29 a 63 puntos nivel depresivo grave

Tabla 4*Ficha Técnica de la Escala de Desesperanza de Beck - BHS*

FICHA TÉCNICA		
Nombre	:	Escala de Desesperanza de Beck BHS
Autor (es)	:	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown
Lugar	:	Estados Unidos. PEARSON
Año	:	1974
Población	:	A partir de los 13 años
Adaptación en el Perú y Año	:	J. Aliaga. T, L. Rodríguez. R., C. Ponce D., Frisanho L. Y Enríquez V. 2006
Garantías psicométricas	Validez	: Se usó la modalidad de 1) Validez concurrente $p < 0.01$ estadísticamente significativo, de lo cual correlaciona los puntajes de la presente escala con los ítems que evalúa desesperanza del Inventario de Depresión de Beck; 2) Validez factorial: técnica de componentes principales y rotación varimax igual o superior a 1.0 ; 3) validez diferencial mediante el Ji cuadrado de lo cual alcanza valores estadísticamente muy significativos.
Lima - Perú	Confiabilidad	: Se usó la consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach 0.76 indica un grado de confiabilidad apreciable y el test-retest usando el coeficiente de Pearson $p < 0.01$ de lo cual el valor es estadísticamente significativo.
Forma de administración	:	Auto aplicable, individual o colectivo
Tiempo de administración	:	5 a 10 minutos
Composición	:	20 ítems

Corrección y calificación	: Cada ítem tiene un valor mínimo de 0 puntos hasta máximo 1 punto.
	Se suma directamente la puntuación de cada ítem y se obtiene una puntuación total que varía de 0 hasta 20 puntos.
	0 a 3 puntos nivel normal
	4 a 8 puntos nivel leve
	9 a 14 puntos nivel moderado
	15 a 20 puntos nivel severo

Tabla 5

Ficha Técnica de la Escala de Autoestima de Coopersmith -SEI

FICHA TÉCNICA		
Nombre	:	Escala de Autoestima de Coopersmith (SEI) Versión Adultos
Autor (es)	:	Stanley Coopersmith
Lugar	:	Estados Unidos.
Año	:	1967
Población	:	A partir de 16 años
Adaptación en el Perú y Año	:	Lachira , 2013
Garantías psicométricas Lima - Perú	Validez	: Mediante una prueba binomial de concordancia entre jueces, obtuvo un puntaje de 0.12 ($p < 0.05$), por lo tanto, las concordancias son estadísticamente significativas entre expertos.
	Confiabilidad	: Según Kuder-Richardson 0.60 de lo cual la confiabilidad es estadísticamente buena

Forma de administración	: Individual y colectiva
Tiempo de administración	: 15 a 20 minutos
Composición	: 25 ítems agrupados en 3 áreas:
	-Si Mismo Ítem N° 1,3,4,7,10,12,13,15,18,19,23,24,25.
	-Social Ítems N°: 2,5,8,14,17,21.
	-Familiar Ítems N°: 6,9,11,16,20,22.
Corrección y calificación	: Tiene un puntaje total y un puntaje por cada área mediante una clave de respuestas.
	El puntaje se obtiene sumando el número de ítem respondido de forma correcta según la plantilla de claves y multiplicando éste por cuatro obteniendo un máximo de 100 puntos.
	0 a 24 puntos nivel de Autoestima Bajo
	25 a 49 puntos nivel de Autoestima Medio bajo
	50 a 74 puntos nivel de Autoestima Medio alto
	75 a 100 puntos nivel de Autoestima Alto

Tabla 6*Ficha Técnica del Inventario de Pensamientos Automáticos -IPA*

FICHA TÉCNICA		
Nombre	:	Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)
Autor (es)	:	J. Ruiz y J. Luján
Lugar	:	México
Año	:	1991
Población	:	Adolescentes, Adultos y Adultos mayores
Adaptación en el Perú y Año	:	A. Gamarra y M. Vela (2020)
Garantías psicométricas Lima - Perú	Validez	: Mediante la evidencia basada en la estructura interna se evidenció que el KMO es superior a 070 (KMO=0.93) y la prueba de esfericidad fue estadísticamente significativa ($X^2 = 6547.79$ Bartlett, $gl=595$, $p<000$) .
	Confiabilidad	: Mediante el coeficiente omega (w) se presentó una aceptable consistencia interna para Factor 3 ($w=0.76$) y una buena consistencia para el Factor 2 ($w=0.80$) y excelente para el Factor 1 ($w=0.91$)
Forma de administración	:	Individual y colectivo
Tiempo de administración	:	A partir de los 15 años
Composición	:	45 ítems

Corrección y calificación : El puntaje Total es la sumatoria de todos los puntos del inventario y mediante la sumatoria de los ítems correspondientes a cada distorsión, de los cuales se valora la frecuencia de los pensamientos automáticos.

La Puntuación varía entre 2 a 5 puntos

0 = Nunca pienso en eso

1= Algunas veces lo pienso

2= Bastante veces lo pienso

3= Con mucha frecuencia lo pienso

2.4.4. *Análisis e interpretación de resultados de la Evaluación Psicológica, conclusión diagnóstica y recomendaciones*

INFORME INTEGRADOR

I. Datos de filiación

Nombres y Apellidos : Carmen C.P

Edad : 44 años

Sexo : Femenino

Lugar de Residencia : Lima

Grado de Instrucción : Técnico Superior Incompleta

Ocupación : Desempleada

Evaluador : Psic. Susan M. Tello

Fecha de informe : 02/11/2022

II. Motivo de consulta:

Carmen acude a consulta y refiere: “Mi esposo me abandonó por otra, me dejó con mi hijo muy pequeño y tengo una tristeza en mi corazón desde hace mucho tiempo, es mi tormento, estoy muy llorona por todo, ya no tengo ganas ni de comer”. Lloro y manifiesta: “A veces pienso porque Dios me castiga de esa manera, siento que me abandonó, y ya ni quiero seguir existiendo”, ante ello refiere sentir tristeza (9/10), soledad (9/10).

También refiere que no logra conciliar el sueño hace mucho tiempo y se siente muy irritable, tiene pérdida de apetito y por ello ha bajado de peso, se auto percibe físicamente como vieja y demacrada diciendo “Cuando me miro al espejo, me deprimó más porque veo mi piel toda seca, arrugada, me veo muy fea, hinchada y pienso que así nunca nadie va a querer estar a mi lado, siempre estaré sola y así me voy a morir”. Ha llegado a pensar “la vida no tiene sentido y he pensado en la muerte como solución a mis problemas, no veo otra salida, cuando estas muerta nada sientes y eso quiero: no sentir nada”. situación de la cual la hace sentir triste (9/10), sola (9/10) y cólera (9/10) debido a eso ha dejado de salir de pasear con sus amigas porque se siente desmotivada y solo quiere estar sola.

También comenta que estuvo en tratamiento psiquiátrico, estuvo tomando fluoxetina durante 1 mes, pero ya no regresó a su posta para renovar receta afirmando: “Pensé que con la pastilla me iba a pasar todo, pero sentí que no me ayudó mucho porque me sigo sintiendo mal, a veces me he sentido mejor, pero hay días en que no tengo ganas de hacer nada, solo quiero dormir todo el día”.

Refiere que en cualquier momento empieza a recordar su pasado y siente que le duele el corazón, ante ello manifiesta “me hace pensar que algo malo debe tener mi corazón y pienso otra vez porqué me tienen que pasar todas las enfermedades a mí”, en ese momento siente cólera (9/10), culpa (9/10) y tristeza (9/10), se dirige hacia su cama, se acuesta y empieza a llorar.

En agosto del 2022 tuvo un intento suicida, al tomarse 20 pastillas de clonazepam, la paciente refiere que sólo la hizo sentir mareada, sequedad en la boca, empezó a ver borroso y empezó a tropezarse con las cosas y logró abrir la puerta de su casa para salir y los vecinos la auxiliaron, la llevaron al Hospital de Emergencias Hipólito Unanue, le hicieron un lavado gástrico, estuvo en observación dos días, el psiquiatra de turno le brindó una receta para que tome fluoxetina

y además una interconsulta con el área de psiquiatría y psicología.

Actualmente, ella aún sigue revisando las redes sociales de su exesposo mediante el celular y se compara afirmando que “él lleva una vida feliz, publica fotos con su nueva mujer, con mi hijo no tienen ninguna foto” en ese momento refiere sentirse abandonada, sola (9/10), triste (8/10) y con cólera (10/10).

Desde hace 4 semanas, llora todos los días y piensa “la vida me ha castigado tanto que no entiendo por qué, ¿qué malo hice?” siente que le duele el pecho afirmando “mi corazón me duele bastante, palpita muy fuerte y siento que se me baja la presión, me da escalofríos y a veces mi cuerpo tiembla”, ante estos síntomas fisiológicos, Carmen intenta encontrar una explicación ante su malestar físico afirmando “he llegado a pensar que me han hecho brujería, de repente esa mujer y ese marido me han hecho brujería” ante ello siente ansiedad (9/10), cólera (9/10), se prepara manzanilla para calmar sus “nervios” y se acuesta en su cama.

Presenta baja energía y cansancio, a veces no toma desayuno y en las últimas 2 semanas ha dejado de cocinar, en esos momentos llama a su tía Julia para que la ayude en la limpieza de la casa y le cocine el almuerzo para su hijo, mientras ella está en cama por más de 3 horas y continúa revisando redes sociales del exesposo. Refiere “ya ni me asomo a la ventana a mirar la calle, solo quiero estar en mi cama, ni me cambio de ropa ni me lavo la cara”.

En marzo del 2022, fue despedida del trabajo y refiere que desde esa fecha ha empezado a sentirse cada vez peor hace referencia de sí misma diciendo “soy una inútil, allí prefieren tener gente jovial con energía no viejas y acabadas como yo” en ese momento se siente triste (8/10), sola (8/10); también refiere que no puede estar sola en casa, todo le aburre, solo para pensando en los problemas de su hijo, piensa: “no merezco vivir, voy a donar mis órganos para sentirme útil aunque sea una vez”, nada le llama la atención, situación de lo cual ha generado que ella deje de arreglarse,

asearse, no cocina, su apetito ha disminuido y ha bajado de peso.

III. Observaciones generales y de conducta

Paciente adulta, de estatura y contextura mediana. Tez trigueña, cabello largo y oscuro, ojos de color negros. Se viste acorde a la estación. Acude a las sesiones vestida de forma sport, presenta un aparente descuido en su higiene personal, un poco desarreglado el cabello, las uñas de la mano desarregladas y la piel del rostro se nota seco. Sus ojos se ponen rojos por las ganas de llorar, intenta controlar sus ganas de llorar haciendo suspiros de manera profunda; sin embargo, se disculpa de manera constante cada vez que empieza a llorar. Si mantiene contacto visual al momento de dirigirle la palabra y al realizar las preguntas, pero cuando ella da alguna respuesta se pone cabizbaja y la mayor parte del tiempo tiene sus manos juntas, postura encorvada al sentarse con hombros decaídos. Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona. Se observa un lenguaje lento con un tono de voz bajo y pausado, atención sostenida, memoria conservada, curso de pensamiento inhibido con contenido negativo. Aparenta una categoría intelectual normal promedio.

IV. Instrumentos aplicados

- Observación de la conducta.
- Entrevista psicológica.
- Autorregistros
- Inventario de Depresión de Beck – II (BDI -II).
- Escala de Desesperanza de Beck
- Inventario de Autoestima de Coopersmith (SEI) - Versión Adultos.
- Inventario de Pensamientos Automáticos -IPA

V. Análisis de resultados

En el área afectiva: Carmen presenta indicadores de depresión moderada; por lo que manifiesta síntomas depresivos desde hace 4 semanas como sentimientos de tristeza, soledad, inutilidad, desesperanza, pérdida de interés en las actividades cotidianas, actividades sociales y familiares, cansancio, dificultades para dormir, apatía, falta de apetito, baja de peso y además presenta expectativas pesimistas de sí misma y del futuro acompañado de ideación suicidas por lo cual se encuentra en riesgo alto de cometer un segundo intento suicida.

