Universidad Nacional Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

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

Línea de investigación:
Salud mental

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

Autora

Guimaray Gargurevich, Nataly Cristina

Asesor

Martínez Portillo, Armando

ORCID: 0000-0001-7432-4153

Jurado

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Campana Cruzado, Frey Antonio

Reyes Rodríguez, Javier Andrés

Lima - Perú

2026

RECONOCIMIENTO - NO COMERCIAL - SIN OBRA DERIVADA
(CC BY-NC-ND)

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

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%	23%	5%	12%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUD

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe	Fuente de Internet
2	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal	Trabajo del estudiante
3	hdl.handle.net	Fuente de Internet
4	repositorio.uladech.edu.pe	Fuente de Internet
5	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe	Fuente de Internet
6	qdoc.tips	Fuente de Internet
7	repositorio.unfv.edu.pe:8080	Fuente de Internet
8	www.coursehero.com	Fuente de Internet
9	1library.co	Fuente de Internet
10	www.dspace.uce.edu.ec	Fuente de Internet
11	www.psicoalcala.es	Fuente de Internet
12	Submitted to Universidad Peruana Los Andes	Trabajo del estudiante
13	archive.org	Fuente de Internet
14	www.researchgate.net	Fuente de Internet
15	clinicaripalda.es	Fuente de Internet

Universidad Nacional Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

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

Línea de investigación:
Salud mental

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

Autora:
Guimaray Gargurevich, Nataly Cristina

Asesor:
Martínez Portillo, Armando
ORCID: 0000-0001-7432-4153

Jurado:
Castillo Gómez, Gorqui Baldomero
Campana Cruzado, Frey Antonio
Reyes Rodríguez, Javier Andrés

Lima- Perú

2026

Dedicatoria

El presente trabajo lo dedico a la Virgen María que siempre me acompaña, a mi padre que está en el cielo, a mi madre por ser mi ejemplo de esfuerzo y valor, y a mi esposo por apoyar siempre mis metas.

ÍNDICE

Resumen ix

Abstract x

I. INTRODUCCIÓN 1

1.1 Descripción del problema 3

1.2 Antecedentes 4

1.2.1 Antecedentes internacionales 4

1.2.2 Antecedentes nacionales 7

1.2.3 Marco teórico 10

1.3 Objetivos 15

1.3.1 Objetivo general 15

1.3.2 Objetivos específicos 15

1.4 Justificación e importancia 16

1.5 Impactos esperados del trabajo académico 17

II. METODOLOGÍA 18

2.1 Tipo y diseño de investigación 18

2.2 Variables de investigación 18

2.2.1 Variable independiente. Tratamiento cognitivo conductual para La depresión 18

2.2.2 Variable dependiente 18

2.3 Participante 19

2.4 Técnicas e instrumentos 19

2.4.1 Técnicas cognitivas 19

2.4.2 Técnicas conductuales 22

2.5 Instrumentos 25

2.5.1 Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-II) 25

2.5.2 Registro de Opiniones de Alberto Ellis (ROAE) 27

2.5.3 Inventario de depresión de Beck (BDI-II) 28

2.5.4 Escala de Autoestima para adultos de Coopersmith (SEI) 29

2.5.5 *Autoinforme de Conducta Asertiva (ADCA-1)* 30

2.5.6 *Lista de chequeo conductual de Habilidades Sociales de Goldstein* 31

2.6 Evaluaciones 32

2.6.1 Historia psicológica 32

2.6.2 Problema actual 33

2.6.3 Desarrollo cronológico del problema 35

2.6.4 Historia personal 38

2.6.5 Historia familiar 40

2.6.6 Evaluación psicométrica 42

2.6.7 Diagnóstico psicológico 44

2.6.8 Diagnóstico tradicional 46

2.7 Intervención 46

2.7.1 Diseño del plan de intervención 46

2.7.2 Programa de intervención 47

2.8 Procedimiento 48

2.9 Fase de seguimiento 61

2.10 Consideraciones éticas 63

III. RESULTADOS 64

3.1 Análisis de los resultados 64

3.1.1 Análisis descriptivo 64

3.1.2 Análisis comparativo 67

3.2 Discusión de resultados 71

IV. CONCLUSIONES 74

V. RECOMENDACIONES 75

VI. REFERENCIAS 77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Estructura del registro de opiniones de Albert Ellis	27
Tabla 2.	Datos de filiación de paciente	32
Tabla 3.	Estudios de la paciente	39
Tabla 4.	Datos de la familia de la paciente	40
Tabla 5.	Resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Millon	42
Tabla 6.	Resultados del Registro de Opiniones de Albert Ellis	42
Tabla 7.	Resultados del Inventario de Depresión de Beck	43
Tabla 8.	Resultados del Inventario de Autoestima para adultos de Coopersmith	43
Tabla 9.	Resultados del Autoinforme de Conducta Asertiva	43
Tabla 10.	Resultados la lista de chequeo conductual de las habilidades sociales de Goldstein	43
Tabla. 11.	Diagnóstico funcional	44
Tabla. 12.	Análisis funcional	44
Tabla. 13.	Análisis cognitivo	45
Tabla 14.	Sesión 1	48
Tabla 15.	Sesión 2	49
Tabla 16.	Sesión 3	49
Tabla 17.	Sesión 4	50
Tabla 18.	Sesión 5	51
Tabla 19.	Sesión 6	51
Tabla 20.	Sesión 7	52
Tabla 21.	Sesión 8	53

Tabla 22.	Sesión 9	53
Tabla 23.	Sesión 10	54
Tabla 24.	Sesión 11	55
Tabla 25.	Sesión 12	56
Tabla 26.	Sesión 13	56
Tabla 27.	Sesión 14	57
Tabla 28.	Sesión 15	58
Tabla 29.	Sesión 16	59
Tabla 30.	Sesión 17	60
Tabla 31.	Sesión 18	61
Tabla 32.	Sesión 19	61
Tabla 33.	Sesión 20	62
Tabla 34.	Sesión 21	62
Tabla 35.	Resultados del BDI-II del pre y post tratamiento	68
Tabla 36.	Resultados del MCMI-II del pre y post tratamiento	68
Tabla 37.	Resultados del ROAE del pre y post tratamiento	69
Tabla 38.	Resultados del SEI del pre y post tratamiento	69
Tabla 39.	Resultados del ADCA-1 del pre y post tratamiento	70
Tabla 40.	Resultados de la lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein pre y post tratamiento	70

.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Registro de la intensidad de la emoción al comparar el pre y post tratamiento	64
Figura 2.	Registro de la frecuencia semanal de sensaciones fisiológicas al comparar el pre y post tratamiento	65
Figura 3.	Registro de la frecuencia semanal de la conducta depresiva al comparar el pre y post tratamiento	66
Figura 4.	Registro de la frecuencia semanal de pensamientos al comparar el pre y post tratamiento	67

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 40 años, casada, con 5 hijos. Ella presenta depresión; caracterizada por emociones de tristeza y culpa, además de; cansancio, desgano, dolor de cabeza y disminución de apetito; distorsiones cognitivas, creencias irracionales, y abandono de actividades. Se procedió a la elaboración de la presente historia clínica psicológica, recabando los datos necesarios para poder explicar la conducta problema de la paciente en función de sus antecedentes y consecuentes, es decir; el análisis funcional de su conducta problemática depresiva. Asimismo, se aplicaron pruebas psicológicas como; Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI – II), Registro de opiniones de Albert Ellis (ROAE), E Inventario de depresión de Beck (BDI – II), entre otras pruebas y registros. En base a los resultados se elaboró un informe psicológico, cuyas conclusiones fueron integradas y analizadas con el análisis funcional de la paciente, y permitieron el establecimiento de los objetivos y la elaboración del presente programa de intervención ideográfico. Para mejorar el estado emocional de la paciente se aplicaron diversas técnicas como; programación de actividades gratificantes, auto refuerzo, reestructuración cognitiva y entrenamientos dirigidos a incrementar habilidades sociales y de solución de problemas; además de manejo de contingencias con la paciente y con miembros de su familia. Los resultados evidencian un incremento en su estado de ánimo, modificación de los pensamientos o creencias irracionales, e incremento de conductas adaptativas, lo cual confirma la eficacia del tratamiento al disminuir los síntomas depresivos y alcanzar los objetivos formulados.

Palabras clave: depresión, análisis funcional, terapia cognitivo-conductual

ABSTRACT

This paper presents the case of a 40 year old woman who is married and have five children. She shows emotions of sadness and guilt, along with fatigue, lack of motivation, headaches, and decreased appetite. She also exhibits cognitive distortions, irrational beliefs, and withdrawal from activities, which are characteristic features of depression. The present clinic psychological case history was developed by collecting the necessary data to explain the patient's problematic behavior in terms of its antecedents and consequences, that is, through a functional analysis of her depressive behavior. Psychological tests such as the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI–II), the Albert Ellis Opinion Record (ROAE), and the Beck Depression Inventory (BDI–II), among others, were administered. Based on the results, a psychological report was prepared, whose conclusions were integrated and analyzed alongside the patient's functional analysis. This process allowed for the establishment of therapeutic goals and the development of the present idiographic intervention program. To improve the patient's emotional state, various techniques were applied, including scheduling of pleasurable activities, self-reinforcement, cognitive restructuring, and training aimed at enhancing social and problem-solving skills, as well as contingency management with the patient and her family members. The results showed an increase in tolerance towards situations that previously caused a high level of anger, decreasing the intensity of anger and modifying their thoughts in relation to these, also their irrational beliefs were changing. This demonstrates that cognitive behavioral intervention is effective in cases of anger management.

Key words: anger management, psychoeducation, cognitive restructuring, assertiveness.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). De la misma forma, la guía de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (OMS [CIE-10], 2000) sostiene que los episodios depresivos, sean leves, moderados o graves se caracterizan por ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de actividad, además de sueño y apetito alterado.

Según Maero y Quintero (2018) no existe una única causa para la depresión, sino que existen diversos factores como, por ejemplo; factores biológicos, el entorno social, la forma de pensar y el comportamiento, teniendo en cuenta que el inicio de la depresión está en relación con eventos estresantes (culminar una relación, mudarse, perder el trabajo, etc.) como en algunos casos, eventos no identificables. Lo cierto, es que esta experiencia ocurre en algún momento a lo largo de la vida sin importar cultura, edad, educación, economía, etc.

Por cual, es coherente que autores como Barraca y Pérez (2015) lo consideren como una epidemia del siglo XX. De la misma manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) refiere que más de 4% de la población mundial sufre depresión, siendo los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores, los más propensos, con un aumento de su incidencia del 18% entre 2005 y 2015.

Estos datos, así como de otros organismos nos hacen notar el imparable ascenso de este problema de salud, como problema que no solo incide sobre el paciente, sino también sobre su entorno y como problema social (enfermedades asociadas, perdidas y ausencias laborales, inversión económica en salud, etc.).