En el área cognitiva: con relación a los pensamientos presenta pensamientos automáticos que le genera sufrimiento emocional y emociones negativas en su vida, evalúa la realidad de una forma distorsionada ya que presenta pensamientos de sobre generalización, personalización, etiqueta global, culpabilidad, de razonamiento emocional y visión catastrófica de sí misma y de la vida.

En el área de autoestima: presenta disminución en los sentimientos de valía personal manifestando un nivel de autoestima bajo, debido a que se percibe a sí misma como deficiente en su aspecto físico y laboral, percibe deficiencia en el apoyo familiar de lo cual le genera una percepción negativa. Se evidencia mediante sus expresiones haciendo autocríticas como “Soy una inútil”, “me veo al espejo como vieja y demacrada”.

VI. Conclusiones

- Usuaría presenta síntomas depresivos moderados.
- Presenta distorsiones cognitivas siendo las más frecuentes las de generalización, personalización, visión catastrófica, etiqueta global, culpabilidad y razonamiento emocional.
- Presenta nivel de autoestima bajo.

VII. Diagnóstico Funcional: (conductual)

Tabla 7

Análisis funcional de la conducta

Exceso	Debilitamiento	Déficit
-Llorar.	Desayunar	Habilidades de afrontamiento
-Permanecer en cama	Almorzar	Salir a pasear
-Revisar redes sociales del exesposo	Cenar	Salir de casa a realizar compras
-Aislamiento social y familiar	Asearse	Ir a comprar al mercado
- “Soy una inútil”	Arreglarse	Salir a divertirse con las amigas
- “Siempre estaré sola”	Cocinar	
- “No merezco vivir”		
-“Me han hecho brujería”		
- “Algo malo debe tener mi corazón”		

Tabla 8*Análisis funcional conductual descriptivo (Ed---- R Er)*

Estímulos discriminativos	Niveles de Respuesta	Estímulos reforzadores
Estímulos discriminativos internos: - Cuando se siente sola en casa - Cuando recuerda las experiencias dolorosas del pasado. - Cuando recuerda que la despidieron del trabajo. Estímulos discriminativos externos: - Ver noticias de su exesposo	Fisiológico: - Palpitaciones fuertes en el pecho - Escalofríos - Inapetencia - Nauseas - Temblores del cuerpo - Cansancio - Desgano - Irritabilidad Emocional: - Tristeza. (9/10) - Cólera (9/10) - Culpa (9/10) - Ansiedad (9/10) Motor: - Llorar. - Permanecer en cama más de 3 horas - Revisar redes sociales del exesposo - Aislamiento social y familiar - No realiza labores domesticas - Rechazar invitaciones para salir con sus amigas - Cognitivo: “A veces pienso porqué Dios me castiga de esa manera, siento que me abandonó, y ya ni quiero seguir existiendo”	Estímulos Reforzadores Externos: - La tía Julia hace las labores domésticas por ella. - No recibir ofertas de trabajo Estímulos Reforzadores Internos: Distracción Obtiene información del esposo Está pendiente de lo que le sucede, sabe de él. Alivio al quedarse en cama Desahogo y alivio al llorar “Soy una inútil” “Siempre estaré sola”

“Pienso que así nunca nadie va a querer estar a mi lado, siempre estaré sola y así me voy a morir”

“La vida no tiene sentido y he pensado en la muerte como solución a mis problemas, no veo otra salida, cuando estas muerta nada sientes y eso quiero: no sentir nada”

“me hace pensar que algo malo debe tener mi corazón y pienso otra vez porqué me tienen que pasar todas las enfermedades a mí”

“he llegado a pensar que me han hecho brujería, de repente esa mujer y ese marido me han hecho brujería”

“soy una inútil, allí prefieren tener gente jovial con energía no viejas y acabadas como yo”

“no merezco vivir, voy a donar mis órganos para sentirme útil, aunque sea una vez”

Frecuencia: diario Duración: 1 mes

Tabla 9*Análisis funcional cognitivo*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y conducta (C)
Externos		
Cada vez que se mira al espejo	“Veo mi piel toda seca, arrugada, me veo muy fea, hinchada y pienso que así nunca nadie va a querer estar a mi lado”. “Siempre estaré sola”	Llora Tristeza 9/10 Desgano
Cuando está sola en casa	“Porqué Dios me castiga de esa manera, siento que me abandonó y ya ni quiero seguir existiendo” “La vida no tiene sentido y he pensado en la muerte como solución a mis problemas, no veo otra salida, cuando estas muerta nada sientes y eso quiero no sentir nada”. “No merezco vivir, voy a donar mis órganos para sentirme útil, aunque sea una vez”	Llora Permanece en cama Dejar de cocinar Tristeza 9/10 Irritabilidad
Revisar las redes sociales de su exesposo	“Él lleva una vida feliz, publica fotos con su nueva mujer, con mi hijo no tienen ninguna foto”	Llora Tristeza (9/10)

Cuando la despidieron del trabajo	“Soy una inútil, allí prefieren tener gente jovial con energía, no viejas y acabadas como yo”	No postula a ninguna oferta laboral Sentimiento de abandono y Soledad (9/10) Tristeza (9/10) Cólera (9/10)
Internos	“Algo malo debe tener mi corazón y pienso que otra vez porqué me tienen que pasar todas las enfermedades a mí”	Tristeza (9/10) Cólera (9/10)
Cada vez que siente dolor en el pecho	“Me han hecho brujería, de repente esa mujer y ese marido me han hecho brujería”	Cólera (9/10) Culpa (8/10) Tristeza (9/10) Ansiedad 89/10) Náuseas Tomar manzanilla Acostarse a la cama Llorar

VIII. Diagnóstico tradicional: (CIE 10 o CIE 11)

Tabla 10

Criterios Diagnósticos para el episodio depresivo

Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo	
<i>Trastornos del estado de ánimo</i>	
<i>Trastornos depresivos: Los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo depresivo (por ejemplo, tristeza, irritación, sensación de vacío) o pérdida de placer, acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo de funcionar (OMS, 2023b).</i>	
Criterios Diagnósticos para el Episodio Depresivo	
A.- Síntomas del Episodio Depresivo: Humor depresivo Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia) Disminución de la vitalidad con relación al nivel de actividad y cansancio exagerado Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad Pensamientos de culpa y de ser inútil Trastornos de sueño (insomnio o hipersomnia) Trastornos del apetito (anorexia o hiperorexia)	Actualmente la usuaria desde hace 4 semanas presenta humor depresivo la mayor parte del día. También presenta anhedonia, ya no le interesa salir con sus amigas, ya no le llama su atención las cosas que antes le interesaban. Siente mucha culpa e inútil. Tiene pensamientos negativos hacia sí misma y del futuro. Siente bastante cansancio, no tiene ganas de comer.

Pensamientos y actos suicidas B.- Para el diagnóstico del episodio depresivo se requiere de una duración de dos semanas; aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.	Presenta pensamientos suicidas con antecedente de intento suicida. Desde hace 4 semanas presenta los síntomas depresivos.
--	---

IX. Recomendaciones

A la evaluada:

- Programa de tratamiento cognitivo conductual
- Realizar actividades que estimulen su relajación
- Aceptar las invitaciones de salir con amistades y asistir a reuniones familiares.
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento A la familia:

Para la familia: Brindar soporte emocional a la paciente, mediante la escucha activa, acompañamiento físico o por celular. Realizar vigilancia y estar pendiente si la paciente menciona alguna intención suicida.

2.5. Intervención

2.5.1. Objetivos

2.5.1.1. Objetivo General. Disminuir los niveles de depresión en una mujer adulta mediante un programa de intervención cognitivo conductual.

A. Objetivo Específico 1. Disminuir la intensidad de los síntomas emocionales y fisiológicos de la depresión.

Sesión 1: Aprender a utilizar la técnica de relajación para disminuir los síntomas emocionales y fisiológicos.

Sesión 2: Aprender a usar una estrategia del mindfulness para disminuir los síntomas fisiológicos y malestar emocional.

B. Objetivo Específico 2. Reestructurar los pensamientos automáticos, asociados a los síntomas depresivos.

Sesión 3: Psicoeducar sobre la relación entre situación, pensamiento emoción y conducta e identificar los pensamientos automáticos y disfuncionales

Sesión 4 y 5: Aprender a refutar, buscar evidencias, alternativas y generar pensamientos funcionales.

C. Objetivo Específico 3. Mejorar los niveles de autoestima a través de reestructuración cognitiva.

Sesión 6: Psicoeducación de la autoimagen y aprender a reemplazar los pensamientos autocríticos disfuncionales que afectan a la autoestima.

Sesión 7: Psicoeducación del autoconcepto y aprender a reemplazar los pensamientos autocríticos disfuncionales que afectan a la autoestima.

D. Objetivo Específico 4. Aumentar los niveles de las actividades cotidianas, placenteras

y sociales, opuestas a las conductas depresivas.

Sesión 8: Psicoeducar sobre la programación de actividades y participar en la programación de actividades y aumentar la conducta de autocuidado y agradables.

Sesión 9: Participar en actividades y verificar su efecto en su estado de ánimo. Sesión 10: Jerarquizar y participar en actividades cotidianas, sociales y agradables. Sesión 11: Entrenamiento en resolución de problemas.

2.5.2. Plan de intervención

Tabla 11

Calendarización del programa de intervención bajo el modelo Cognitivo Conductual

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participante	Técnicas de tratamiento
Fase de evaluación					
Sesión 01	12/10/22	50 minutos	Semanal	Consultante	Entrevista psicológica. Observación de la conducta. Psicoeducación
Sesión 02	18/10/22	50 minutos	Semanal	Consultante	Entrevista psicológica. Observación de la conducta. Psicoeducación
Sesión 03	25/10/22	55 minutos	Semanal	Consultante	Entrevista Psicológica Observación de conducta Autorregistros
Sesión 4	2/11/22	45 minutos	Semanal	Consultante	Psicoeducación Autorregistros Asignación de tareas
Fase de intervención					
Sesión 01	8/11/22	42 minutos	Semanal	Consultante	Psicoeducación Respiración diafragmática Modelado Autorregistros Asignación de tareas

Sesión 02	13/11/22	50 minutos	Semanal	Consultante	Psicoeducación Mindfulness Modelado Autorregistros Asignación de tareas
Sesión 03	20/11/22	55 minutos	Semanal	Consultante	Psicoeducación Autorregistros Tres columnas Asignación de tareas
Sesión 04	26/11/22	50 minutos	Semanal	Consultante	Psicoeducación Las 3 columnas Reestructuración cognitiva Refutación Debate socrático Búsqueda de evidencias Asignación de tareas
Sesión 05	3/12/22	50 minutos	Semanal	Consultante	Reestructuración cognitiva Refutación Debate socrático Búsqueda de evidencias Autorregistros Asignación de tareas
Sesión 06	10/12/22	50 minutos	Semanal	Consultante	Autorregistros Psicoeducación Reestructuración cognitiva Reatribución Debate socrático Comprobación de hipótesis Asignación de tareas

Sesión 07	19/12/22	50 minutos	Semanal	Consultante	Autorregistros Psicoeducación Reestructuración cognitiva Reatribución Debate socrático Comprobación de hipótesis Asignación de tareas
Sesión 08	27/12/22	50 minutos	Semanal	Consultante	Psicoeducación Programación de actividades Autorregistros Asignación de tareas
Sesión 09	06/01/23	50 minutos	Semanal	Consultante	Programación de actividades Autorregistros Asignación de tareas
Sesión 10	6/01/2023	50 minutos	Semanal	Consultante	Programación de actividades Autorregistros Asignación de tareas
Sesión 11	14/01/2023	45 minutos	Semanal	Consultante	Solución de problemas Role playing Autorregistros Asignación de tareas
Fase de seguimiento					
Sesión 1	31/01/2023	60 minutos	Quincenal	Consultante	Prevención de recaídas Role Playing Evaluación Psicológica Post Test

2.5.3. Programa de Intervención

Tabla 12

Sesión 01: Entrevista psicológica y observación de la conducta para determinar el problema actual