Además, hay que tener en cuenta que, dentro de las características de la depresión, encontramos la disminución de la capacidad de disfrutar, interesarse y concentrarse, lo cual

afecta a la persona en el desarrollo de sus actividades que van más allá de las bajas tasas laborales, pues generan sufrimiento, conflictos familiares y riesgo suicida, alterando su funcionalidad en todas las áreas de vida.

Asimismo, la depresión en la práctica clínica constituye la problemática más común ya sea como un diagnóstico único y completo, o como un fenómeno sub clínico en el caso de pacientes que no cumplen con todos los criterios diagnósticos y en aquellos que se presentan junto con otros trastornos o como consecuencia de la presencia de alguno de ellos.

Esta problemática, hace necesario que podamos cumplir con el propósito de contar con tratamientos eficaces de primera línea. Favorablemente, contamos con tratamientos con soporte empírico para este diagnóstico, donde la terapia cognitivo-conductual (TCC) se encuentra entre las intervenciones más eficaces y empleadas por los profesionales de la salud. Por este motivo, la presente investigación pretende hacer un puente entre la investigación y la práctica clínica, mediante la revisión de las diferentes técnicas y estrategias del modelo TCC, poniendo sobre la mesa las más relevantes y funcionales en la práctica clínica.

Es decir, mediante el estudio de caso se analizará la importancia de dicho modelo, desde la comprensión de modelos teóricos de la depresión, técnicas, estrategias, objetivos y un programa psicoterapéutico que ayudará a comprender los efectos o resultados a la intervención en este tipo de terapia (TCC) para un caso de depresión.

Este caso clínico, trata de una mujer de 40 años, casada, con 5 hijos, que experimenta tristeza, culpa e irritabilidad ante situaciones por problemas de pareja, ante el recuerdo de agresiones físicas e infidelidad por parte de su pareja y recuerdo de episodio de violación sexual, ante lo cual adopta una conducta pasiva y evitativa en relación a las demandas de su ambiente y valores personales (cuidar su hijo pequeño, actividades domésticas y realización de actividades recreativas entre otras conductas), permaneciendo mucho tiempo en su habitación.

En relación ello, la terapia cognitivo conductual ha mostrado ser eficaz en adultos, al combinar técnicas conductuales y cognitivas, para la resolución de problemas actuales, mediante la consideración de dos elementos, el primero refiere a modificar los pensamientos disfuncionales (reestructuración cognitiva) y el segundo al cambio de las conductas desadaptativas mediante diversas estrategias conductuales (manejo de contingencias). Por lo cual, en la siguiente investigación se abordarán diferentes estrategias dirigidas a mejorar el ánimo de la paciente y demostrar la eficacia del tratamiento para este tipo de casos.

1.1. Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual, las personas son conscientes de sus capacidades para hacer frente a los problemas de la vida cotidiana, son productivos y capaces de contribuir a su comunidad. Motivo por el cual, la salud mental es de suma importancia en todos los niveles; para mantener un ánimo estable, percibir la vida como valiosa, establecer buenas relaciones familiares, contribuir con la sociedad y ser seres productivos; lo cual nos permite afianzar la seguridad en sí mismos y contribuir funcionalmente con nuestros ambientes inmediatos. De aquí, el impacto de la depresión en las personas que lo padecen, debido a que existe una pérdida del significado de la vida, por cómo interfiere en las actividades de una persona, y sus fuentes de reforzamiento, afectando a las personas en todos sus niveles o áreas mencionadas.

Esta problemática la podemos observar en Latinoamérica, dónde de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), la depresión ocupa el tercer lugar en las causas de discapacidad, por lo cual constituye un problema de salud de gran consideración debido a que generan gran sufrimiento, interfiere en actividades académicas, familiares y laborales e implica en algunos casos; riesgo suicida.

A nivel Nacional, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado–Hideyo Noguchi” (ISSN, 2012) a través de un estudio epidemiológico de salud mental en Lima

metropolitana y Callao realizado en el 2012, encontró como prevalencia anual, según los criterios del CIE-10, que los trastornos depresivos se encuentran en un 6.2%; en relación a género se observa el predominio en la población femenina que va de 8.5% a 3.8% en los varones. Asimismo, como prevalencia de vida se identificó cómo el desorden más frecuente al trastorno depresivo con 17.3% en la población general, 12.5%; varones y 21.6%; en mujeres.

Teniendo en cuenta los datos presentados, observamos la necesidad de intervenir en esta problemática que se incrementa año a año, mediante métodos de tratamiento efectivos y evidencia actualizada, por lo cual es importante evaluar la eficacia de los tratamientos, en este caso en de la terapia cognitivo conductual para un caso de depresión; que otorgan vigencia y soporte a esta terapia, asimismo; se pretende evitar la iatrogenia psicoterapéutica en nuestra práctica clínica; al tener claros los procesos y resultados que debemos seguir.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes internacionales

Cruz (2019) en Bucaramanga en Colombia, realizó un estudio de caso único de un joven de 17 años con diagnóstico de Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, el cual presenta síntomas como, tristeza, cansancio, falta de energía, baja motivación para realizar sus actividades, aislamiento voluntario e ideas negativas acerca de los demás y su futuro, no cuenta con una red de apoyo debido a que vive con sus abuelos y mantiene una relación distante con sus padres. Para este caso, se realizó una intervención cognitivo conductual de 10 sesiones, con técnicas como reestructuración cognitiva, detección y control de pensamientos automáticos, psicoeducación y resolución de problemas. Para su evaluación se realizó; observación conductual, entrevista clínica, se aplicó el inventario de depresión de Beck (BDI-II) y la escala de riesgo suicida. El objetivo establecido fue la disminución de síntomas depresivos mediante la exposición de reforzadores ambientales, el cual puede considerarse alcanzado de acuerdo a

los puntajes obtenidos del BDI-II; el cual se redujo de 35 (depresión severa) a 12 (depresión leve).

Guerra (2018) en Colombia, realizó una intervención cognitivo conductual en una mujer de 67 años, diagnosticada con Trastorno depresivo mayor sin síntomas psicóticos, la cual manifiesta; tristeza, anhedonia, llanto, hipersomnia e aislamiento, al recordar episodios de maltrato de su ex pareja, al ver violencia verbal por parte de su yerno hacia su hija y nietos con quienes convive, y al experimentar problemas de salud como diabetes mellitus tipo II, hipertensión, obesidad y enfermedad renal crónica (estadio IIIA). El objetivo planteado fue disminuir los síntomas depresógenos y prevenir recaídas, para lo cual se intervino en 18 sesiones bajo el enfoque terapéutico cognitivo conductual, 6 sesiones de evaluación, 3 sesiones de psicoeducación, y 9 sesiones donde se aplicaron técnicas terapéuticas cognitivas y conductuales como; solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales, logrando un resultado positivo para el alivio de los síntomas que presentaba, según los resultados obtenidos en el inventario de depresión de Beck donde se obtuvo en la evaluación inicial 25 puntos (depresión moderada) y en la evaluación post intervención; 14 puntos (depresión leve).

En España, Berná (2016) estudió el caso de una mujer de 34 años con trastorno depresivo mayor, cuyo objetivo fue el disminuir sus síntomas depresivos y que retome las actividades que realizaba antes de experimentar depresión. Los instrumentos que utilizó para ello, fueron: entrevista semiestructurada, el inventario de depresión de Beck (BDI-II), escala de depresión de Hamilton (HAM-D), autorregistro del grado de malestar, autorregistro de actividades gratificantes y autorregistro del sueño. La paciente refiere, ánimo bajo, culpa, abandono de actividades, disminución de interés, sueño y apetito debido a quiebra económica y cambio vivienda y status económico. Se intervino bajo el modelo de tratamiento cognitivo-conductual a través de técnicas de reestructuración cognitiva, activación conductual, relajación e inoculación del estrés. El autor manifiesta haber conseguido el objetivo planteado al finalizar

14 sesiones de tratamiento, debido a la disminución de los síntomas depresivos, aumentando en la consultante su capacidad de afrontamiento y retomando el control de sus actividades, lo cual se evidencia en los siguientes resultados obtenidos; pretratamiento en BDI-II con una puntuación de 25 (depresión moderada) y HAM-D con una puntuación de 22 (depresión moderada), mientras que en el post tratamiento; una puntuación de 11 y 10 para cada uno de los test, respectivamente.

Hernández (2010) realizó en México, un tratamiento bajo el modelo cognitivo conductual a una paciente de 19 años, quien refiere ser casada desde hace 3 años, ser ama de casa, y tener un hijo de con discapacidad (Síndrome Hipotónico), con el objetivo de disminuir las manifestaciones de depresión. Utilizó el diseño A-B-A, y para evaluar la depresión; el inventario de Beck y CES-D. La paciente en la evaluación, refiere emoción de tristeza y culpa entre otros síntomas; debido discusiones constantes por celos de parte de su pareja con dos episodios de violencia física, asimismo refiere estrés debido al cuidado de su hijo sumado a sus problemas económicos lo cual dificulta la solvencia de los tratamientos que su hijo requiere y se culpa por haber consumido medicamentos durante el embarazo. Para ello se llevaron a cabo 13 sesiones, en las cuales se realizaron técnicas de modificación de pensamientos irracionales, incremento de actividades agradables, mejora de sus relaciones interpersonales, y psicoeducación sobre el impacto de sus emociones sobre su salud. Se concluyó que la intervención logró disminuir los niveles de depresión, debido a que obtuvo un puntaje de 4 puntos en el inventario de Beck y en el CES-D se obtuvo 2 puntos, en comparación con la evaluación de pre tratamiento donde obtuvo 23 (depresión entre moderada y severa) y 40 (depresión mayor), respectivamente.

Bas y Navia (1994) también ilustran los resultados de la terapia cognitivo conductual mediante la exposición de un caso con este tipo abordaje, es así que describen a Elvira de 31 años, con síntomas de tristeza, llanto frecuente, desesperanza y aislamiento; al no ejercer su

carrera profesional, infidelidad de parte de su esposo a quien al ser médico lo percibe como un éxito personal, y al escuchar opiniones por parte de su familia sobre que una separación sería un fracaso. Elvira es diagnosticada con Depresión Mayor y presenta una puntuación en el Inventario de Depresión de Beck de 25 (depresión moderada). Después de la evaluación, se procede a la realización del análisis funcional (cogniciones, emociones, sensaciones fisiológicas, conductas motoras, medición de grado de creencias, frecuencia, intensidad y duración de los episodios, así como; antecedentes y consecuentes), se proponen objetivos y se seleccionan las técnicas para cada uno de ellos; Cognitivo (restructuración cognitiva, asignación de tareas graduadas para pensamientos de inutilidad y ejercicios de reatribución de Rehm), Conductuales (programación de actividades gratificantes y entrenamiento en habilidades asertivas) y ambientales (entrenamiento a familiares en refuerzo diferencial), mediante lo cual se logra disminuir los niveles de depresión en la paciente.