Fase de Evaluación					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Conocer el motivo de consulta y establecer la relación terapéutica.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo y presentación del terapeuta a la paciente, generando confianza y rapport, encuadre de la entrevista y contrato psicoterapéutico de lo cual se le explica a la paciente sobre el consentimiento informado de participar en una investigación de caso clínico.	Hoja de Contrato Hoja	15'	-Entrevista psicológica.
	Contrato terapéutico y consentimiento informado		d e Consentimiento informado Lapicero		
	Desarrollo: Recabar información sobre la historia personal y familiar.	Definición del motivo de consulta e inicio de la historia de la persona sobre antecedentes, información sobre la familia, eventos fundamentales sobre el problema, inicios y síntomas que se han generado en el tiempo. Terapeuta explica a la usuaria sobre el uso de los psicofármacos.	- Formato e entrevista semiestructurada	30' d	-Observación de la conducta. -Entrevista psicológica. Psicoeducación
	Cierre: Retroalimentación y clarificación de dudas.	Se agenda la siguiente sesión.		5'	

SESIÓN 2:**Tabla 13***Sesión 02: Entrevista psicológica y evaluación psicológica.*

Fase de Evaluación					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Recabar información sobre la historia personal, definición de síntomas y evaluación psicológica.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo, terapeuta realiza preguntas sobre el estado emocional de la paciente.		5'	
	Desarrollo: Recabar información sobre la historia personal y familiar. Evaluación psicológica	Aplicación del Inventario de Depresión de Beck Escala de Desesperanza de Beck Se continúa con la historia personal y otros antecedentes. Se evalúa el riesgo suicida y el apoyo familiar. Se le brinda un plan de acción ante una intención suicida. Se le brinda psicoeducación sobre la conducta suicida, se le brinda los números gratuitos de ayuda emocional como la línea 113 Salud para que pueda usarlo en aquellos momentos que presente pensamientos suicidas.	Test y Hoja de respuestas Formato d e entrevista semiestructurada. Folleto informativo Lapicero	40'	Observación de la conducta. Entrevista psicológica. Psicoeducación
	Cierre: Retroalimentación y agenda	Se agenda la siguiente sesión.		5'	

SESIÓN 3:**Tabla 14**

Sesión 03: Evaluación psicológica y explicación de la depresión.

Fase de Evaluación					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Realizar la evaluación psicológica y explicación sobre el mantenimiento de la depresión.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo. Se le realiza preguntas sobre su estado emocional de la semana.		5	Observación de conducta
	Desarrollo: Evaluación psicológica y explicación sobre el mantenimiento de la depresión.	Aplicación de pruebas psicológicas: Inventario de Pensamientos Automáticos-IPA Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos Se le explica a la paciente el esquema funcional del origen y mantenimiento de la situación depresiva. Se le brinda información sobre la terapia cognitivo conductual.	Test y hojas de respuestas Hojas de autorregistros Lapicero	45	Entrevista psicológica Psicoeducación
	Cierre: Retroalimentación y agenda	Se le brinda un breve resumen de lo que se trabajará en la siguiente sesión. Se agenda de la siguiente sesión		5	

SESIÓN 4:**Tabla 15***Sesión 04: Análisis funcional del problema y autorregistros para la línea base*

Fase de Evaluación					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Devolución de información mediante el análisis funcional y elaboración de línea base	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo. Se le realiza preguntas sobre su estado emocional de la semana. Se le felicita por el cumplimiento con las citas.		5'	
	Desarrollo: Análisis funcional y entrega del informe psicológico.	Dar a conocer los resultados de la evaluación psicológica mediante la entrega escrita del informe psicológico y explicación oral sobre los resultados- Se le brinda información sobre la depresión. Se le explica la importancia de analizar los pensamientos, emociones y conductas para que permita al paciente entender su depresión. Se le enseña cómo realizar el registro diario de los pensamientos, emociones y conductas y se le explica la importancia de ello. (Anexo 1)	- Informe psicológico - Hojas de Registro Semanal	35'	Psicoeducación
	Cierre: Retroalimentación y agenda	Se refuerza a la paciente el compromiso que tiene con la terapia. Asignación de tareas de la semana: registrar los pensamientos, emociones y conductas, así como la intensidad. Se agenda la siguiente sesión.		5'	Autorregistros Asignación de tareas

SESIÓN 1:**Tabla 16***Sesión 01: Técnicas de relajación*

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Aprender a utilizar la técnica de relajación para disminuir los síntomas fisiológicos.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo.		2'	Autorregistros
	Desarrollo: Entrenamiento en técnicas de relajación.	Se le explica a la paciente la importancia de aprender la técnica de relajación de la respiración profunda o diafragmática. (Anexo 2) Entrenar a la paciente sobre la medición de la intensidad del estado del ánimo (0 al 10) . Se realiza el modelado de la técnica de respiración. Se realiza el ejercicio con la paciente Revisión de las hojas de autorregistros.		35'	Psicoeducación Respiración diafragmática Modelado Autorregistros
	Cierre: Retroalimentación y agenda	Se le asigna tarea de realizar autorregistro de relajación. Se agenda la siguiente sesión.	- Hojas de registros	5'	Asignación de tareas

SESIÓN 2:**Tabla 17***Sesión 02: Beneficios del mindfulness*

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Aprender a usar una estrategia del mindfulness para disminuir los síntomas fisiológicos y malestar emocional.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo y revisión de las hojas de registros de los ejercicios de la respiración diafragmática.		10'	
	Desarrollo: Entrenamiento sobre los beneficios del mindfulness y aplicación de un ejercicio experiencial.	Revisión de las dificultades encontradas en la realización de los autorregistros, así como el de la ejecución de los ejercicios de respiración profunda. Se le realiza psicoeducación sobre el beneficio del ejercicio del mindfulness para sintonizar con la tristeza: El respiro de los 3 minutos y el escáner corporal, que tiene como objetivo afrontar las recaídas y se procede a realizar un ejercicio experiencial. Se le indica practicarlo en las mañanas, tardes y noches, así como en situaciones estresantes que le generen malestar emocional (tristeza, culpa, cólera) y síntomas fisiológicos (dolor de pecho, cansancio, temblor de cuerpo).		30'	Psicoeducación Mindfulness
	Cierre: Retroalimentación y agenda	Se le asigna tareas para la casa: realizar registro del ejercicio del mindfulness. Se agenda la siguiente sesión.	- Hojas de registros	5'	Autorregistros Asignación de tareas

SESIÓN 3:

Tabla 18

Sesión 03: Psicoeducación de la ABC y reconocer los pensamientos disfuncionales.

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Psicoeducar sobre la relación entre situación, pensamiento emoción y conducta e identificar los pensamientos automáticos y disfuncionales.	Inicio:	Saludo. Se revisa sobre el cumplimiento de las actividades que logró realizar durante la semana.		10'	
	Bienvenida a la consulta.				
	Desarrollo:	Analizar las dificultades encontradas en el cumplimiento de los auto registros.	Fichas autorregistros	de 40'	Autorregistros
	Estrategias cognitivas mediante el ABC	Psicoeducación sobre la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta (ABC). Se realiza el listado de los pensamientos automáticos encontrados en los registros y mediante las entrevistas. Explicar por qué son disfuncionales. Psicoeducación sobre los tipos de distorsiones cognitivas. Se le enseña a calificar el Grado de Creencia y Grado de malestar emocional: Se pone un ejemplo en cada uno para que la paciente logre aprender.			Psicoeducación Tres columnas
	Cierre:	Se le asigna tarea para la casa: registrar el ABC y reconocer los pensamientos disfuncionales. Se agenda la siguiente sesión.	Hojas autorregistros (Anexo 3)	de 5'	Asignación de tareas
	Retroalimentación y agenda				

SESIÓN 4:

Tabla 19

Sesión 4: Restructuración cognitiva del pensamiento automático

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Reestructurar el pensamiento automático: “A veces pienso porqué Dios me castiga de esa manera, siento que me abandonó, y ya ni quiero seguir existiendo. La vida me ha castigado tanto que no entiendo por qué”	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo y revisión de la semana y de los registros de pensamientos automáticos.		10'	Psicoeducación
	Desarrollo: Debate	Mediante las hojas de registro del ABC, se identifica los pensamientos automáticos y se utiliza la técnica de refutación, búsqueda de evidencias y búsqueda de alternativas, así como la utilidad a corto, mediano y largo plazo. Por lo cual, en colaboración con la paciente mediante el ABCDE se genera el siguiente pensamiento funcional:	- Fichas - Autorregistros - Lapicero	35'	Las 3 columnas Reestructuración cognitiva Refutación Búsqueda de evidencias Autorregistros
	e pensamientos automáticos y generación d e pensamiento funcional.	“No es la vida ni Dios que me ha castigado, son las situaciones desagradables que he vivido que han provocado malestar emocional, pero esas situaciones desagradables no describen totalmente mi vida, porque también he tenido momentos muy agradables”.			
	Cierre: Retroalimentación y agenda	Se le asigna como tarea poner en práctica la técnica de reestructuración cognitiva y registrarlo. Se agenda la siguiente sesión.	-Hojas e registros	5'	Asignación de tareas

SESIÓN 5:

Tabla 20

Sesión 5: Reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Reestructurar los pensamientos automáticos: “No veo otra salida, cuando estas muerta nada sientes y eso quiero: no sentir nada”. “algo malo debe tener mi corazón y pienso otra vez porque me tienen que pasar todas las enfermedades a mí”	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo y revisión de la ficha de autorregistros de los pensamientos automáticos.		5’	
	Desarrollo: Debate de pensamientos automáticos y generación de pensamiento funcional.	Se realiza el análisis del pensamiento automático: Mediante el cuestionamiento del pensamiento, búsqueda de evidencias, búsqueda de alternativas, utilidad y consecuencias, en colaboración con la paciente se genera el siguiente pensamiento funcional: “Es imposible no sentir nada porque soy ser humano y he nacido con emociones que me permiten sentir y vivenciarlo de diferentes maneras, por lo tanto, el sentir tristeza es parte de mi naturaleza.”. “Es imposible que me pasen todas las enfermedades, no existe ningún caso en el mundo que una persona tenga todas las enfermedades, sólo he tenido algunas enfermedades de lo cual he podido recuperar mi salud”.	- Fichas de autorregistros	40’	Reestructuración cognitiva Refutación Debate socrático Búsqueda de evidencias
	Cierre: Retroalimentación y agenda	Se le asigna como tarea poner en práctica la técnica de reestructuración cognitiva y registrarlo. Se agenda la siguiente sesión.	- Hojas de registros	5’	Autorregistros Asignación de tareas.

SESIÓN 6:

Tabla 21

Sesión 6: Autoestima y autoimagen

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Psicoeducar sobre la importancia de la autoestima y autoimagen. Reestructuración de pensamientos automáticos que afectan la autoestima: “Me veo muy fea, hinchada, mi piel seca, arrugada, pienso que así, nunca nadie va a querer estar a mi lado, siempre estaré sola y así me voy a morir”.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo y revisión de la ficha de autorregistros de los pensamientos automáticos.		5'	Autorregistros Tres columnas
	Desarrollo: Importancia del autoestima y autoimagen. Debate de pensamientos disfuncionales y generación de pensamiento funcional.	Psicoeducación del autoestima y autoimagen. Resaltar la importancia de la autoimagen. Detectar los pensamientos de autodevaluación. Se realiza el ABCDE para reestructurar el pensamiento automático disfuncional y en colaboración con la paciente se genera el siguiente pensamiento funcional: “Las mujeres de mi edad también tienen arrugas y algunas tienen su pareja además tengo a algunas personas que, si quieren estar a mi lado, tengo a mis amigas y a mi tía Julia” Emoción: Alegría. Conducta: Arreglar el cabello, maquillarse, asecarse.	- Fichas de autorregistros	35'	Psicoeducación Reestructuración cognitiva Reatribución Comprobación de hipótesis
	Cierre: Retroalimentación y agenda	Resumen del contenido de la sesión. Se le asigna tareas para la casa: continuar con los ejercicios de reestructuración cognitiva mediante los autorregistros. Se agenda la siguiente sesión.	- Hojas de registros	5'	Asignación de tareas

SESIÓN 7:

Tabla 22

Sesión 7: Autoestima y autoconcepto

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Psicoeducar sobre la importancia de la autoestima y autoconcepto. Debate de pensamiento automático:	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo y se inicia preguntando sobre las dificultades en la realización de estas tareas, se utilizan para ayudarle a darse cuenta de cómo está distorsionando sus cualidades positivas.		10'	Autorregistros Tres columnas
“Soy una inútil, allí prefieren tener gente jovial con energía no viejas y acabadas como yo”.	Desarrollo: Importancia del autoestima y autoconcepto.	Psicoeducación del autoestima y autoconcepto: Resaltar la importancia sobre el autoconcepto. Se realiza el ABCDE para reestructurar los pensamientos automáticos en colaboración con la paciente se genera el siguiente pensamiento funcional: “Tengo experiencia laboral de lo cual me permite tener más ventajas sobre personas jóvenes sin experiencia” “Algunas empresas solicitan personal joven “	- Fichas de autorregistros	35'	Psicoeducación Reestructuración cognitiva Reatribución Debate socrático Comprobación de hipótesis
“No merezco vivir, voy a donar mis órganos para sentirme útil, aunque sea una vez”.	Debate de pensamientos disfuncionales y generación de pensamiento funcional.	“Existen otras maneras de sentirme útil estando con vida puedo ayudar a muchas personas que necesitan de mi apoyo, por lo tanto, merezco vivir”.			
	Cierre: Retroalimentación y agenda	Resumen del contenido de la sesión. Se le asigna tareas para la casa: continuar con los ejercicios de reestructuración cognitiva mediante los autorregistros. Se agenda la siguiente sesión.	- Hojas de registros	5'	Asignación de tareas

SESIÓN 8:

Tabla 23

Sesión 8: Psicoeducación de la activación conductual y programación de actividades

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Psicoeducar sobre la programación de actividades. Participar en la programación de actividades y aumentar la conducta de autocuidado y agradables.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo		10'	Autorregistros
	Desarrollo:	Se le explica la importancia de programar las actividades. Se selecciona de la lista de los siete eventos agradables y de autocuidado que la paciente crea que es más probable que participe. Posterior a ello, se le pide que agregue una actividad por día a la que la paciente se comprometa. Se incluye la hora del día y con quién podría compartir la actividad. Se registra la actividad realizada y el grado de satisfacción en una escala del 1 (bajo) a 10 (alto) que se sintió durante y después del compromiso con el evento placentero. También se registra el efecto que tuvo el evento agradable en el estado de ánimo usando una escala del 1 (ningún efecto positivo) a 10 (fuerte efecto en el estado de ánimo).	Hojas de autorregistros Lapicero	30	Psicoeducación Programación de actividades Autorregistros
		Se realiza la programación de actividades para la semana.			
	Cierre: Retroalimentación y agenda	Resumen del contenido de la sesión. Se le asigna tareas para la casa: medir el estado del ánimo mediante los autorregistros, se le entrega las hojas de registro semanales. Se agenda la siguiente sesión.	- Hojas de registros	5'	Autorregistros Asignación de tareas

SESIÓN 9:

Tabla 24

Sesión 9: Activación conductual y comprobación de su efectividad en el estado del ánimo.

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Participar en actividades y verificar su efecto en su estado de ánimo.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo y revisión del autorregistro de las actividades de la sesión anterior.	Hojas	10'	-Autorregistros
	Desarrollo: Informar sobre las mejoras del estado del ánimo como resultado de una mayor actividad.	Analizar las dificultades encontradas en el cumplimiento de la programación de las actividades para replantear las actividades asignadas y comprobar el efecto en el estado del ánimo. Se revisa las actividades de la semana anterior mediante las siguientes preguntas: ¿Qué actividades se han realizado y cuáles no?	de autorregistros.		
		Se llena la ficha con actividades que la paciente encontró placenteras y agradables en el pasado a nivel social. Se selecciona de la lista siete eventos sociales que la paciente crea que es más probable que participe. Se programa una actividad agradable por día a la que la paciente se comprometa. Se incluye la hora del día y con quién podría compartir la actividad. Se registra la actividad realizada y el grado de satisfacción. También se registra el efecto que tuvo el evento agradable en el estado de ánimo usando una escala del 1 (ningún efecto positivo) a 10 (fuerte efecto en el estado de ánimo). Se realiza la programación de actividades de la semana.	- Fichas de autorregistros - Lapicero	35'	Programación de actividades
	Cierre: Retroalimentación y agenda	Se le refuerza la importancia del cumplimiento de las actividades programadas y medir el estado del ánimo, se le entrega las hojas de registro semanales. Se agenda la siguiente sesión.	- Hojas de registros	5'	Autorregistros Asignación de tareas

SESIÓN 10:**Tabla 25**

Sesión 10: Activación conductual y jerarquización de actividades.

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Jerarquizar y participar en actividades cotidianas, sociales y agradables.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo y revisión de la Hoja de Registro Semanal de la programación de actividades.	Autorregistros	5'	-Autorregistros
	Desarrollo: Informar sobre las mejoras del estado del ánimo como resultado de una mayor actividad.	Analizar las dificultades encontradas en el cumplimiento de la programación de las actividades para replantear las actividades asignadas. Se reflexiona acerca de la importancia y disfrute asociado a sus actividades conductuales ¿Ha servido para que se sienta mejor? ¿Quiere continuar con las mismas o seleccionar nuevas actividades? El terapeuta junto con la paciente jerarquiza las actividades según el nivel de agrado y de dificultad y en base a ello Se realiza la programación de actividades para la siguiente semana (Anexo 4)	- Fichas autorregistros	de 30'	Programación de actividades Autorregistros
	Cierre: Retroalimentación y agenda	Se le refuerza la importancia del cumplimiento de las actividades programadas y medir el estado del ánimo como consecuencia, se le entrega las hojas de registro semanales. Se agenda la siguiente sesión.	- Hojas de registros	5'	Asignación de tareas

SESIÓN 11:

Tabla 26

Sesión 11: Habilidades de resolución de problemas

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar la técnica de resolución de problemas en una situación cotidiana.	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo y se felicita a la paciente por el cumplimiento de las tareas.		5'	
	Desarrollo:	Se le pide a la paciente un ejemplo de una problemática. Se establece la definición del problema mediante la descripción y se apunta en la hoja de registro. Se genera las soluciones alternativas como mínimo 5 respuestas. Se plantea las consecuencias a corto y largo plazo para cada alternativa para tomar una decisión. Elegir la mejor alternativa y ponerla en práctica. Se utiliza la hoja de registro. Se elige una situación conflictiva y se lleva a cabo un juego de roles (ensayo conductual).	- Fichas autorregistros - Lapicero	de 30'	Solución de problemas Role Playing Autorregistros
	Cierre: Retroalimentación y agenda	Se asigna tarea para la casa: realizar la hoja de registro de solución de problemas durante la semana. Término de la intervención. Se le explica a la usuaria que es la última sesión. Se agenda la siguiente sesión con el compromiso a seguimiento a dos semanas	- Hojas de registros	10'	Asignación de tareas

SESIÓN 12:**Tabla 27***Sesión 12: Prevención de recaídas y seguimiento*

Fase de Seguimiento					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar para la prevención de recaídas. Reevaluación	Inicio: Bienvenida a la consulta.	Saludo.	Autorregistros	5'	
	Desarrollo: Plan de acción para la prevención de recaídas. Reevaluación psicológica	Se evalúa situaciones futuras que puedan desencadenar episodios depresivos. Analizar los factores que incrementan la vulnerabilidad. Se realiza un plan de acción para prevenir recaídas Aplicación de pruebas psicológicas posttest	- Test psicológicos y hojas de respuestas. - Lapicero	50'	
	Cierre: Retroalimentación y agenda	Se termina la intervención.	- Hojas de registros	5'	

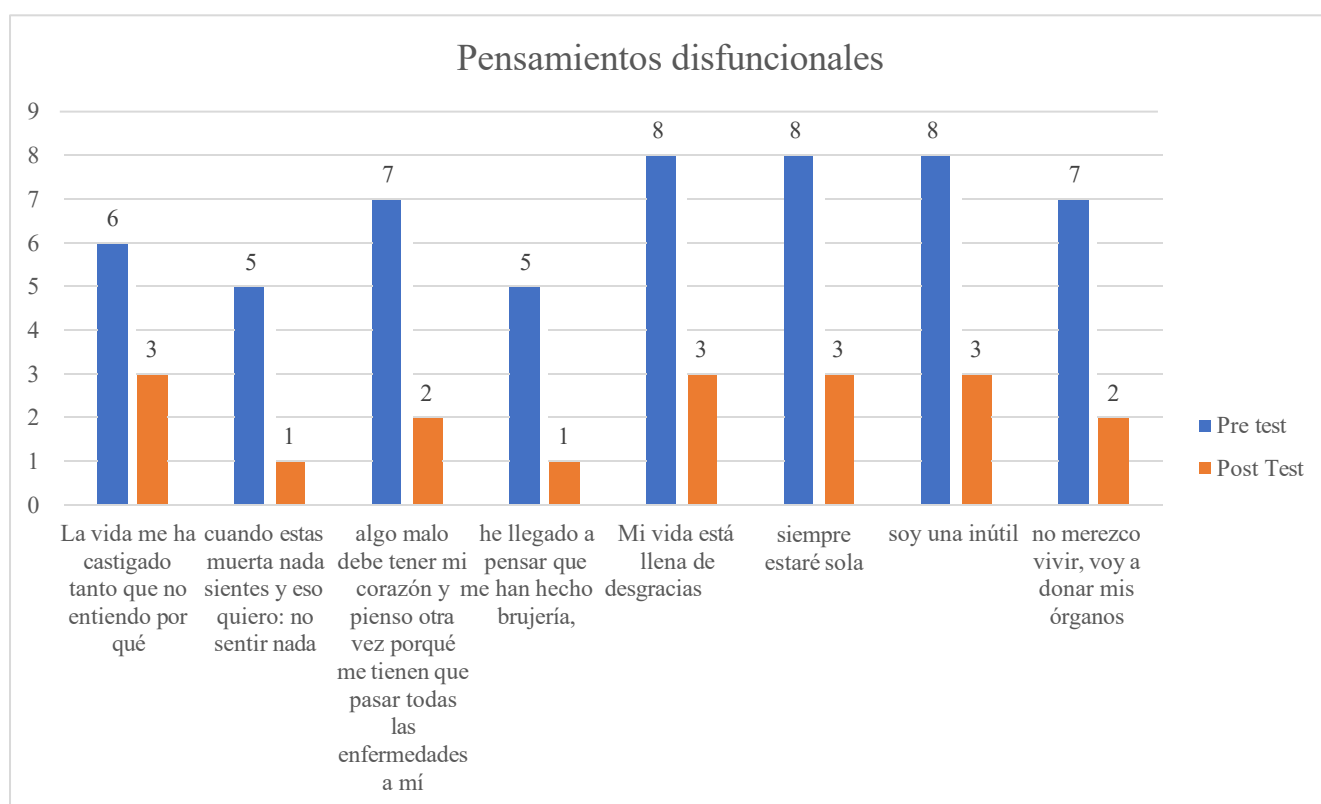
III. RESULTADOS

3.1. Resultados pre y post intervención

A continuación, se presentan los resultados de la intervención cognitiva conductual, en la primera fase de evaluación se realizó el pre- test en dos sesiones (sesión 2 y sesión 3) y la evaluación post test realizados en la fase de seguimiento (sesión 1).