1.2.2. Antecedentes nacionales

Calderón (2020) realizó un estudio en una mujer de 29 años con Depresión a través de 12 sesiones de terapia bajo el enfoque cognitivo conductual. La paciente manifestó; tristeza (8/10), sentimiento de culpa (8/10), irritabilidad, dolores de cabeza, desgano, dificultad para conciliar el sueño, cansancio, falta de apetito, piensa que descuido a su esposo y debido a ello, éste le fue infiel, señala haber perdido el interés en salir e inventa excusas para no salir de casa. El objetivo del presente estudio fue disminuir la sintomatología depresiva, la evaluación se realizó a través del Inventario de Depresión de Beck, entrevista y observación psicológica. Para la intervención, se utilizaron técnicas como psicoeducación, entrenamiento en relajación, auto instrucciones, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva. Los resultados encontrados en la evaluación post test muestran la disminución en los puntajes respecto a la evaluación inicial; de 27 puntos (depresión moderada) a 8 puntos (depresión

mínima), comprobando de esta manera la eficacia de la terapia cognitivo conductual en este caso de depresión.

Huaynates (2019) realizó una investigación de caso único en una mujer de 40 años, quien presentaba tristeza, pensamientos y sentimientos de culpa debido al fallecimiento de su hermana. Los instrumentos que se emplearon para el presente estudio fueron entrevista, autoregistros, análisis funcional, inventario de depresión de Beck (BDI) y la escala de personalidad de Eysenck. Se estableció como objetivo disminuir la sintomatología depresiva, a través de 13 sesiones de terapia cognitivo conductual, la cual incluyo como técnicas; relajación, autoinstrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva. Los resultados mostraron disminución del nivel de depresión al obtener 8 puntos (depresión mínima) en el BDI, a diferencia de la medición inicial de 26 puntos (depresión moderada), respectivamente.

Asimismo, Flores (2019) realizó un estudio de caso de una mujer adolescente de 14 años en Tarapoto, presenta llantos constantes, irritabilidad y alza la voz cuando se le pide realizar una labor doméstica, refiere experimentar tristeza, culpa, aumento de apetito, perdida de disfrute y abandono de actividades como hacer deporte, ver series o salir de casa. Esto se presenta al recordar episodio reciente de burla en la calle respecto a su peso, al discutir con hermana cuando le pide dinero y al pensar: “mi mejor amiga solo se me acerca cuando quiere favores”. Se aplicó el cuestionario de depresión infantil (CDI) obteniendo un puntaje de 16 puntos (depresión leve). Se plantea como objetivo mejorar el estado emocional del paciente, a través de un programa cognitivo conductual, de 14 sesiones, de 45 minutos, de 1 a 2 veces por semana, con 3 sesiones de seguimiento. Se aplicaron técnicas de psicoeducación de depresión y modelo ABC, triple columna, reestructuración cognitiva, programación de actividades, entrenamiento en habilidades sociales, respiración diafragmática y entrenamiento en solución

de problemas. Obteniendo al finalizar el tratamiento 9 puntos en el CDI, logrando disminuir los síntomas depresivos.

Picha (2018) estudió en Arequipa a una mujer de 32 años, quien refiere tristeza, sentimientos de vacío, culpabilidad, llanto, insomnio, pérdida de apetito y perdida de concentración, ante episodios de violencia física y verbal de su ex pareja. Se evaluó el nivel de depresión de la paciente antes del tratamiento a través del Inventario de Depresión de Beck, obteniendo 29 puntos (depresión moderada). El objetivo de la presente investigación fue incrementar las conductas adaptativas de la consultante a través de técnicas cognitivo-conductuales. La intervención se realizó en 8 sesiones, de 45 a 60 minutos, durante 27 semanas a través de las siguientes técnicas; psicoeducación de ABC, triada cognitiva y autoregistros de pensamiento; reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, respiración profunda, relajación progresiva de Jacobson, repetición de metas de Beck, Rush, Shaw y Emery, entrenamiento en solución de problemas de D' Zurilla y Nezu, biblioterapia y prevención de recaídas, con lo cual se logró disminuir los niveles de ánimo depresivo.

Lanza (2018), en un Hospital de la provincia de Puno, se planteó como objetivo comprobar la evidencia de la psicoterapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión, en pacientes geriátricos hospitalizados. Se evaluaron 104 pacientes de un total de 331 pacientes hospitalizados, mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage y se intervino a través de técnicas de la terapia cognitivo conductual, durante 7 sesiones a un grupo de 40 pacientes deprimidos varones y mujeres (20 pacientes grupo control y 20 pacientes grupo experimental). Los resultados demostraron que la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual, fue favorablemente en el grupo de pacientes que recibió la terapia, logrando disminuir de forma significativa los niveles de depresión de 9.3 a 6.6 en la escala geriátrica de Yesavage, siendo posible eliminar la depresión en el 80,95% de los casos, además de disminuir las ideas suicidas y mejorar sus relaciones familiares.

1.2.3. Marco Teórico

1.2.3.1. Terapia Cognitivo conductual. Entre las definiciones más importantes que tenemos de esta terapia están:

A. Definiciones. Puerta y Padilla (2011) la señalan como un enfoque de intervención efectivo en diversos trastornos el cual asiste al paciente para que cambiar sus pensamientos, emociones, sensaciones fisiológicas y conductas disfuncionales por otras más adecuadas. Este modelo tiene sus raíces en la denominada primera generación de terapias, que surgió en la década de 1950, en la cual prevalecía la práctica de la psicoterapia psicoanalítica, que al generar dudas respecto a su eficacia y por ser una terapia de larga duración la cual no diferenciaba su efectividad de una "remisión espontánea", generó la aparición de una nueva generación denominada hoy en día terapia de la conducta, gracias a dos aspectos distintivos: su enfoque ambientalista que explica la psicología a partir de principios básicos de aprendizaje (condicionamiento clásico de Iván Pavlov y condicionamiento operante de Frederick B. Skinner) y la evaluación de su eficacia a partir de datos empíricamente comprobables como la conducta observable, lo cual le dio un carácter científico. Pero, es en 1970 que llega la influencia de la llamada revolución cognitiva, la cual intentaba explicar la falta de información que existía entre estimulo-respuesta, dando lugar a la segunda generación de terapias, redenominada como: terapia cognitivo-conductual (Pérez, 2014).

Y como el nombre lo indica, este enfoque surge de la unión de dos grandes modelos explicativos de la psicología, creando un carácter propio al introducir entre estimulo o situación y respuesta o conducta, una serie de procesos de naturaleza cognitiva, esta característica se lleva a cabo por medio del modelo ABC introducido por Albert Ellis y usado ampliamente en la terapia cognitiva de Aaron T. Beck, siendo hoy en día la más explorada en las guías de tratamiento con eficacia (Pérez, 1996).

Asimismo, Ruiz et al. (2012) señalan que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es hoy en día el enfoque psicoterapéutico que ha recibido mayor evidencia sobre su eficacia en una gran variedad de problemas y trastornos psicológicos abarcando una gran cantidad de recursos, estrategias, técnicas e investigaciones, con lo cual ha llegado a constituirse como una de las terapias más competentes, además de ser rentable por sus intervenciones de duración limitada, con la capacidad de abarcar diversos ámbitos e interdisciplinas, como; salud, educación, industria y comunidad.

Para Becoña y Oblitas (1997), la terapia cognitivo-conductual (TCC) surge de la unión de dos ramas: conductistas y cognitivistas. Asimismo, señala que para los conductistas la conducta y sus consecuencias son las que definen la cognición y el afecto; y los cognitivistas una persona actúa, según lo que piensa. Además, señala como hecho fundamental para el surgimiento de este modelo, la publicación del libro de Ellis en 1962 titulado "Razón y emoción en psicoterapia" y articulo de Beck "thinking and depression" en 1963, publicándose los primeros manuales sobre terapia cognitivo conductual a mediados de los 70, y produciéndose a partir de ello su escalonado ascenso. Esta terapia, surge además a consecuencia de las limitaciones del psicoanálisis y las debilidades del modelo conductual (E-R), es así que surge un modelo que considera en forma global al ser humano valorando sus pensamientos, emociones y conductas a un mismo nivel.

1.2.3.2. Depresión. Tenemos las siguientes:

A. Definiciones. Para Lemos (1995) la depresión puede entenderse de tres formas: la primera como uso del término en forma coloquial al referirnos a un cambio en cuanto al estado de ánimo, al reconocer lo que nos hace felices y lo que no, haciendo un comparativo entre ambos, sin embargo, esto no supone ninguna anormalidad. Segundo; como síntoma, en el cual el bajo estado de ánimo ya no supone una respuesta normal y que puede ser parte incluso

de otra alteración (Cáncer, Parkinson, etc.). Y finalmente, como síndrome clínico, en el cual además de la disminución del ánimo, se presentan junto con otros síntomas.

Segal et al. (2015), hoy en día, coinciden con estas afirmaciones, reafirmando la diferencia entre el uso que se da a este término en forma común y un cuadro clínico, pues usamos el termino para referir tristeza o abatimiento, mientras que en la depresión clínica hacemos referencia a síntomas como: decaimiento, perdida de interés, alteraciones de sueño y/o apetito, pérdida de concentración, entre otros síntomas, lo cual interfiere con las actividades de la persona que padece el cuadro.

La OMS (2017) sostiene que la depresión es un trastorno mental frecuente, cuyas características son; tristeza, perdida de interés o placer, sentimientos de culpa, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Asimismo, señala que hoy en día es la causa primordial de los problemas de salud y discapacidad en el mundo, donde según los últimos hallazgos 300 millones viven con esta condición, detectándose un aumento de 18% más, respecto a lo hallado entre el 2005 y 2015.

En la Guía de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE10, 2000) la depresión se encuentra incluida en la categoría de trastornos del humor (afectivos). Para identificar a un paciente con Episodio depresivo; sea leve, moderado o grave, este debe cumplir al menos dos de los siguientes criterios; estado de ánimo bajo o humor depresivo, pérdida de interés o disfrute y; reducción de energía y de la actividad. Además, debe presentar uno o más síntomas como: Pérdida de confianza, sentimientos de inferioridad, pensamientos de muerte o suicidio, sueño alterado, apetito disminuido, ideas de culpa e inutilidad y presencia o no de síntomas somáticos. Este episodio debe durar al menos dos semanas, sin la presencia de síntomas hipomaniacos ni maniacos, asimismo; sus síntomas no deben ser atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas o a un trastorno mental orgánico.

A. Modelos explicativos conductuales para la depresión. A pesar que Skinner en

1969 (como se citó en Lemos, 1995) ya había mencionado que la depresión surge del debilitamiento de la conducta de un sujeto que ha sido interrumpido en su historia de reforzamiento positivo de su cadena de conductas, fue Charles B. Ferster, quien brinda por primera vez un modelo de explicación conductual para la depresión.

En la Teoría de Ferster, la depresión ocurre bajo dos condiciones: la primera; las conductas del sujeto no son reforzadas positivamente en su ambiente, y segunda; las conductas de evitación y/o escape del sujeto son reforzadas negativamente. Lo cual genera que el sujeto se empiece a centrar en su privación que, en emitir conductas para obtener nuevos refuerzos, con lo cual su repertorio conductual disminuye (Barraca y Pérez, 2015).

Lewinson (1974, citado en Pérez, 2014) en su Modelo Conductual de Depresión reelabora la propuesta de Ferster y propone por primera vez un programa de aplicación, partiendo de la importancia de la obtención del refuerzo contingente, ya que la ausencia de estos daría lugar a la depresión. Para lo cual resalta 3 aspectos fundamentales: 1) el número de eventos consecutivos potencialmente reforzantes para el sujeto, es decir; la racha de situaciones agradables que experimente el sujeto, 2) la disponibilidad de reforzamiento en el ambiente de acuerdo a circunstancias personales, y finalmente 3) la habilidad del sujeto para obtener refuerzo en sus circunstancias actuales. En consecuencia, Peter Lewinson propone programas que consisten en la planificación de actividades agradables para contrarrestar la depresión.

Por otra parte, mientras Ferster y Lewinson daban explicación acerca de la depresión basada en el principio de mantenimiento de la depresión por refuerzo negativo, Herrnstein (1961, citado en Maero y Quintero, 2016), proponía la teoría denominada “ley de igualación”, en la cual planteaba que para que se establezca alguna conducta debe existir un refuerzo y que a partir de ello había que responder a la pregunta de ¿qué hace entonces que se manifiesten las conductas depresivas? En consecuencia, como respuesta expone que para las conductas depresivas el valor de los refuerzos que la genera y mantiene; debe ser alto, mientras que para

las conductas saludables (no depresivas) ha de ser bajo o significativamente reducido.

B. Modelos explicativos cognitivos de la depresión. En la Teoría de Beck (como se citó en Lemos, 1995), se explica a la depresión como un desorden cognitivo que se desarrolla a partir de vivencias negativas, que se quedan fijadas en estructuras profundas denominadas esquemas cognitivos rígidos e inactivos, que pueden reaparecer ante algunas situaciones, e incluso hacerse predominantes. Estos esquemas, que se encuentran el nivel más profundo de la conciencia, y al interaccionar con diversas situaciones pueden dar lugar a pensamientos que aparecen en forma automática y representan un nivel más accesible de conciencia; conocidos como pensamientos automáticos donde podemos identificar distorsiones cognitivas, caracterizadas por poseer errores de lógica que mantienen estas creencias negativas, como: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, catastrofismo, personalización y pensamiento maximalista. Además, Beck alude contenido característico de los esquemas de las personas con depresión caracterizados por tener una visión negativa de sí mismo (tendencia a menospreciarse), del mundo (valoración negativa de sus experiencias) y del futuro (escasa esperanza para superar sus dificultades), a lo cual llamó; triada cognitiva.

La Teoría de Seligman (citado en Sanjuán, 1999) partió de estudios en donde se exponía perros (posteriormente a ratas) a choques eléctricos sin posibilidad de escape, observó que los perros no buscaban escapar y los toleraban pasivamente, es decir, a nivel cognitivo no se generaba un nuevo aprendizaje como consecuencia de obtener las mismas posibilidades de refuerzo al emitir o no una conducta, a lo cual denominó “situación incontrolable” la cual induciría a un “estado de indefensión aprendida”, caracterizado por déficit en tres niveles: motivacionales (reducción de respuestas), cognitivos (dificultad para nuevos aprendizajes) y emocionales (tristeza y miedo), propios de personas con síntomas de depresión. Años más tarde, en 1978, Abramson, Seligman y Teasdale propusieron el modelo reformulado, en el cual proponen que las personas sometidas a experiencias de incontrolabilidad, harán atribuciones

de causalidad en tres niveles: internalidad-externalidad (culpa), estabilidad-inestabilidad y (cronicidad) globalidad-especificidad (generalización). Asimismo, señalan que los sujetos con tendencia a desarrollar una depresión tendrían un estilo atribucional de tipo: interno, estable y global para los fracasos.

El Modelo de Rehm (1977, citado en Martel et al., 2013) usa la siguiente definición de autocontrol; "son aquellos procesos en que el sujeto altera la probabilidad de una respuesta en relativa ausencia de apoyos externos inmediatos". Según este modelo la depresión se explica a partir de déficits en la conducta de autocontrol: 1) inclinación a seleccionar los acontecimientos negativos, 2) selección de consecuencias inmediatas en oposición a consecuencias de largo plazo, 3) estrictos y altos estándares para autoevaluarse, 4) atribuciones de responsabilidad inexactas, 5) autorefuerzo insuficiente y 6) autocastigo excesivo.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Disminuir los niveles de depresión en una mujer adulta, respecto a sus manifestaciones emocionales, fisiológicas, cognitivas y conductuales, a través de la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual.

1.3.2. Objetivos específicos

- Disminuir la conducta depresiva mediante técnicas conductuales como programación de actividades gratificantes y de dominio y agrado.
- Disminuir las emociones negativas a través del auto refuerzo y aumentar el nivel de estado de ánimo.
- Disminuir distorsiones y creencias irracionales y reemplazarlas por cogniciones más racionales y adaptativas, a través de la reestructuración cognitiva y el cambio de sus estilos atribucionales.
- Reducir su respuesta fisiológica a través de estrategias de control de respiración.

- Disminuir déficit en habilidades sociales a través de entrenamiento en habilidades asertivas para mejorar su competencia social.
- Disminuir dificultad en habilidad para resolver problemas a través de entrenamiento en solución de problemas, para ser más eficaz en sus situaciones de conflicto y ambientes.

1.4. Justificación e importancia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) es importante reconocer la relevancia de tratar la depresión como gran problemática, debido a las consecuencias que genera no sólo a nivel individual, sino familiar y también como sociedad. Asimismo; es importante construir un freno a la evolución estadística que vienen teniendo año tras año, más aun siendo su mayor crecimiento en ésta última década, lo cual viene afectando a millones de personas, quienes lidian con situaciones de conflicto en un mundo que hoy en día es más competitivo y que requiere de mayores exigencias académicas, laborales y sociales.

Es así que por medio la presente investigación se pretende mostrar la efectividad del modelo de terapia cognitivo-conductual mediante el estudio de un caso, la revisión de sus principales supuestos y modelos teóricos, sus técnicas y estrategias, objetivos y el programa de tratamiento para un caso de depresión.

Asimismo, se busca fomentar una mayor seguridad en la utilización del tratamiento cognitivo conductual como tratamiento de primera línea para la depresión; mediante la revisión de investigaciones actualizadas como esta, que cuenten con evidencia empírica y que permita a los profesionales ser responsables con la recuperación genuina de nuestros consultantes; usando estrategias y técnicas con resultados confiables para disminuir las manifestaciones de la depresión, al comprobar los efectos posteriores a la aplicación del presente tratamiento.

Además, a pesar de las numerosas investigaciones en este campo, es de suma importancia mantener investigaciones vigentes que demuestren la evidencia empírica del tratamiento para la depresión desde el modelo cognitivo conductual, enfatizando en la

importancia de abarcar diferentes problemáticas, poblaciones, conductas, situaciones de conflicto y contingencias.

Por lo cual la importancia de esta investigación radica a nivel teórico, metodológico y practico, este último; al convertirse en una herramienta que pueda ayudar a otros profesionales inmersos en la práctica clínica, para la identificación de las manifestaciones sintomatológicas de la depresión, los supuestos teóricos básicos del modelo TCC que explican la depresión, así como de sus principales técnicas y estrategias, y la respectiva propuesta de tratamiento, la cual puede servir para generar planes de intervención dirigidos a pacientes que guarden relación con las características que se exponen en el presente caso, teniendo en cuenta siempre las variables personales e independientes.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Se espera que los resultados del presente estudio sea un beneficio para el paciente, el profesional y la disciplina científica; y represente un aporte en el modelo de terapia cognitivo-conductual y como evidencia de su eficacia, aportando vigencia como uno de los tratamientos de primera línea para casos de depresión.

Asimismo, representa una contribución para los futuros investigadores, como fuente de información para estudios en poblaciones con características similares como poblaciones mujeres adultas con la variable de depresión, que les permitan replicar o contrastar su eficacia, con otras variables o comorbilidades diagnósticas. Finalmente, este estudio ha alcanzado el objetivo de mejorar el estado de ánimo de la paciente, lo cual tiene consecuencias favorables para ella y su familia, brindando bienestar personal a más de una persona, porque el impacto de la depresión puede tener un alcance social al encontrarnos en convivencia.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

Para el análisis de datos se empleó una metodología cuantitativa de tipo comparativo. Según Ato et al. (2013) el tipo de investigación sería empírica y el diseño es de caso único básico de un solo componente en dos fases A-B intraserie (pretest – intervención – postest). Por lo tanto, el sujeto es el propio control y se mide el cambio clínico por el efecto del programa de intervención cognitivo conductual (TCC). De la misma forma, Hernández, et al. (2014) manifiesta que el tipo de investigación sería experimental y el diseño pre experimental de prueba y post prueba que cuando se trabaja con un solo individuo lleva el nombre de estudio de caso.

2.2. Variables de investigación

2.2.1. Variable independiente: Tratamiento cognitivo conductual para la depresión

Definición conceptual: Puerta y Padilla (2011) señalan a la terapia cognitivo conductual es un enfoque de intervención efectivo para diversos trastornos mentales, en los cuales se asiste al paciente para que cambiar sus pensamientos, emociones, sensaciones fisiológicas y conductas disfuncionales por otras más adecuadas.

Definición operacional: El programa de tratamiento cognitivo conductual para caso de depresión.

2.2.2. Variable dependiente: Depresión

Definición conceptual: Para Segal, Williams y Teasdale (2015), es un cuadro clínico, en el que se hace referencia a un conjunto de síntomas como: decaimiento, perdida de interés, alteraciones de sueño y/o apetito, pérdida de concentración, entre otros síntomas, lo cual interfiere con las actividades de la persona que padece el cuadro.

Definición operacional: Los puntajes obtenidos en el Inventario de depresión de Beck (BDI – II).

2.3. Participante

Mujer de 40 años, casada, con 5 hijos, con estudio técnico de contabilidad no concluido, ama de casa, vive en Lima, con esposo e hijos, y presenta síntomas de depresión.

2.4. Técnicas

A continuación, se exponen las estrategias y técnicas que se emplearon en la intervención del presente caso, y que además son ampliamente usadas en la práctica clínica para la depresión.