Figura 1

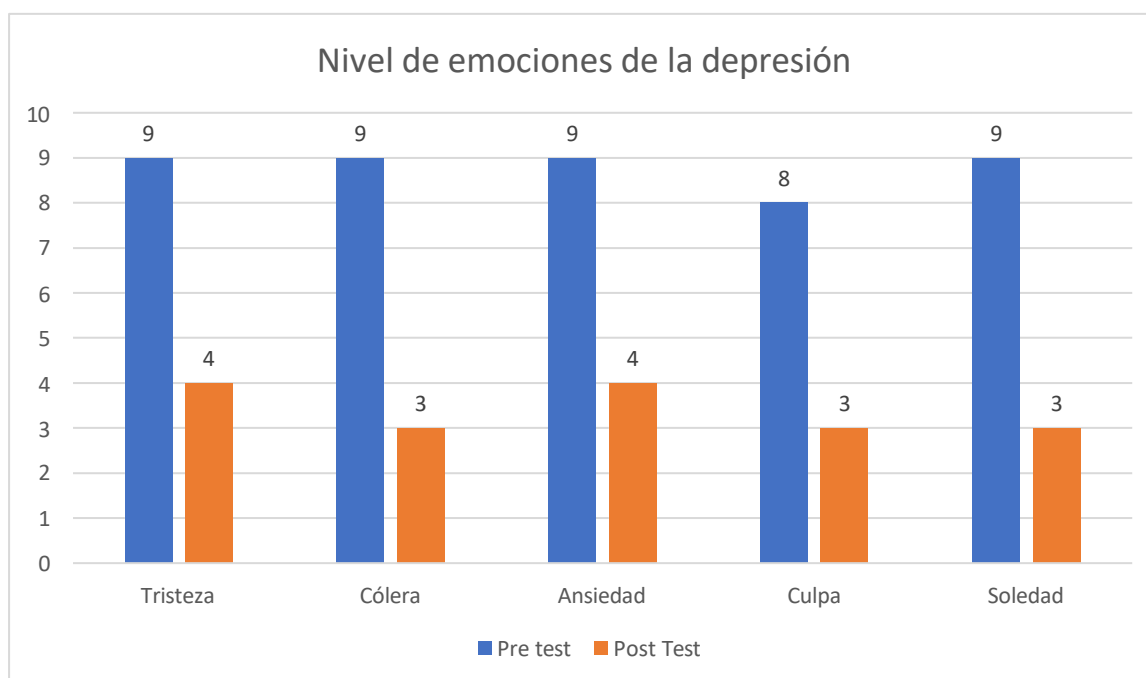
Registro de frecuencia de pensamientos pre y pos-test



En la figura se observa el registro de frecuencias de los pensamientos disfuncionales que se realizaron en la sesión 3 de la fase de evaluación como pretest, así mismo y también se evidencia la disminución en la frecuencia de los pensamientos disfuncionales realizados en la sesión 12 de la fase de seguimiento de la intervención terapéutica.

Figura 2

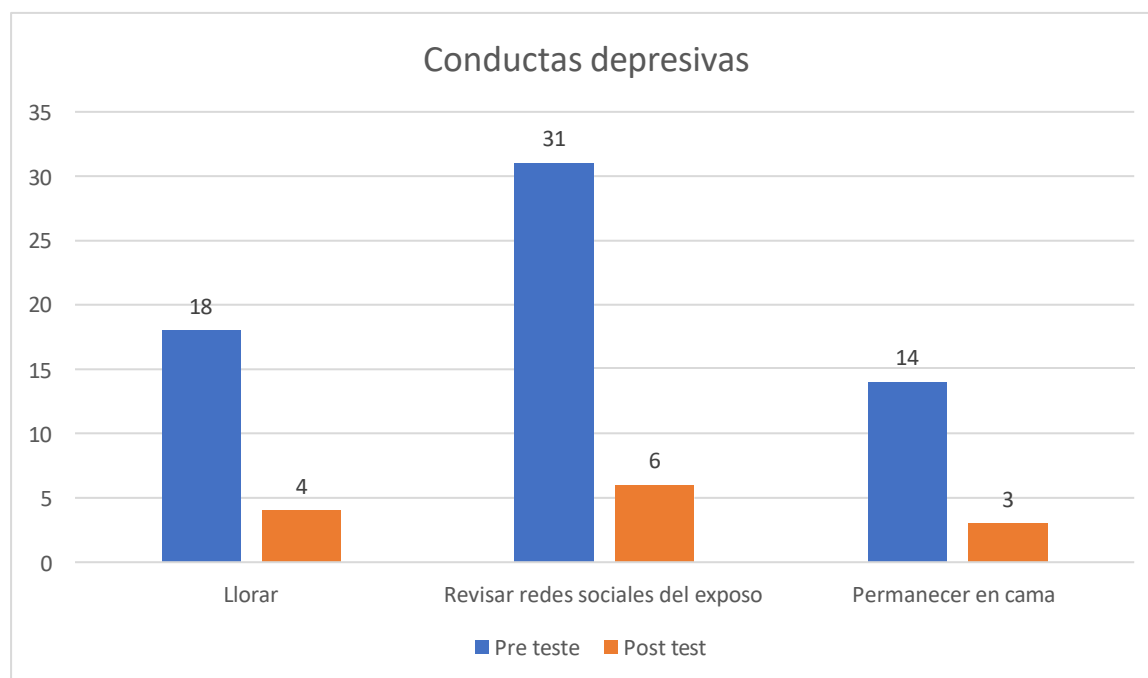
Registro pre y post test de la intensidad de las emociones



En la figura 2 se observa el registro de la intensidad de las emociones de una escala del 0 (intensidad baja) al 10 (intensidad muy alta) realizado en la sesión 3 de la fase de evaluación como pre test, de lo cual presentó niveles altos de tristeza (9/10), cólera (9/10), ansiedad (9/10), culpa (8/10) y soledad (9/10), así mismo, en la sesión 13 en la fase de seguimiento de post test se evidencia una disminución en la intensidad de las emociones de tristeza (4/10), cólera (3/10), ansiedad (4/10), culpa (3/10), soledad (4/10) después de la intervención terapéutica.

Figura 3

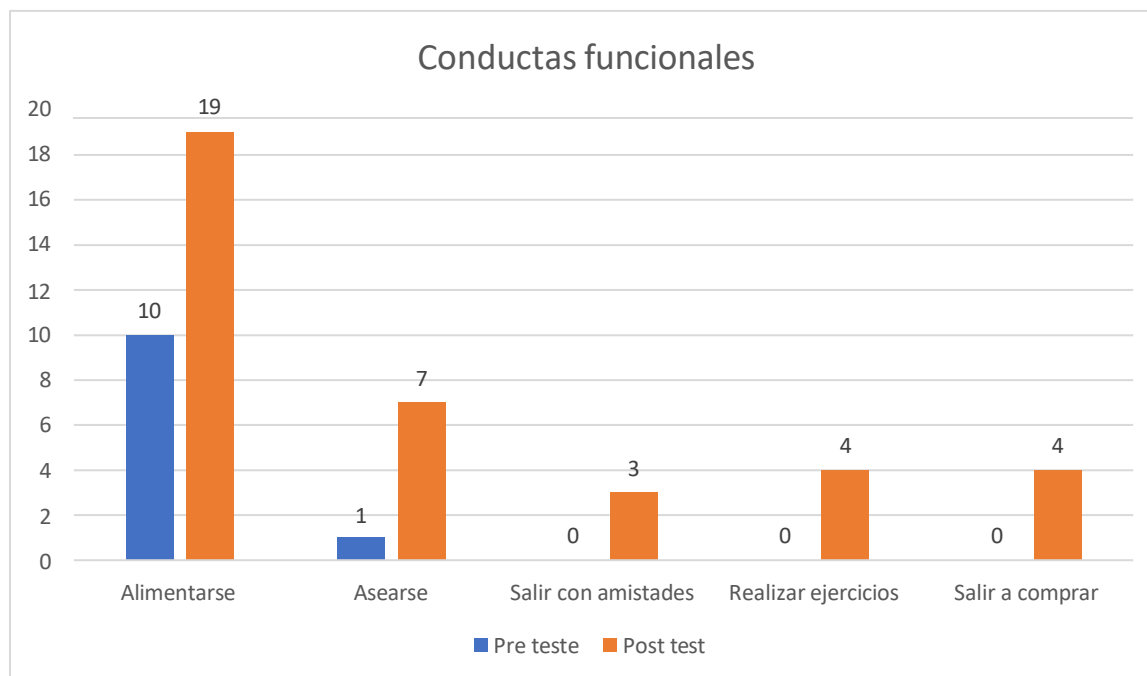
Registro pre y post test de conductas disfuncionales



En la figura 3 se observa la frecuencia semanal de las conductas disfuncionales realizado en la sesión 3 de la fase de evaluación como pretest: de llorar (18), revisar redes sociales del exesposo (31), permanecer en cama (14). Así mismo, en la evaluación post test también se evidencia la disminución de la frecuencia de las conductas de llorar (4), revisar redes sociales del exesposo (6), permanecer en cama (3).

Figura 4

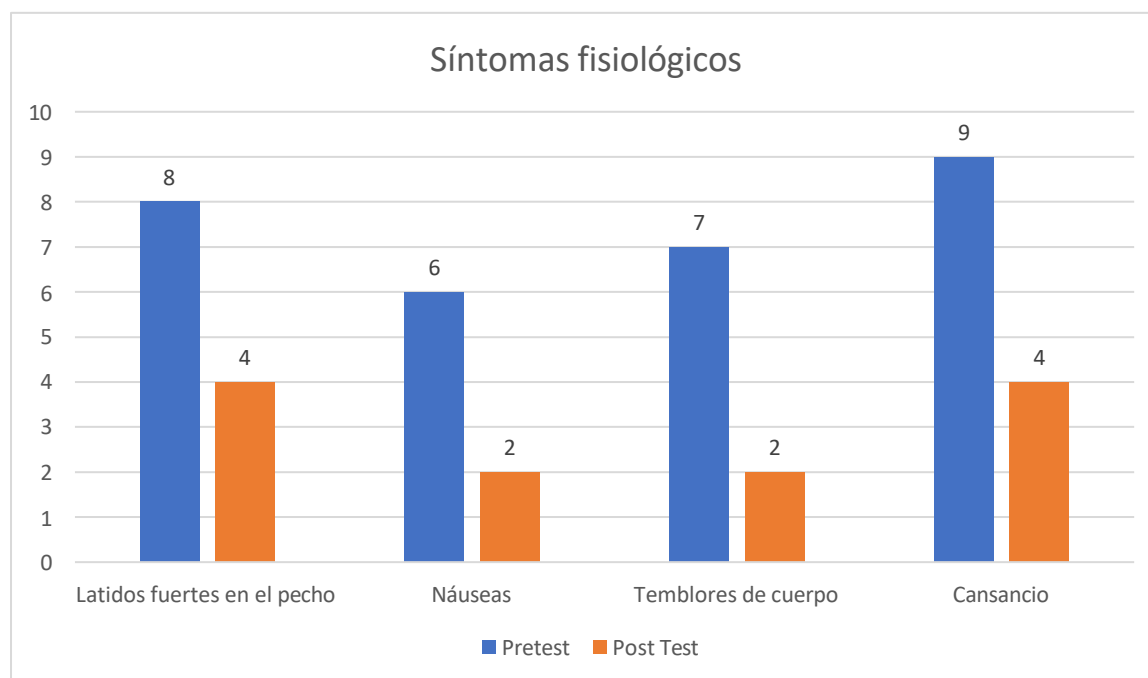
Registro pre y post de conductas funcionales



En la figura 4 se observa la frecuencia semanal de las conductas funcionales realizado en la sesión 3 de la fase de evaluación como pretest: asearse (1), salir con amistades (0), realizar ejercicios (0), salir a comprar (0). Así mismo, en la evaluación post test también se evidencia el aumento de las frecuencias de las conductas de aseo personal (7), salir con amistades (3), realizar ejercicios (4) y salir a comprar (4).

Figura 5

Resultados del pre y post test de la intensidad de los síntomas fisiológicos



En la figura 5 se observa el registro de la intensidad de los síntomas fisiológicos evaluados en una escala del 0 (nivel bajo) al 10 (nivel muy alto) realizado en la sesión 3 de la fase de evaluación como pre test, de lo cual se presentó niveles muy altos de latidos fuertes en el pecho (8/10), náuseas (6/10), temblores de cuerpo (7/10) y cansancio (9/10). Así mismo, en la sesión 13 de la fase de seguimiento como post test se evidencia una disminución de los niveles de intensidad de los síntomas fisiológicos de latidos fuertes en el pecho (4/10), náuseas (2/10), temblores de cuerpo (2/10) y cansancio (4/10).