2.4.1. Técnicas cognitivas

Este tipo de técnicas consisten en identificar y cuestionar pensamientos desadaptativos, de forma que los podamos sustituir por otros más racionales.

2.4.1.1. Registro de pensamientos automáticos. Consiste en enseñar al paciente a llenar en una hoja secuenciada; sus cogniciones, la situación que antecede a la cognición y su estado emocional posterior (y la variable conductual si fuera relevante). El terapeuta debe explicar detalladamente como es el llenado, enseñándole a discriminar con mayor precisión sus pensamientos y emociones, es conveniente ofrecer algún un ejemplo dado por el paciente durante la sesión, y fomentar la observación de la relación (situación – pensamiento - emoción) para luego elaborar respuestas más racionales (Beck et al., 2003).

2.4.1.2. Psicoeducación. Antes de someter a prueba las cogniciones del paciente, es necesario exponerle de manera concisa, el modelo cognitivo de la depresión como, la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (tríada cognitiva) respecto al contenido de sus esquemas. Asimismo, es importante que el paciente comprenda la relación entre situación-pensamientos- emoción y conducta, y el impacto de los pensamientos sobre estos dos últimos componentes. Por último, es de suma utilidad que el paciente aprenda a reconocer sus

pensamientos como hipótesis y no como hechos, y que por tanto estos necesitan ser comprobados (Bados y García, 2010).

2.4.1.3. Modelo ABC de Ellis. La terapia racional emotiva (RET) postula la teoría de ABC del pensamiento irracional y trastorno emocional, la cual sostiene que "A" representa los acontecimientos activadores, "B" las creencias y pensamientos de "A" y "C" las consecuencias. Y, aunque a menudo "A" parece "causar" o contribuir directamente con "C"; son las "B" quienes median y crean la "C". Es decir, no son los acontecimientos activadores los responsables de las emociones y las conductas, sino las interpretaciones y creencias de dichos acontecimientos (Ellis y Grieger, 1990).

2.4.1.4. Restructuración cognitiva. De acuerdo con Ellis y Grieger (1990), cuando una persona contiene creencias irracionales (Ci) fuertes, absolutistas y de necesidad perturbadora presenta una alteración emocional. En consecuencia, se le enseña al paciente a cuestionar dichas cogniciones, mostrándoles cómo discutir (D) con sus (Ci), de manera que puedan llegar a (E) con una filosofía nueva y más racional, y conseguir el cambio emocional y conductual deseado (Bados y García, 2010).

2.4.1.5. Triple columna. Esta técnica consiste en entrenar al cliente a identificar las distorsiones cognitivas que aparecen con mayor frecuencia, para ello debe registrar en la primera columna los pensamientos negativos identificados, en la segunda columna la distorsión cognitiva de dicho pensamiento y, por último; una interpretación alterna más realista en la última y tercera columna (Bas y Navia, 1994).

2.4.1.6. Ejercicio de atribución de la responsabilidad de Rehm. Según Caballo (1997), Rehm en 1977 a partir del modelo de terapia de autocontrol postuló que las personas con depresión presentan déficits en el proceso de autocontrol, específicamente en la fase de autoevaluación los sujetos se caracterizan por fijarse estándares altos y rigurosos; realizando atribuciones inexactas de su responsabilidad. Gómez et al. (2007) sostienen que, al

magnificar la responsabilidad sobre los acontecimientos, podemos modificar tal atribución distorsionada señalando los posibles factores que influyeron en el suceso, determinando el porcentaje de responsabilidad de cada factor mediante un diagrama de sectores junto al paciente.

2.4.1.7. Entrenamiento en solución de problemas. De acuerdo con Ruiz et al. (2012), tiene como objetivo, incrementar las habilidades de afrontamiento de las experiencias estresantes o específicas del día a día, para promover competencias cognitivas y conductuales que les permitan dar solución a dichas problemáticas.

Este modelo ha sido revisado hasta la actualidad debido a las ventajas como técnica y tratamiento independiente, en diferentes contextos sociales y clínicos. Este modelo establece originalmente dos procesos: orientación al problema y habilidades de solución.

La orientación al problema; se refiere a las creencias o esquemas que reflejan la valoración hacia el problema, actitudes y habilidades para resolverlos. De forma positiva (sistema de creencias optimista, ve a los problemas como retos y como parte de la vida, tiene expectativas positivas sobre los resultados, se percibe con habilidad para solucionarlos y los afronta) y de forma negativa (sistema de creencias pesimista, ve a los problemas como amenazas, piensa que no deberían existir, los considera irresolubles, duda de su habilidad para solucionarlos y los evita).

Respecto a los estilos de solución de problemas; se basa en el tipo de actividades que se ponen en marcha para afrontar el problema. Pueden ser de dos tipos: estilo racional, el cual se desprende una orientación positiva, el cual conduce a un afrontamiento exitoso del problema y del estilo de orientación negativa se desprenden dos estilos: el estilo impulsivo (toma rápida de decisiones sin analizar las alternativas de solución) y el estilo evitativo (aplazan los problemas, no los resuelven y/o depende de otros para abordarlos); estos últimos son considerados disfuncionales.

Asimismo, existen 4 fases o pasos implicados en el estilo de solución de problemas racional: definición y formulación del problema, generación de alternativas de solución, toma de decisiones e implementación de los resultados de acción.

2.4.2. Técnicas conductuales

Tienen como objetivo principal el aumento de refuerzo positivo, a través de experiencias de disfrute, alcance de sus objetivos y aumento de habilidades o recursos.

2.4.2.1. Programación de actividades gratificantes. Consiste en ayudar a los pacientes a aumentar su tasa de implicación en actividades debido a que pueden funcionar como un distractor eficiente para sujetos con esta problemática (depresión), debido que este tipo de pacientes se muestran hiper reflexivos ante el exceso de tiempo libre e inactividad, motivo por lo cual lo recomendable es planificar y programar en este tiempo actividades específicas que le sean gratificantes (Bas y Navia, 1994).

2.4.2.2. Asignación de tareas graduadas. Esta estrategia va dirigida a los pacientes que presentan emociones de incompetencia e inutilidad, motivo por lo cual, se asigna una tarea y si el sujeto la cumple con éxito, obtendrá satisfacción y agrado, así como también podrá contrastar y cambiar sus auto manifestaciones negativas. Por lo cual el terapeuta brindara una tarea a través de los siguientes pasos: definir el problema, formular un proyecto desde el paso más simple hasta lo más complejo a realizar, observación del éxito por parte del paciente al conseguir su objetivo, eliminación de dudas respecto a su capacidad para conseguir logros, estimular hacia una evaluación realista de sí mismo, y finalmente, se asignan tareas con mayor grado de complejidad (Hernández, 2010).

2.4.2.3. Asignación de grado de dominio y placer de actividades. Algunas personas en estado de depresión a pesar de cumplir con la ejecución de actividades, obtienen muy bajo nivel de disfrute o agrado. El terapeuta es quien debe indagar las posibles causas, para ello debe considerar si la actividad asignada no era de su agrado incluso antes de

encontrarse deprimido, asimismo; podría deberse a la presencia de algunos pensamientos negativos, o por falta de atención a la experiencia de disfrute. Motivo por el cual será de utilidad que el paciente describa el grado de dominio (sentido de logro) y agrado (sentido de disfrute) al realizar una determinada actividad en una escala de 0 a 5 (Barrera, 2010).

2.4.2.4. Entrenamiento en control de respiración. Según Labrador (2008) vivir situaciones de estrés pueden generar formas de respiración inadecuadas, como respiración rápida y superficial, y con ello el incremento en la activación fisiológica, debido a una peor oxigenación, mayor trabajo del sistema cardio vascular, mayor gasto orgánico e incremento en la sensación de tensión del organismo. Como alternativa, el aprendizaje de una respiración más lenta y regular, facilitará la reducción de la activación general del organismo. Debido a ello, la técnica de control de respiración consiste en enseñar al paciente un adecuado control respiratorio para generalizarlo y llevarlo a todo tipo de situaciones problemáticas.

2.4.2.5. Ensayo cognitivo. Consiste en solicitar al paciente que, mediante la imaginación, repase la secuencia de cada paso a dar para la ejecución de una determinada tarea, con el fin de que examine con detenimiento cada detalle de la tarea a realizar, para identificar los posibles obstáculos que se pudieran presentar, para así proponer soluciones que aseguren el éxito de la tarea (Hernández, 2010).

2.4.2.6. Juego de Roles. Se lleva a cabo junto al paciente, mediante el modelado con el terapeuta observando las conductas que se plantean con el objetivo de que tenga la oportunidad de practicar hasta lograr una ejecución adecuada. Esta estrategia le permite también al paciente comprobar que existen más alternativas acerca de lo que puede ocurrir a las que él piensa, como; “me equivocare”, “no sabré como hacerlo”, etc. (Ruiz et al., 2012).

2.4.2.7. Entrenamiento en auto refuerzo. Las personas con síntomas depresivos pueden tener bajas tasas de refuerzo lo cual influye en la disminución de su repertorio de conductas, por lo cual es importante entrenar al paciente en aplicarse refuerzos

de manera contingente a sus objetivos cumplidos. Según Labrador (2008), el auto reforzamiento es un proceso centrado en que la persona se auto administre una consecuencia agradable tras cumplir una tarea., eligiendo un refuerzo adecuado, accesible, disponible y cotidiano, tangible o verbal, elogiándose y valorando el esfuerzo realizado.

2.4.2.8. Entrenamiento en refuerzo diferencial (RD). El reforzamiento diferencial de conductas incompatibles (RDI) consiste en administrar refuerzos ante las conductas incompatibles (Ruiz, Diaz y Villalobos, 2012). Asimismo, de acuerdo a Bas & Navia (1994) el refuerzo diferencial puede ser empleado con el objetivo de eliminar conductas depresivas como, por ejemplo; quejarse, permanecer en cama, llorar, etc. Mediante el entrenamiento a familiares y amigos; con el fin de que puedan brindar refuerzos contingentes frente a las conductas incompatibles mencionadas, como: verbalizar soluciones frente a los problemas, salir con amigos, realizar sus actividades, etc.

2.4.2.9. Manejo de contingencias para la familia. Es importante la psicoeducación en el ambiente, para fomente el refuerzo conductas saludables o no depresivas, sobre todo cuando la pasividad ha sido reforzada en el pasado, al disminuir la crítica excesiva e insidiosa e incrementar las verbalizaciones reforzantes frente a conductas positivas como, expresión adecuada de emociones y aproximaciones a conductas saludables y pro activas (Bas y Navia, 1994).

2.4.2.10. Entrenamiento en habilidades sociales, El paciente depresivo se caracteriza por presentar un nivel de funcionamiento inferior incluido el de sus relaciones. De acuerdo con Beck et al. (2003), es posible que el paciente evite a otras personas o que adopte un papel complaciente hacia los demás. Por otro lado, desde la orientación conductual Becker et al. (1987, como se citó en Labrador; 2008) la conducta depresiva está relacionada a un funcionamiento inadecuado en sus relaciones, bajo los siguientes supuestos básicos: 1) la depresión es resultado de un programa inadecuado de refuerzo positivo contingente a la

conducta, 2) la mayoría de los refuerzos positivos en adultos provienen de sus relaciones interpersonales, 3) gran cantidad de refuerzos sociales depende de la conducta del individuo y 4) cualquier grupo de técnicas dirigidas a aumentar el ánimo en un paciente deprimido deben ir dirigidas a aumentar el refuerzo positivo contingente.

De acuerdo con Labrador (2008), el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) se basa en los principios de aprendizaje de Bandura, por lo cual ha de considerarse entre sus procedimientos y técnicas; instrucciones, modelado, ensayo conductual, aproximaciones sucesivas, ensayo conductual, retroalimentación y refuerzo.

De acuerdo a Caballo (1997, como se citó en Labrador; 2008) propone el siguiente grupo de habilidades sociales: 1) iniciar y mantener conversaciones, 2) hablar en público, 3) expresión de amor, agrado y afecto, 4) defensa de los propios derechos, 5) petición de favores, 6) rechazar peticiones, 7) hacer cumplidos, 8) aceptar cumplidos, 9) expresión de opiniones, incluido el desacuerdo, 10) expresión justificada de molestia, desagrado o enfado, 11) disculparse o admitir ignorancia, 12) petición de cambios en la conducta del otro y 13) afrontamiento de las críticas. Asimismo, Becker et al. (1987, como se citó en Labrador; 2008), ha recomendado tres repertorios específicos a entrenar relacionados a esta habilidad, relevantes en casos de depresión: 1) la aserción negativa, la cual permite que las personas defiendas sus propios derechos, 2) la aserción positiva basada en la expresión de sentimientos positivos como afecto, aprobación, etc. y 3) el entrenamiento en habilidades de conversación para iniciar, mantener y finalizar conversaciones, además de hacer preguntas y realizar auto revelaciones.

2.5. Instrumentos

2.5.1. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI – II)

Millon (1998) indica que el principal objetivo del presente inventario es proporcionar información a los clinicos sobre el estado de las personas con dificultades emocionales e interpesonales. Para ello presenta escalas desde el EJE 1 (sindromes clínicos) y EJE 2

(trastornos de personalidad). Este inventario se aplica de forma estandarizada, y se interpreta a partir de las puntuaciones de las escalas y de la extracción de relaciones clínicas establecidas entre los procesos cognitivos, comportamentales e intrapsiquicos.

Solis (2007) manifiesta que el inventario consta de 175 afirmaciones a los que el evaluado tiene que contestar entre verdadero y falso, con un tiempo aproximado de 30 minutos. El modelo estructural bajo el que se desarrolló es el de items politéticos. Este instrumento, está dirigido a personas mayores de 17 años.Asimismo, el instrumento está basado en la teoría multiaxial de la personalidad y psicopatología de Milllon, teniendo en cuenta 22 escalas clínicas divididas en 4 grupos importantes:

- Patrones clínicos de la personalidad: (1) esquizoide, (2) evitativa, (3) dependiente, (4) histriónica, (5) narcisista, (6A) antisocial, (6B) agresivo/sádica, (7) compulsiva, (8A) pasivo/agresiva y (8B) autodestructiva.
- Patología severa de personalidad: (S) esquizotípica, (C) límite y (P) paranoide.
- Síndromes clínicos: (A) ansiedad, (H) histeriforme, (N)hipomanía, (D) distimia, (B) abuso de alcohol y (T) abuso de drogas.
- Sindromes clínicos severos: (SS) pensamiento psicótico, (CC) depresión mayor y (PP) trastorno delirante.

Solis (2007) realizó un estudio con 183 personas que llevan tratamiento en dos hospitales de nuestro pais. Para el desarrollo de la confiabilidad se utilizó el indice de alfa de cronbach entre 0.46 y 0.92. Adicionalemnte, se realizó las correlaciones item/test para la muestra total, llegando a no eliminar ningun item, debido a que ninguno presentó correlación negativa. En cuanto a la validez, se realizó el análisis factorial exploratorio obteniendo un indice de KMO de 0.92 con una significacia de Bartlet de 0.00. Asimismo, se desarrolló la validez interna con el indice de correlación de Pearson encontrando indices con un nivel de significacia entre 0.51 y 0.99.

2.5.2. Registro de Opiniones de Albert Ellis (ROAE)

Abad (2018) indica que este instrumento fue creado por Albert Ellis en EE.UU. con el nombre de Irrational Beliefs Test (IBT). Este cuestionario contiene diez dimensiones que desarrollan diez creencias irracionales. Cada creencia irracional es estudiada por medio de diez ítems, llegando a tener 100 ítems o reactivos. El tiempo para el desarrollo de las 100 preguntas se promedia entre 20 a 30 minutos aproximadamente y se administra de adolescentes y adultos de forma individual o grupal.

Tabla 1

Estructura del registro de opiniones de Albert Ellis (ROAE)

	Creencia irracional	N. de ítems	Categorías
1	Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.	1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81 y 91	Bajo: 0 - 1 Medio: 2 - 6 Alto: 7 - 10
2	Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.	2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82 y 92	Bajo: 0 - 3 Medio: 4 - 6 Alto: 7 - 10
3	Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.	3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83 y 93	Bajo: 0 - 3 Medio: 4 - 5 Alto: 6 - 10
4	Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.	4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84 y 94	Bajo: 0 - 2 Medio: 3 - 5 Alto: 6 - 10
5	Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.	5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85 y 95	Bajo: 0 - 2 Medio: 3 - 4 Alto: 5 - 10
6	Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.	6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86 y 96	Bajo: 0 - 4 Medio: 5 - 6 Alto: 7 - 10
7	Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.	7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87 y 97	Bajo: 0 - 3 Medio: 4 - 7 Alto: 8 - 10
8	Se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo.	8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88 y 98	Bajo: 0 - 3 Medio: 4 Alto: 5 - 10
9	El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.	9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89 y 99	Bajo: 0 - 2 Medio: 3 - 5 Alto: 6 - 10
10	La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.	10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90 y 100	Bajo: 0 - 3 Medio: 4 - 6 Alto: 7 - 10

En cuanto a la confiabilidad, Aspillaga (2011) realizó un análisis con una muestra de 40 personas por medio del coeficiente de consistencia interna de alfa de Cronbach obteniendo valores entre 0.40 y 0.77 para cada una de las dimensiones que conforma el inventario. En cuanto a la validez, se utilizó el coeficiente V de Aiken para la contratación, encontrando puntajes entre 0.80 y 1, lo cual confirma que la prueba posee validez de contenido.

2.5.3. Inventario de depresión de Beck (BDI – II)

Brenlla y Rodríguez (2006) indican como objetivo, evaluar la severidad de los síntomas de depresión a partir de los 13 años, según los criterios diagnósticos de DSM IV TR. Sus ítems, son puntuados según una escala de cuatro puntos que va de 0 a 3, la puntuación mínima es 0 y la máxima que se puede obtener es de 63. Por otro lado, el establecimiento de baremos indica que la categoría de mínimo (0-6 puntos), leve (7-11 puntos), moderado (12-16 puntos) y severo (17-63).

La versión original fue creada por Aron Beck et al. (1961) y la segunda edición fue publicada por Beck, Steer y Brown (1996). Una de las primer versiones en habla hispana, fue la desarrollada por Brenlla y Rodríguez (2006), quienes realizaron una adaptación argentina que se llevó a cabo a través del procedimiento de traducción inversa. Inicialmente, se aplicó una prueba piloto donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.88 para la muestra con diagnóstico clínico y 0.86 para la muestra sin diagnóstico. Por otro lado, se realizó la correlación test-retest con un tiempo de 7 a 10 días después de la aplicación del cuestionario, y se alcanzó un Alfa de Cronbach de 0.90.

Dentro de las adaptaciones de este instrumento, se puede destacar la versión desarrollada por Carranza (2013), quien desarrollo un estudio con 2005 estudiantes universitarios de Lima. La confiabilidad se obtuvo mediante el Alfa de Cronbach (0.88), correlación de pares y nones ($r=.80$, $p>.01$), técnica de las dos mitades con un índice de (0.80) y test-retest ($r=.99$, $p>.01$). Por otro lado, la validez de contenido se obtuvo mediante la V de

Aiken donde todos los ítems obtuvieron un índice significativo y un análisis factorial que confirma la existencia de dos componentes (somático-motivacional y cognitivo-afectivo); los cuales explican el 38.10% de la varianza.

2.5.4. Escala de Autoestima para Adultos de Coopersmith (SEI)

Rodrich (2019) indica que este instrumento fue creado por Stanley Coopersmith y contiene tres áreas de evaluación (persona, familiar y social); de tal manera se puede conseguir una percepción universal del grado de autoestima del individuo. Puede ser aplicada desde los 16 años, con un tiempo de duración de 15 a 20 minutos. Este instrumento cuenta con 25 preguntas, las cuales se deben contestar de conformidad.

La autoestima general hace referencia al nivel de aceptación con el que la persona valora su conducta auto descriptiva. Las 25 preguntas del cuestionario gestan un puntaje total así como puntajes autónomos en tres las siguientes áreas:

- Autoestima sí mismo: El cual evidencia a la persona respecto a sus apreciaciones y peculiaridades; corporales y psicológicas (1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 23, 24, 25).
- Autoestima social: Esta área indica las actitudes de la persona en el ámbito general frente a sus colegas o camaradas (2, 5, 8, 14, 17, 21).
- Autoestima familiar: Describe el área relacionada a las vivencias y/o conductas en el ámbito familiar con nexo a la coexistencia (6, 9, 11, 16, 20, 22).

En cuanto a la calificación, se realiza a través de las cuatro plantillas perforadas que contienen la clave de respuestas, cada respuesta tiene el valor de un punto. Asimismo, el puntaje total se obtiene de la suma de las sub escalas multiplicadas por 4. La calificación es directa, de acuerdo a la identificación que se tenga o no, al colocar verdadero (tal como a mi) o falso (no como a mi), si se coloca verdadero equivale a 1 y falso equivaldría a 0. Para obtener los puntajes, se sumará el número de ítem respondido en forma correcta (de acuerdo a la clave) y multiplicando éste por dos, siendo al final el puntaje máximo. Las claves de respuestas son los

ítems verdaderos (1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20) e ítems falsos (2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17,18, 21, 22, 23, 24).

Tarazona (2013) desarrolló un estudio con población peruana donde realizó la evaluación del cuestionario con 12 jueces expertos. Previamente, se realizó un estudio piloto para verificar la comprensión de los ítems antes de desarrollar el análisis de confiabilidad. El índice de concordancia hallado fue superior a 0.80. Asimismo, en el análisis de fiabilidad ítem-test, el Alfa de Cronbach general fue de 0.79; y en sus áreas osciló entre 0.46 a 0.72.