En la Tabla 28, se presentan los resultados del Inventario de Depresión de Beck BDI-II, de la evaluación pre test (23 puntos) que la categoriza en una depresión moderada que se caracteriza por presentar síntomas depresivos como los pensamientos suicidas, sentimientos de tristeza, soledad, culpa, autocrítica, pérdida de interés en las actividades diarias y placenteras para ella, llanto frecuente, cólera, cansancio, fatiga, falta de apetito, dificultad para dormir en las noches y descuido de su aseo personal y los resultados post test (18 puntos) donde la categoriza en un nivel de depresión leve, por lo cual los síntomas depresivos han disminuido.

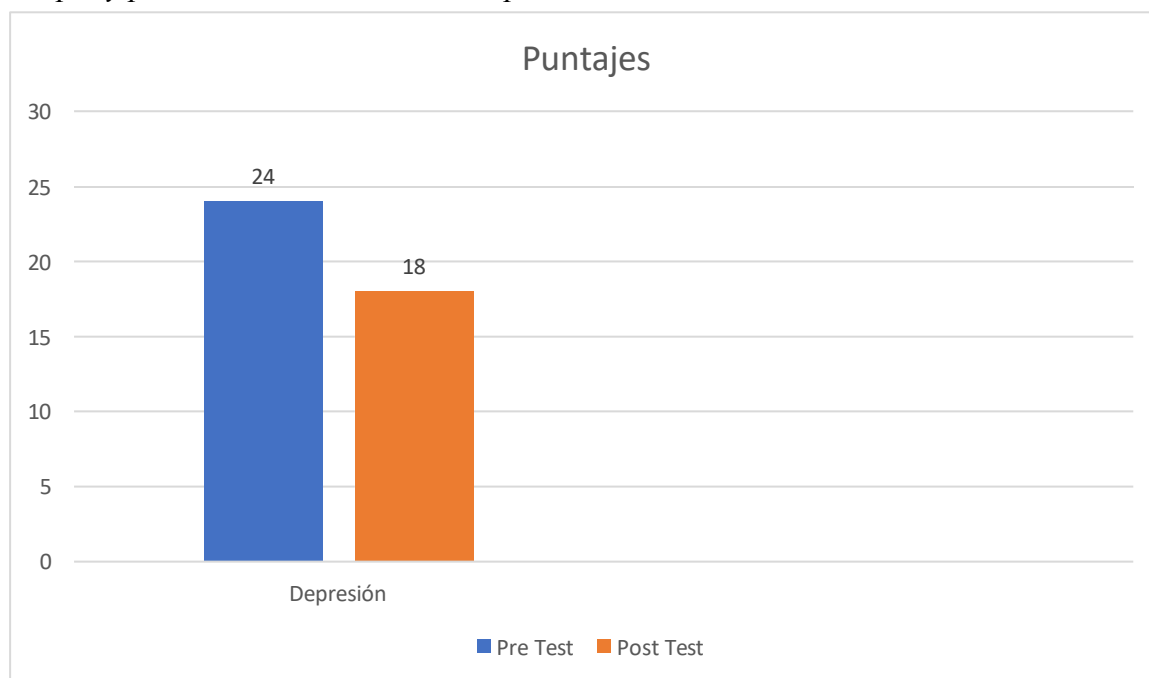
Tabla 28

Análisis cuantitativo del Inventario de Depresión de Beck BDI-II Pre y Post Test:

	Puntaje Directo	Categoría
Pre test	23	Depresión moderada
Post test	18	Depresión leve

Figura 6

Resultados pre y post test del Inventario de Depresión de Beck BDI-II



En la figura 6 se presenta una disminución en el puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck de lo cual se evidencia un nivel bajo de depresión.

En la Tabla 29, se presentan los resultados de la Escala de Desesperanza de Beck de la evaluación pre test (9 puntos) donde la categoriza en un nivel de desesperanza moderada por lo cual presenta expectativas pesimistas de sí misma y del futuro acompañado de ideación suicidas por lo cual se considera un riesgo alto de cometer un acto suicida y en la evaluación post test (6) donde la categoriza en un nivel de desesperanza leve.

Tabla 29

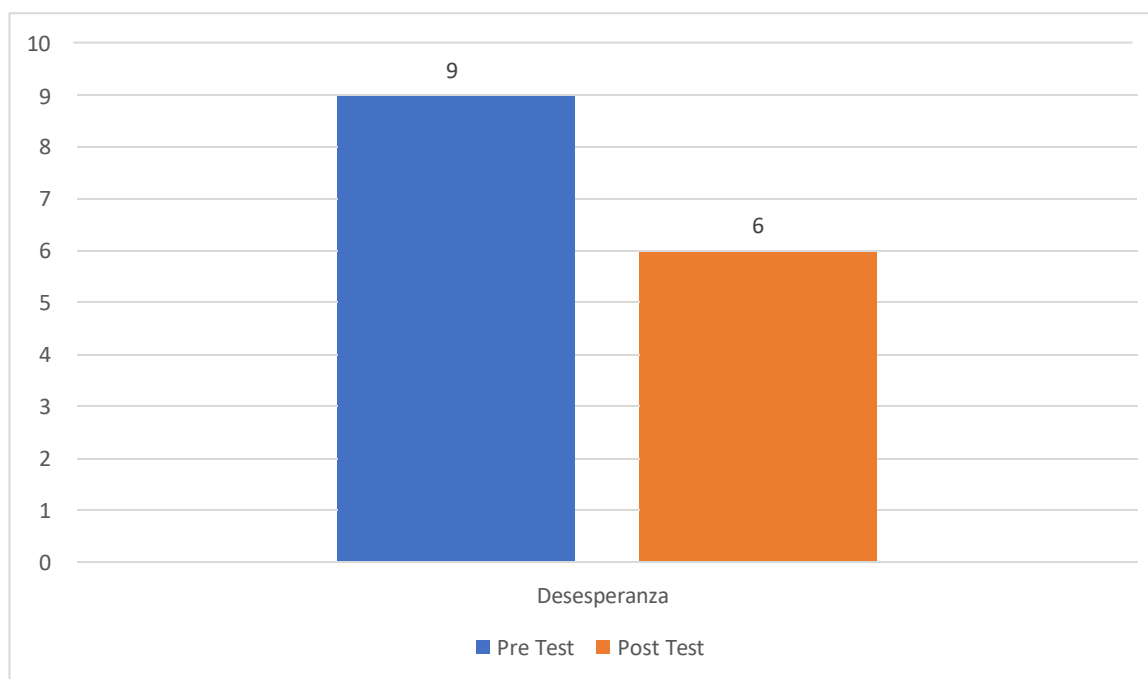
Análisis cuantitativo de la Escala de Desesperanza de Beck Pre y Post Test

Puntaje Directo	Categoría
-----------------	-----------

Pre test	9	Desesperanza moderada
Post Test	6	Desesperanza leve

Figura 7

Resultados pre y post test de la Escala de Desesperanza de Beck



En la figura 7 se evidencia una disminución en el puntaje obtenido en la Escala de Desesperanza de Beck, de lo que resulta un menor riesgo de suicidio.

En la Tabla 30, se presentan los Resultados de la Escala de la Autoestima de Coopersmith en la evaluación de pre test (24 puntos) de lo cual la categoriza en un nivel de autoestima bajo, por lo cual presenta actitudes negativas de sus características físicas y habilidades laborales, presenta actitudes negativas hacia sus amistades y familiares, así como insatisfacción en su desempeño. Y también presenta actitudes negativas respecto a la convivencia familiar, debido a que no siente el apoyo familiar e influye en la percepción

negativa y en la evaluación post test (50 puntos) donde la categoriza en un nivel de autoestima medio, evidenciando el aumento del nivel en la autoestima.

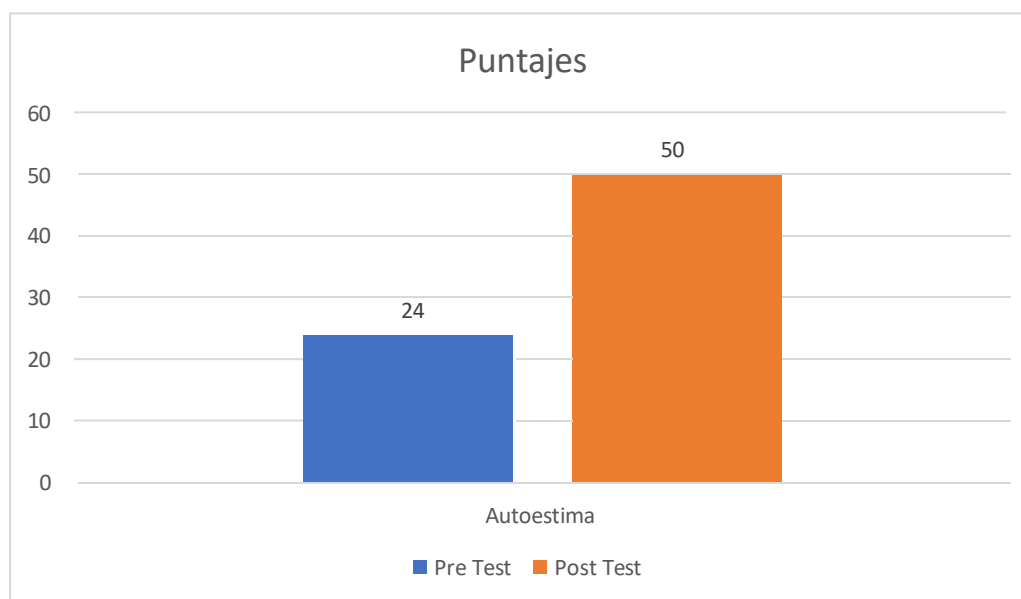
Tabla 30

Análisis cuantitativo y cualitativo de la Escala de la Autoestima de Coopersmith pre y post test

	Áreas	Puntaje	Categoría
Pre test	General	24	Autoestima bajo
Post Test	General	50	Autoestima medio

Figura 8

Resultados pre y post test de la Escala de Autoestima de Coopersmith



En la figura 8 se observa los puntajes pretest de la Escala de Autoestima de Coopersmith de 24 puntos de lo cual equivale a un bajo autoestima; sin embargo, en el puntaje

post test se obtuvo 50 puntos de lo cual equivale a un nivel de autoestima medio, por lo tanto, se evidencia un aumento en el nivel de la autoestima.

En la tabla 31, se presentan los Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos - IPA en la evaluación pre test presenta diversas distorsiones cognitivas que le producen un efecto emocional severo y regular, así como emociones negativas en su vida y malestar emocional; en la evaluación post test se evidencia un efecto emocional bajo.

Tabla 31

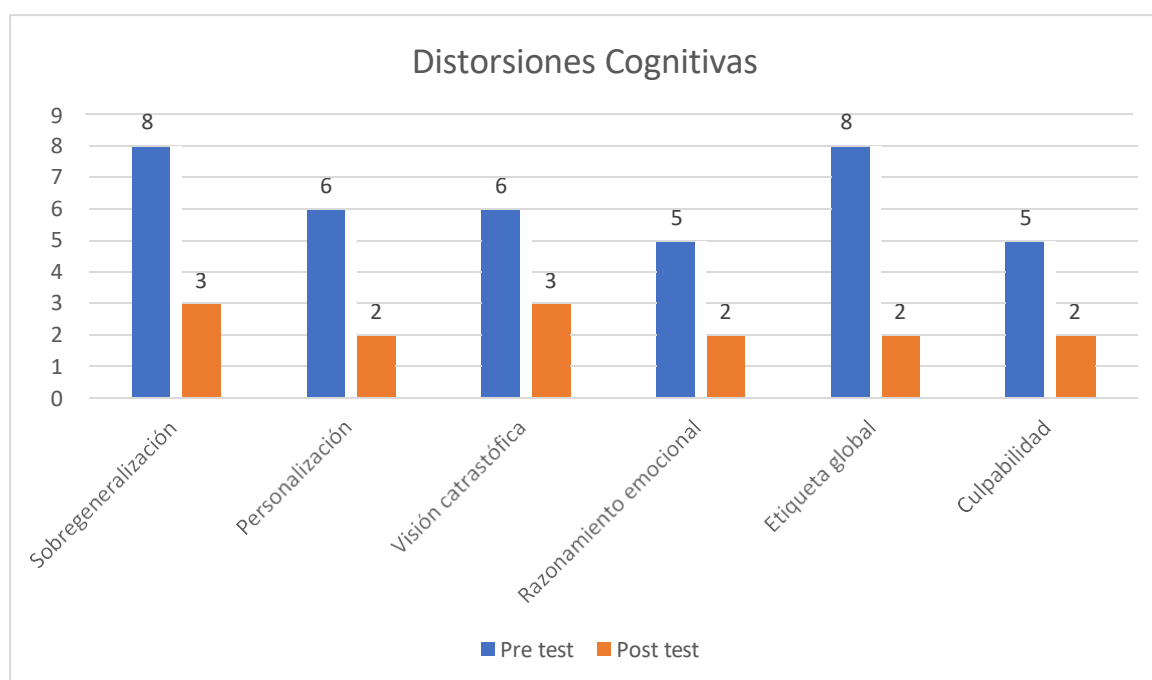
Análisis cuantitativo del Inventario de Pensamientos Automáticos -IPA pre y post test

Nº	Pensamientos Automáticos	Efecto Emocional Pre test Puntos	Efecto Emocional Post test
1	Filtraje: ¡Todo es negativo! Nada es positivo.	2	2
2	Pensamiento Polarizado: ¡Blanco o negro!	2	2
3	Sobre generalización: ¡Siempre fracasaré!	8	3
4	Interpretación del Pensamiento: piensa esto de mí...	2	2
5	Visión catastrófica: “Va a suceder lo peor...”	5	2
6	Personalización: “Eso lo está diciendo por mí...”	6	3
7	Falacia de control externo: “No puedo hacer nada...”	1	1
8	Falacia de justicia: “No hay derecho a...es injusto”	2	2
9	Razonamiento emocional: “Si lo siento así, es que es verdad”	5	2
10	Falacia de cambio: “Si tal cosa cambiara entonces yo podría...”	2	2
11	Etiqueta global: ¡Que torpe soy!	8	2
12	Culpabilidad: “Por mi culpa...por su culpa”	5	2
13	Debería: “Debo de..., no debo de...”	2	2

14	Falacia de razón: “Tengo la razón... sé que estoy en lo cierto”	2	2
15	Falacia de recompensa dividida: “El día de mañana, esto cambiará”	2	2

Figura 9

Resultados pre y post test del Inventario de Pensamientos Automáticos



En la figura 9 se observa los puntajes obtenidos en la evaluación pre test de los pensamientos disfuncionales : sobregeneralización (8), personalización (6), visión catastrófica (6), razonamiento emocional (5), etiqueta global (8) y culpabilidad (5), de lo cual después de la fase de intervención se evidencia una disminución en los puntajes obtenido en la evaluación post test : sobregeneralización (3), personalización (2), visión catastrófica (3), razonamiento emocional (2), etiqueta global (2) y culpabilidad (2).

3.1 Discusión de resultados

Los resultados del presente estudio indican que, al aplicar la variable independiente, denominada terapia cognitivo conductual, sobre la variable dependiente, que es la depresión, se genera una disminución de los niveles de los síntomas depresivos a nivel cognitivo, emocional, conductual y fisiológico, así como el aumento de conductas funcionales. Mediante estos resultados se corroboran la efectividad de la técnica utilizada dentro del programa. De esta manera, los resultados del presente estudio muestran consistencia en comparación a otras investigaciones, estos resultados se refuerzan con los resultados encontrados en la investigación de Suárez (2022) quien, al aplicar un programa de intervención cognitiva conductual en una mujer adulta peruana, obtuvo como resultado una disminución de los síntomas depresivos. Así mismo, Lacomba et al. (2021) después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual se evidenciaron un efecto favorable ante los niveles altos de síntomas depresivos, Por lo tanto, a nivel experimental han comprobado su efectividad en programas de intervención, mediante el uso de técnicas de reestructuración cognitiva y programación de actividades para el tratamiento de los síntomas depresivos. Lorenzo et al. (2021) afirman que la terapia cognitiva conductual en pacientes con diagnóstico depresivo resultó eficaz debido a que se evidenció una disminución de los síntomas y comportamientos asociados. Concluyendo finalmente que la terapia cognitiva conductual se muestra como una intervención efectiva en pacientes con diagnóstico depresivo leve y moderado.

Los modelos de mayor evidencia en eficacia presentan para el tratamiento de la depresión es la Terapia Cognitiva de la Depresión y la Activación Conductual para la Depresión. Ambos modelos presentan diferencias en sus premisas teóricas, sin embargo, tienen en común la estrategia de la programación de actividades (González y Campos, 2021).

A pesar de los resultados de la intervención cognitiva conductual, una de las principales

limitaciones en el presente caso clínico es el diseño de caso único de lo cual no se puede generalizar, además la variabilidad en cada paciente, al ser un caso individualizado por sus características psicológicas se genera diferentes factores que pueden influenciar en su comportamiento, por lo tanto, da como resultados diferentes variaciones individuales que se evidencia en los estudios de caso único (Roussos, 2007).

3.2 Seguimiento

El seguimiento se realizó en 1 sesión a las 2 semanas de la última sesión de intervención, de lo cual se trabajó la prevención de recaídas, comprobar si la paciente pone en práctica y utiliza las estrategias y técnicas aprendidas en la terapia, además de permitir evaluar el estado actual de los resultados.

IV. CONCLUSIONES

- Se logró cumplir con los objetivos generales y específicos del presente caso clínico de acuerdo con los resultados de la intervención cognitivo conductual para la depresión. Se evidencia una disminución de los síntomas depresivos de la paciente.
- Mediante las técnicas cognitivas y conductuales, se logró modificar los pensamientos disfuncionales que le impedían a la usuaria a desenvolverse de manera funcional y además le generaban malestar emocional asociados a su autoestima.
- Se logró incrementar las conductas de autocuidado como el asearse y alimentarse, mediante la incorporación de una agenda de actividades con horarios mejorando así la calidad de vida de la consultante y también las conductas de afrontamiento ante las situaciones que le generen problemas.
- Se logró disminuir las respuestas fisiológicas de la paciente mediante la respiración diafragmática y un ejercicio experiencial del mindfulness, generando una disminución en el malestar somático.

V. RECOMENDACIONES

- Se recomienda llevar a cabo investigaciones dirigidas a la salud mental de las mujeres peruanas con depresión, debido a la alta prevalencia de casos, además permite una comprensión más completa para un tratamiento más personalizado según el género.
- Es importante tener en cuenta el diseño del caso único para futuras comparaciones con otras intervenciones psicológicas para la depresión, ya que permite una exploración detallada de un caso fenómeno complejo y además permite evaluar la efectividad de un enfoque específico en un solo paciente.
- Promover en el campo de la psicología clínica el modelo de intervención cognitivo conductual en pacientes mujeres con depresión.
- Se recomienda investigar sobre la integración de las técnicas cognitivas y de activación conductual porque son eficaces en cuanto a la técnica.
- Realizar la contrastación de los resultados de la terapia cognitivo conductual obtenidos en el presente caso con otros enfoques psicológicos para futuras investigaciones.

VI. REFERENCIAS

- Academia Nacional de Medicina (2022). *Informe sobre la Salud Mental en el Perú 2022*.
<https://anmperu.org.pe/?q=node/858>
- Acevedo, M. y Gélvez, L. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 855, 156-158.
<https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/1001/1449>
- Acuña, A., Ramírez, Z. y Azofeifa, Z. (2021). Depresión Postparto. *Revista médica sinergia*, 6(9), e712. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i9.712>
- Agostini, G. (2018). Trabajo de revisión: Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM). *Psiquiatría y Salud Mental* 3(4), 238-243. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005047/14-trastorno-disforico-premenstrual-g-agostini.pdf>
- Álas, H. y Barillas, R. (2020). Síndrome Disfórico Premenstrual: tratamiento basado en la evidencia. *Revista Médica Sinergia*, 5(11), E604.
<https://doi.org/10.31434/rms.v5i11.604>
- Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A y Enríquez, J. (2006). Escala de Desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y Características Psicométricas. *Revista de Investigación en Psicología*, (9)1, 66-99. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/index>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed., texto revisado)*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association [APA]. (2019). *Guideline practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts*. <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>

- American Psychological Association [APA]. (2023, Mayo). *Depression: A global conversation*.
<https://www.apa.org/education-career/training/depression-panel>
- Barraca, J. (2019). *Tratando con activación conductual*. Editorial Pirámide.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (19ed.). Desclée de Brouwer.
- Bianchi, J. y Henao, Á. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia psicológica*, 33(2), 69-80.
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082015000200002&script=sci_arttext&tln_g=en
- Carranza, R. (2013). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en Universitario de Lima. *Revista Psicológica de Trujillo*, 15(2), 170-182.
<https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/468>
- Carrasco, C., Claps, C., De La Fuente, G., Figueroa, V., Latorre, N., Muñoz, N., y Salas, N. (2014). *Apuntes de Psicopatología y Psiquiatría-Manual de bolsillo*. (1ed.). Primera edición.
https://www.researchgate.net/publication/260918096_Apuntes_de_Psicopatologia_y_Psiquiatria
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. y Dobson, K. (2013). Un metaanálisis de la terapia cognitivo-conductual para la depresión en adultos, sola y en comparación con otros tratamientos. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.
<https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Feijoo, A. (2021). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo conductual para un caso de trastorno depresivo recurrente*. [Tesis de Licenciatura, Universidad San Martín]

- de Porres]. Repositorio institucional USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/9648>
- Figuerola, V. (Ed.)(2014). *Apuntes de Psicopatología y Psiquiatría*. Universidad Católica del Norte.
- Gallego, R. J. y Gómez, L. E. (2021). Principales cambios diagnósticos de la Cie-11 en los trastornos afectivos. *Psiquiatría.com*, 25. https://psiquiatria.com/trabajos/usr_526558525.pdf
- Gamarra, R. y Vela, M. (2020). *Primeras Evidencias Psicométricas del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) en Universitarios Peruanos*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Institucional UPC. <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/653304>
- García, M., Fernández, M., y Crespo A. (2017). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer.
- García, H. (2019). *Aplicación de la técnica de activación conductual en un caso de trastorno depresivo grave*. [Trabajo académico de Especialidad, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional UPB. https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6253/digital_38296.pdf?sequence=1
- Gonzáles, R. y Campos, M. (2021). Activación Conductual (programación de actividades) y depresión: Una mirada analítica-funcional. *Acta Comportamentalia. Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 29(4). 175-190. <https://www.redalyc.org/journal/2745/274571372011/274571372011.pdf>
- Gonzáles, N. (2023). *Intervención en un caso de Trastorno de Depresión Mayor con Ansiedad*.

Estudio de caso. [Tesis de Maestría, Universidad Europea Madrid].
https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/4944/tfm_NereaGonzalezBernardez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Goyeneche, T. (2018). *Intervención Cognitivo Conductual para un caso clínico de depresión mayor, episodio recurrente, especificador grave, con características atípicas.* [Trabajo de Especialidad, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional UPB.
https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6246/digital_38291.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación.* McGraw Hill.