2.5.5. Autoinforme de Conducta Asertiva (ADCA – 1)

Según Mollinero (2018) este instrumento fue desarrollado por Manuel García y Angela Magaz para su aplicación individual o colectiva a personas de 16 a más años, con una duración de 20 minutos. Este cuestionario tiene como objetivo obtener información que permita identificar los niveles de asertividad. Asimismo, posee una escala Likert de 35 ítems y evalúa la dimensión de auto asertividad (esta subescala cuenta con 20 elementos) y hetero asertividad (esta subescala cuenta con 15 elementos). Los ítems de la dimensión de auto asertividad (AA) son; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y los ítems de la dimensión de hetero – asertividad (HA) son; 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 ,32, 33, 34 y 35.

Lizárraga (2011) desarrolla las medidas de confiabilidad identificando la consistencia interna con el alfa de Cronbach de la escala (0.80). Mientas que la consistencia interna de la dimensión de auto asertividad fue de 0.81 y de la dimensión hetero asertividad fue de 0.79. En cuanto a la validez, se inició desarrollando el método de jueces, teniendo en cuenta 6 expertos en el desarrollo de los conceptos relacionados a la comunicación asertiva, llegando a tener un resultado final de los jueces afirmativo de forma unánime. Se desarrolló el análisis factorial confirmatorio (KMO=0.72), llegando a tener una medición dentro de los rangos esperados (0.5 – 1) y en el test de esfericidad de Bartlett se obtuvo una significancia de 0.00.

2.5.6. Lista de chequeo conductual de las habilidades sociales de Goldstein

Ambrosio (1995) refiere que la presente prueba fue construida por Arnold P. Goldstein en New York en el año 1978, traducida al español inicialmente por Rosa Vázquez en 1983 y posteriormente en la versión final fue traducida y adaptada por Ambrosio en 1995. Los objetivos principales de esta lista de chequeos son; determinar las deficiencias y capacidades que tiene una persona en sus habilidades sociales, su uso y en qué tipo de situaciones las personas son competentes o si presentan dificultades en el empleo de una determinada habilidad social. La lista de chequeo de habilidades sociales está compuesta por 50 preguntas agrupadas en 6 áreas, las cuales se presentan en una escala graduada de 1 a 5; si Ud. Nunca usa esta habilidad (1), rara vez (2), a veces (3), a menudo (4) y siempre usa esta habilidad (5). El tiempo de aplicación es de 15 minutos, su aplicación es individual o colectiva, a sujetos de doce años en adelante.

Las áreas que evalúa el instrumento o se muestran a continuación:

- Grupo I: Primeras habilidades sociales (1 al 8 ítem).
- Grupo II: Habilidades sociales avanzadas (9 al 14 ítem).
- Grupo III: Habilidades relacionadas con los sentimientos (15 al 21 ítem).
- Grupo IV: Habilidades alternativas a la agresión (22 al 30 ítem).
- Grupo V: Habilidades para hacer frente al estrés (31 al 42 ítem).
- Grupo VI: Habilidades de planificación (43 al 50 ítem).

Ambrosio (1995) al realizar el análisis de ítems identificó correlaciones significativas ($p<0.05$, 0.01 y 0.001) llegando a considerar todos los ítems. Cada una de las subescalas obtuvieron una correlación positiva y altamente significativa ($p<0.00$) con la escala total de habilidades sociales. Asimismo, la prueba test-retest fue calculada mediante el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson ($r= 0.61$) y ($p<0.01$). Asimismo, se calculó el

coeficiente Alpha de Cronbach (0.92). Todos estos valores demuestran la precisión y estabilidad de la presente prueba.

2.6. Evaluaciones

2.6.1. Historia psicológica

Tabla 2

Datos de filiación

- Nombre	**:**	**Carmen Z. C.**
- Edad	**:**	40 años
- Lugar y fecha de nac.	**:**	Trujillo; 15/07/1979
- Grado de instrucción	**:**	Superior técnica completa (Contabilidad)
- Derivado	**:**	Consulta externa – Hospital Hermilio Valdizán
- Fecha de entrevista	**:**	02 de noviembre 2018
- Lugar de entrevista	**:**	DAMOC – Hospital Hermilio Valdizán
- Terapeuta	**:**	Ps. Nataly Guimaray Gargurevich

Descripción del examinado. Carmen es una mujer adulta, de estatura alta y contextura delgada, con un peso de 60 kg. Y con 1.65 cm. de estatura aproximadamente. Es de tez trigueña, cabello largo y lacio de color negro con abundantes canas, el cual siempre trae suelto a la sesión, tiene ojos grandes y de color marrón claro. Se viste con buzos, chompas de lana y zapatillas, en las primeras sesiones asiste vestida de negro y colores oscuros. Se viste de acuerdo a la estación y posee un adecuado aseo personal, conforme avanzan las sesiones, cambia en su arreglo personal (se tiñe el cabello, cambia los colores que usaba al vestirse, usa accesorios y maquillaje).

Durante las sesiones, generalmente, llega 5 minutos antes del horario pactado, de lo contrario al llegar 10 minutos tarde llega corriendo y disculpándose por lo sucedido. En las primeras sesiones, se muestra sensible al llanto, habla en tono muy bajo, no realiza preguntas ni comentarios si no se le ha indicado. Al pasar las sesiones habla con mayor espontaneidad y fluidez, profundiza más al narrar lo que piensa y siente, se muestra motivada a continuar con

el tratamiento, cumple con las tareas asignadas, y se muestra más sonriente durante la sesión.

Motivo de consulta. Paciente asiste sola y refiere: “Creo que he tenido mala suerte en la vida, me di cuenta que necesito ayuda porque tengo un hijo pequeño y me siento culpable de no poder atenderlo, no puedo ni prepararle el desayuno, me siento triste y siento que no tengo fuerzas, hay días que no hago nada en casa, mi hija mayor se hace cargo, además tengo problemas con mi esposo”.

2.6.2. Problema actual

Las conductas depresivas de la paciente empiezan a manifestarse de forma más intensa; cuando su esposo cede una propiedad a su hermano (Teófilo), sin tomar en cuenta la posición de Carmen quien no estaba de acuerdo debido a las dificultades económicas que presenta.

La paciente señala que, desde hace 3 meses aprox., experimenta; tristeza (8/10), culpa (8/10) y enojo (8/10). Así como; cansancio, desgano, falta de energía, problemas para conciliar el sueño, recostándose sobre su cama entre 9:00 y 10:00 p.m. logrando dormir pasando la media noche, presenta pérdida de apetito.

Estas emociones y sensaciones se presentan; al hablar con esposo de propiedad, al ver a su cuñado Teófilo en su casa, al recordar humillaciones por parte de su cuñado Teófilo, al recordar agresiones verbales y físicas e infidelidad de su esposo, al pensar en problemas económicos.

Carmen, en esos momentos piensa: “cede la propiedad porque no me quiere y prefiere a su familia”, “él nunca me quiso, nadie me ha querido” “si mi esposo tuviera otra actitud yo me sentiría bien”, “si discuto con él ya no puedo disfrutar, me amarga todo el día”, “por su culpa su hermano me humilló porque él no me defiende”, “yo tengo la culpa por haberme casado joven”, “no puedo separarme me ira peor porque tengo 5 hijos”, “soy simplemente una ama de casa”, “soy inepta”, “no valgo”, “si no hubiera dejado mi profesión, me respetarían y

sería feliz", "nadie me volverá a contratar por mi falta de experiencia y por mi aspecto", "es tarde para buscar algo trabajo",

Luego, realiza gestos de enojo, pero permanece callada sin decir lo que piensa, busca a su hija Carla y se queja sobre el comportamiento de su padre, y le dice: "tú como hija mayor deberías hablar con él". Asimismo, permanece en su cama, le pide a Carla que no está si la buscan y que se haga cargo de las actividades domésticas como del cuidado de sus hermanos.

Posteriormente, Carla (hija) escucha sus quejas con atención, le brinda afecto y accede a hablar con su padre para realizarle reclamos acerca de su comportamiento, y se hace cargo del cuidado de hermanos. Carmen refiere que al quejarse con su hija Carla, se siente momentáneamente aliviada, y refiere: "cuando Carla me ve llorar me abraza, me escucha, es la única en casa que me presta atención", "me cuesta mucho levantarme, hacer las cosas y atender a Mateo (3 años) y confío en Carla (19 años) porque se desenvuelve muy bien con las cosas de la casa", además señala: "aunque después me siento más triste e inútil".

Asimismo, Carmen señala sentir; tristeza (09/10) y culpa (10/10), desgano y abandono de actividades, al escuchar noticias de violación, al recordar episodio de violación por parte de su padre a los 7 años, y al recordar episodio de violación de su hija a los 7 años. Carmen, en esos momentos piensa: "yo tengo la culpa de ambos abusos (sexuales)", "yo le hice caso a mi padre cuando me pidió ir a su habitación", "soy mala madre y descuide a mi hija", "si siento culpa es porque tengo la culpa", "todo lo que me ha pasado siempre será una carga, siempre me afectara", "nunca seré feliz". Posteriormente, llora, permanece en cama rumiando acerca de estas situaciones del pasado, le pide a Carla hacerse cargo de actividades domésticas y de sus hermanos.

Además, refiere: "cuando pienso en estas situaciones tengo que tomarme un clonazepam (condicional a crisis) para dormir". Asimismo, Carla acepta hacerse cargo de actividades del hogar y cuidado de hermanos al llegar a casa.

Estas conductas se presentan al menos una vez por semana, con intensidad y duración de tiempo variable.

2.6.3. Desarrollo cronológico del problema

A los 5 años vivía con ambos padres, con una empleada y su hermana menor. Cuando se quedaba al cuidado de la empleada, refiere al ver atención en su hermana menor pensaba: “a ella si le hacen cariño, la cargan y juegan con ella”, “a ella la quieren más”, ante ello; sentía tristeza y se iba a su cuarto. Asimismo, refiere que recuerda que su madre le decía: “tu hermana es más chiquita y se porta mejor que tú”, asimismo, le decía a la empleada: “ustedes tienen mi permiso para gritarle y pegarle cuando se porte mal”, por lo cual concluía: “no me quieren”.

La paciente manifiesta: “desde que tengo uso de razón mi mamá me pagaba, me tiraba cachetadas, con las manos o con las ramas de una planta de eucalipto”, esto sucedía cada vez que Carmen se ensuciaba las manos, el rostro, la ropa y los zapatos, al lavar mal el servicio, cuando se distraía, demoraba al ir a comprar, le decía: “nada puedes hacer bien”, “no sirves”, “inútil”, al oír esto sentía tristeza, lloraba y pensaba: “todo hago mal”, “soy tonta”.