Hospital Nacional Víctor Larco Herrera. (2018). *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de depresión en Adultos.* <https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/3612414-guia-de-practica-clinica-para-el-tratamiento-de-depresion-en-adultos>

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi [INSM HD-NH]. (8 de setiembre de 2022). *Una depresión no tratada ocasiona dificultades a la persona incluso, puede llevar a suicidio* [Nota de prensa]. Gobierno del Perú.
<https://www.gob.pe/institucion/inism/noticias/648216-una-depresion-no-tratada-ocasiona-dificultades-a-la-persona-incluso-puede-llevar-al-suicidio>

Kanter, J., Busch, A., Weeks, C., y Landes, S. (2008). The nature of clinical depression: Symptoms, ayndromes, and behavior análisis. *The Behavior Analyst* 31(1), 1-21.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395346/>

- Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos Teóricos y clínicos para la Conceptualización y Tratamiento de la Depresión. *Subjetividad y Procesos cognitivos*, 15(1), 130-136. <https://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a05.pdf>
- Medina, G., Cáceres, C. y Medina, M. (2022). Conductas alimentarias y actividad física asociadas a estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia COVID-19. *MHSalud. Revista en ciencias del movimiento humano y salud*, 19(2), 1-18. <https://doi.org/10.15359/mhs.19-2.6>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (13 de enero del 2023a). *La depresión es la primera causa de discapacidad en el mundo* [Nota de prensa]. Gobierno del Perú. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/688278-la-depresion-es-la-primera-causa-de-discapacidad-en-el-mundo>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (12 de mayo del 2023b). *Problemas de salud mental se incrementaron hasta en 64 % en regiones afectadas por lluvias e inundaciones* [Nota de prensa]. Gobierno del Perú. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/756407-problemas-de-salud-mental-se-incrementaron-hasta-en-64-en-regiones-afectadas-por-lluvias-e-inundaciones>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Avalia-t. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Montesó, C. (2015). *La Depresión en las Mujeres. Una aproximación multidisciplinar desde la perspectiva de género*. Arola Editors.
- Morales, M. (9 de mayo de 2022). *Sin cobertura para salud mental: aseguradoras privadas excluyen tratamientos y el Estado no se da abasto*. La República.

<https://data.larepublica.pe/sin-cobertura-para-salud-mental-aseguradoras-privadas-excluyen-tratamientos-y-el-estado-no-se-da-abasto/>

Morrison, J. (2015). *DSM-5. Guía para el Diagnóstico Clínico*. Manual Moderno.

National Institute of Mental Health [NIMH]. (2024a). *Depresión* [Folleto]. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp>

National Institute of Mental Health [NIMH]. (2024b). *La depresión en las mujeres: 4 cosas que usted debe saber* [Folleto]. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-depresion-en-las-mujeres>

Lacomba, T., García, C. y Sanz, C. (2021). Intervención cognitiva conductual para mujeres con trastornos depresivo persistente: sintomatología ansiosa, depresiva y satisfacción vital. *Revista Clínica Contemporánea*, (12)1, e3.
https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/1989_9912_cc_12_1_e3.pdf

Lorenzo, D., Díaz, A., Carrete, F. Hernández, Q. y Barrios, L. (2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Revista de Ciencias Médicas*, 25(6), e5311.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000600013

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Informe Mundial de la Salud Mental. Transformar la salud mental para todos*. Panorama General.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240050860>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (31 de marzo del 2023a). *Trastorno Depresivo: Depresión*. Hoja Informativa <https://www.who.int/es/news-room/fact->

[sheets/detail/depression](#)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023b). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión (CIE-11)*. https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia_CIE_11_Feb2023.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023). *Una nueva agenda para al mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Paz, G. y Peña, H. (2021). *Fundamentos de la evaluación psicológica*. En A. Pérez, M., Fernández, J., Fernández Rodríguez, C., y Amigo, I. (2015). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (1 ed.). Pirámide.

Pérez, M. y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713314.pdf>

Pérez, P., Cervantes, R., Hijuelos, G., Pineda, C. y Salgado, B. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 89-115. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>

Pereyra, G. (2018). *Mindfulness. Mente plena, corazón contento. 8 semanas de ejercicios para la regulación emocional*. Albatros Editorial.

Piñar, S., Suárez, B. y De la Cruz, V. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica*, 5(12), E610. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>

Puelles, N. (2022). *Caso psicológico: Terapia Cognitivo Conductual aplicada en una joven con depresión* [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional de la UNFV.

<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3290310>

Puerta, P. y Padilla, D. (2011). Terapia Cognitiva Conductual como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad de Málaga* 8(2), 251-257.

<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>

Ramón, J. (2021). *Experimentos de psicología. La construcción de una ciencia*. Bonalletra Alcompas, S.L.

Restrepo, A., Sánchez, D., Marín, C., Vélez, P. Martínez, S. y Gallego, G. (2017). Trastornos Depresivo Mayor: una mirada genética. *Perspectivas en Psicología* 13(2), 279-294.

<http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n2/1794-9998-dpp-13-02-00279.pdf>

Rodríguez, M. (2019). *Manual de Psicoterapias. Teoría y técnicas*. Herder

Rossel, L., Erazo, R., Nieto, R., Fuentes, C. y Curivil, P. (2020). Uso de criterios y guías clínicas en la creación de una unidad de trastornos del ánimo. *Revista Médica Clínica Las Condes* 21(2), 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.003>.

Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921790006.pdf>

Sesma, P., Finkle, J., Ginzlaes, T. y Garivia, M. (2013). Depresión Perimenopáusica: una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 33(120), 681-691. <https://doi:10.4321/S0211-57352013000400002>

Socios En Salud. (13 de enero 2023). *¿Cómo prevenir e identificar la depresión?* <https://sociosensalud.org.pe/news/como-prevenir-e-identificar-la-depresion>

- Suárez, P. (2022). *Intervención cognitivo conductual en el caso de una mujer joven con depresión* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5920>
- Taira, S. (2022). *Terapia Cognitivo Conductual para un adulto con depresión* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5966>
- Teasdale, J., Williams, M., y Segal, Z. (2015). *El camino del mindfulness: Un plan de 8 semanas para liberarse de la depresión y el estrés emocional*. Paidós.
- Vásquez, M. (2021). *Programa de Intervención Cognitiva Conductual para usuarios diagnosticado con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes, 2020* [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/58106>
- Wallace, B. (2018). *Cognitive Behavioral Therapy: CBT for Anxiety, Depression and Anger*. Beck Wallace.

VII. ANEXOS

ANEXO A

LINEA BASE

A) Registro de frecuencia de pensamientos disfuncionales como línea base:

Pensamientos Disfuncionales	L	M	M	J	V	S	D	Puntaje
“A veces pienso porqué Dios me castiga de esa manera, siento que me abandonó, y ya ni quiero seguir existiendo. La vida me ha castigado tanto que no entiendo por qué”	3	4	3	3	5	5	6	29
“La vida no tiene sentido y he pensado en la muerte como solución a mis problemas, no veo otra salida, cuando estas muerta nada sientes y eso quiero: no sentir nada”	2	2	2	1	1	3	3	14
“Algo malo debe tener mi corazón y pienso otra vez porqué me tienen que pasar todas las enfermedades a mí”	1	2	2	2	3	3	3	16

“He llegado a pensar que me han hecho brujería, de repente esa mujer y ese marido me han hecho brujería”	4	4	4	3	4	5	5	29
“Mi vida está llena de desgracias”	2	1	1	1	2	2	2	11
“Pienso que así, nunca nadie va a querer estar a mi lado, siempre estaré sola y así me voy a morir”.	4	3	2	2	3	4	3	21
“soy una inútil, allí prefieren tener gente jovial con energía no viejas y acabadas como yo”	2	3	3	2	3	2	2	17
“no merezco vivir, voy a donar mis órganos para sentirme útil aunque sea una vez”	3	3	3	3	3	3	4	26

B) Registro de nivel de emociones como línea base:

Emociones	L	M	M	J	V	S	D	Puntaje
Tristeza	8	8	9	9	10	10	10	9
Cólera	7	8	7	7	8	9	9	9
Ansiedad	8	8	8	8	8	9	9	9

Soledad	9	9	9	9	10	10	10	9
Culpa	7	8	8	7	8	7	7	8

C) Registro de frecuencia de conductas inadecuadas como línea base:

Conductas	L	M	M	J	V	S	D	Puntaje
Llorar	3	2	3	3	3	2	2	18
Revisar redes sociales del esposó	5	3	2	4	5	6	6	31
Permanecer en cama	2	2	1	1	2	2	1	11
Asearse	1	1	1	1	1	1	1	7
Alimentarse	1	2	1	1	1	2	1	9

Realizar ejercicio físico	1	1	1	1	1	1	1	7
Salir a comprar	1	1	1	1	1	1	1	7

D) Registro de intensidad de activación fisiológica como línea base:

Activación fisiológica	L	M	M	J	V	S	D	Puntaje
Latidos fuertes en el corazón	5	6	5	4	5	5	6	6
Náuseas	5	4	4	5	5	5	5	5
Temblores del cuerpo	4	5	4	3	4	4	4	5
Cansancio	8	8	9	9	9	9	9	9

ANEXO B

Psicoeducación sobre la importancia de los ejercicios de respiración profunda:

Beneficios en mi cuerpo: Reduce el estrés y la ansiedad

- 1.- Sentarse cómodamente y colocar una mano sobre el pecho y la otra sobre el abdomen o estómago.
- 2.- Imaginar una bolsa vacía dentro del estómago debajo de donde se apoya la mano.
- 3.- Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y como va subiendo ese aire hasta los hombros.
Contamos hasta 5 segundos mentalmente.
- 4.- Mantener la respiración 1-2-3 segundos.
- 5.- Exhalar o expulsar el aire lentamente y al mismo tiempo se dice mentalmente “mi cuerpo está relajado”
- 6.- Notarás que la mano en el abdomen se moverá hacia arriba debido a que el aire ocupa un espacio.
- 7.- Realizar 4-5 ejercicios de respiración continuas. Hacerlo en las mañanas, tardes y noches y en situaciones estresantes como el no poder dormir.



ANEXO C

Hoja de registro diario de pensamientos automáticos

Nombre: _____

Fecha: _____

Situación Describa lo que estaba pasando cuando se dio cuenta de un cambio en su estado de ánimo	Pensamientos Describa los pensamientos automáticos: ¿Qué pasaba por su mente? ¿Qué dice la situación sobre usted? ¿Qué dice la situación sobre otros, sobre su futuro?	Emoción Describa lo que sintió en ese momento y evalúe la intensidad del 1 (muy bajo) al 10 (muy alto).	Conducta Describa lo que hizo

ANEXO D

Hoja de Registro de Actividades Diarias

HORA	ACTIVIDAD	DIFICULTAD	ESTADO DE ÁNIMO
8 AM	Tomar desayuno y llevar a mi hijo al jardín	2	4
9 AM	Arreglarme y maquillarme	2	4
10 AM	Salir a caminar hasta el óvalo	2	4
11 AM	Ver mi novela	1	5
12 AM	Cocinar almuerzo	2	2
1PM	Recoger del jardín a mi hijo	2	2
2PM	Almorzar	2	3
3PM	Escuchar música favorita	1	4
4PM	Acompañar a mi hijo en sus tareas	3	3
5PM	Socializar con amigas mediante redes sociales y aceptar invitaciones de paseos	2	4
6PM	Preparar lonche	2	4
7PM	Postular a trabajos por internet	1	4
8PM	Cenar	2	3
9PM	Ver televisión	1	5
10PM	Dormir	2	4

ANEXO E

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 en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

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.

8) .

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

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 llorar.

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.

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 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.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO F

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

	V	F
1. <i>Espero el futuro con esperanza y entusiasmo</i>		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. <i>Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así</i>		
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años		
5. <i>Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer</i>		
6. <i>En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar</i>		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. <i>Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio</i>		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. <i>Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro</i>		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora</i>		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro</i>		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas.</i>		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
PUNTUACIÓN TOTAL		

ANEXO G

INVENTARIO DE AUTOESTIMA-COOPERSMITH-VERSIÓN ADULTOS

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

- ✓ **V** cuando la frase **SI** coincide con su forma de ser o pensar.
- ✓ **F** si la frase **NO** coincide con su forma de ser o pensar.

FRASE DESCRIPTIVA

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

ANEXO H

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

¿Nos gusta sufrir? ¿Es la realidad como la vemos? Te propongo hacer un cuestionario para que conozcas cuáles son tus pensamientos automáticos, aquellos que pueden variar tu forma de ver la realidad, y responder ante ella.

A continuación, tienes una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valores la frecuencia con que sueles pensarlos (pensando en general, no en situaciones concretas para cada una de ellas), siguiendo la escala:

0 = Nunca pienso eso;

1 = Algunas veces lo pienso;

2 = Bastantes veces lo pienso;

3 = Con mucha frecuencia lo pienso.

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