Aproximadamente entre los 6 a 7 años, Carmen indica que su padre solía beber alcohol, llegando a casa de a 3 veces por semana en estado etílico. En una ocasión, su padre llegó en estado de ebriedad y llamó a Carmen a su cuarto diciendo: “hijita quítate la ropa y ven al cuarto”, ante ello Carmen se sintió confundida, refiere: “no entendí, pero obedecí”, siendo agredida sexualmente por su padre. En los días siguientes, sentía tristeza (10/10) al recordar lo sucedido, lloraba, y pensaba: “si yo no hubiera hecho caso, no hubiera sucedido esto”, “fue mi culpa”.

Asimismo, señala que cuando su padre llegaba a casa estado etílico, agredía físicamente a su mamá, realizando reclamos por celos, lo escuchaba constantemente: “a donde te fuiste”, “que tanto tienes que ir a la iglesia”, “porque le has pegado a mi hija”, “te voy a hacer lo mismo para veas que se siente”, pensaba: “no debí haberle dicho que me pego, es mi culpa”. Al día

siguiente su madre le decía: “chismosa”, “si le vuelvas a contar te pego más fuerte”.

A los 10 años, su madre se separa y los meses viaja con padrastro a Cerro de Pasco. Asimismo, indica que le costó mucho acostumbrarse a la vida en la sierra porque se estudiaba hasta las 3:30 pm, no le agradaba la comida y tenía que recorrer largas distancias para ir al colegio e ir a comprar, además frecuentemente su madre le decía: “por tu culpa me separe de tu padre”, “porque eres una chismosa”, ella se sentía triste y pensaba: “es horrible vivir con mamá, ella no me quiere”.

A los 11 años retorna a Lima con madre, consiguen un trabajo en La Molina como empleadas del hogar, donde los niños que vivían en esta casa, la llamaban constantemente “chola” y se reían, sentía vergüenza, cólera, tristeza. Pensaba: “soy menos que ellos”, “no debo decir nada para que no me boten porque necesitamos el dinero”.

A los 15 años, internan a su mamá en el hospital por cuadro de Peritonitis, su madre se encontraba gestando, ante esta situación Carmen queda a cargo de sus hermanos: Jessica y Miguel, ella se quedaba con su mamá en las madrugadas, luego asistía al colegio en las mañanas y trabajaba por las tardes, Ante esta situación, se sentía preocupada y triste y pensaba: “no puedo ser como otras chicas de mi edad”, “yo no puedo salir con amigas a divertirme”.

A los 19 años, conoce a Robert, quien a los 5 meses de relación le propone matrimonio. Cuando le dijo a su mamá que se casaría, recibió críticas como: “no sabes ni barrer, para eso te quieres casar”, “sólo sabes buscar marido”. Ante estas situaciones experimentaba: cólera y tristeza. Pensaba: “lo hace a propósito porque no quiere que me case”, “quiero irme cuanto antes para que ya no me maltrate”. Asimismo, al ver esta situación, su novio le dice: “¿Por qué tu mamá siempre te trata así?”, “mejor vas a mi casa y vivimos juntos” y ese mismo día se fue a Huaycán.

Al tercer mes, después de haberse casado, su esposo le decía: “tienes que anotar todo lo que gastes”, “si te compras un caramelo, también lo tienes que anotarlo” y cuando no

cuadraban las cuentas que anotaba, su esposo se molestaba, le alzaba la voz y gritaba: “que has hecho con mi plata, en qué te la has gastado”, al escuchar esto, ella experimentaba cólera y tristeza ,en estos momentos se quedaba callada, lloraba y pensaba: “qué quiere decir, que yo me robo su plata”, “debo anotar todo, para que no piense eso de mi”.

Al año siguiente, debido a las constantes discusiones con su esposo y se va a casa de su mamá con su hija de seis meses. Al verla, su madre le dice: “tú te fuiste y crees que te voy a recibir, tú tienes que comprar y lavar pañales, tu hija tiene que tomar leche y yo ya no estoy para eso, cuando regrese del trabajo no quiero encontrarte aquí”, al oír esto, se sintió triste y pensó: “nadie me quiere”. Carmen regresa a casa de su esposo y señala: “no fui bien recibida por haber dejado a mi esposo, sus hermanos me ofendían y él no me defendía”.

En estos días, Carmen veía tomar cerveza a su esposo 2 veces por semana con sus hermanos, experimentaba cólera y tristeza, pensaba: “sus hermanos lo hacen tomar”, su cuñado Teófilo en estado de ebriedad, le dijo: “ese hijo que esperas no es de mi hermano, es de otro, porque mi hermano ha tenido muchas mujeres y nunca embarazo a nadie”, pensaba: “yo tengo la culpa”.

A los 26 años, la familia de su esposo organiza un paseo a la playa y al ingresar al bus, ve a Norma, la mujer con la que su esposo le había sido infiel, al mirar que la observaban y se reían su esposo le dijo: “a mí no me digas nada que yo no la invite”, Carmen sintió tristeza y cólera, en ese momento pensó: “seguro, Teófilo la ha invitado por molestarme, porque me odia”, “sólo debo dedicarme a cuidar a mis hijos” y no realizó ningún reclamo.

A los 27 años, un día, su esposo llegó a casa en estado de ebriedad por la mañana con moretones en el cuello, Carmen reclamó y dijo que se iría con sus hijas y agacharse para cargar a una de ellas, su esposo le tiró una patada en la quijada, pensó: “no puedo irme de la casa porque tengo tres hijos” y fue llevada al hospital por un vecino. El esposo, luego le pidió disculpas y retomaron relación.

A los 28 años, Carmen manifiesta sus deseos de estudiar contabilidad, esposo, le dijo: “no quiero que estudies, seguro sólo quieres conocer gente para irte con otro” y madre le dijo: “ya paso tu tiempo de estudiar”, “entiende que tienes hijos, ya no estás para esas cosas”. A pesar, de decidir estudiar, tenía discusiones constantes con esposo: “te vas a una fiesta a estudiar”, “me tienes que dar otro hijo, para demostrar que me quieres”. Asimismo, decide tener otro hijo y durante su tiempo de embarazo, refiere haber notado cariñoso a su esposo.

Su primera hija de 9 años, tras llegar del colegio le contó a Carmen que se sentía triste debido a que cuando tenía 7 años fue violada por su tío, hermano de su papá quién en ese entonces tenía 16 años, cuando su papá en estado de ebriedad la llevo a una reunión familiar y Carmen había preferido no ir. Al oír esto, Carmen pensó: “quiero morirme, porque no fui con ella”, “si yo hubiera ido no hubiera pasado esto”, “porque a mí me paso a ella también”, “tengo la culpa”, ante ello, experimentó tristeza, la llevó al médico legista donde le dijeron que no hubo violación sexual.

De los 30 a 31 años trabaja en un estudio contable, por esos días su esposo le decía: “podría ahorrar si tú me ayudaras a cobrar, yo te pagaré”, ante ello experimentaba tristeza y culpa pensaba: “si lo apoyo, dejaremos las peleas”, “mi trabajo hará que me separe”, “debo salvar mi matrimonio porque tengo cuatro hijos”, renuncia a su trabajo e inicia trabajo como cobradora junto a esposo.

A los 39 años, empiezan nuevamente las discusiones con su esposo debido a las visitas constantes que recibía de su cuñado Teófilo, donde le pedía su propiedad heredada. Carmen experimenta tristeza y piensa: “siempre va preferir a su familia”, “no importo”.

2.6.4. Historia personal

Desarrollo inicial. Ambos padres estuvieron de acuerdo en tenerla, Carmen fue planificada. Durante el embarazo; no hubo ninguna complicación, recibió control médico hasta el último mes. Tuvo parto normal, midió 49 cm y pesó 3 kg.

Conductas inadecuadas más saltantes de la infancia. Cuando era niña, refiere era inquieta y distraída, sin embargo, refiere que estas conductas no causaron problemas en su rendimiento. Se recuerda triste con temor ante la imagen materna.

Actitudes de la familia frente al niño. Carmen refiere que su padre era permisivo; expresaba afecto en muy pocas ocasiones, paciente refiere haber sido violada por padre en una ocasión a la edad de 7 años, cuando padre se encontraba en estado etílico. Respecto a su madre, refiere que tenía un carácter autoritario, constantemente recibía órdenes respecto a los quehaceres del hogar, asimismo; la castigaba físicamente, le decía palabras hirientes, y no tenía expresiones de afecto.

Educación. Asistió al jardín desde los 4 años, refiere haber tenido ningún problema. Ingresó a los 7 años a estudiar en 1° de primaria, en el colegio particular "José Carlos Mariátegui" hasta 3° de primaria, por motivos económicos cambia de colegio a uno nacional llamado "el núcleo", donde estudió hasta 6to de primaria, en ambos considera haber tenido un rendimiento bajo. A los 13 años, ingresa a estudiar educación secundaria en el colegio estatal "La Molina" en La Molina, repitiendo el año, en 3ro de secundaria, lo cual atribuye a que, madre enfermó y sus hermanos quedaron a su cargo. Al salir del colegio, no contaba con los medios necesarios para continuar estudiando. A los 27 años decide estudiar Contabilidad. durante este periodo, tuvo un desempeño promedio.

Tabla 3

Estudios de la paciente

Estudios	**Concluyó**		**Rendimiento**		
	Sí	**No**	**Bajo**	**Promedio**	**Alto**
Inicial	X				X
Primaria	X			X	
Secundaria	X			X	
Superior	X				X

Sociabilidad. Desde pequeña se percibe poco sociable. Actualmente, mantiene amistad con algunas personas aledañas a su vivienda. No pertenece a ningún grupo social y no sale a reunirse con amigos fuera de su vivienda.

2.6.5. Historia familiar

Tabla 4

Datos de familia de la paciente

Parentesco	Nombre	Edad	Grado instrucción	Dedicación
Padre	Ronny	70	Primaria completa	Mecánico
Madre	Valeria	60	Primaria incompleta	Ama de casa
Padrastro	Gustavo	58	Secundaria completa	Albañil
Hermana	Julieta	36	Técnica completa	Contadora
Hermano	Manuel	25	Universitaria completa	Administrador
Hermana	Teresa	24	Universitaria incompleta	Digitadora
Esposo	Raúl	47	Técnica incompleta	Chofer
Hija	Carla	19	Secundaria completa	Estudiante preuniversitaria
Hija	Angélica	17	Secundaria incompleta	Estudiante (5to año)
Hija	Lucía	14	Secundaria incompleta	Estudiante (4to año)
Hija	Erick	12	Secundaria incompleta	Estudiante (1er año)
Hijo	Mateo	03	-	-

Padres: Padre: Ronny (70). Características personales: Cariñoso, sociable, consumo de alcohol frecuente. Relación con el paciente: Mantienen un trato cordial, no dialogan debido a que él vive en Trujillo.

Madre: Valeria (60). Características personales: Agresiva, renegona y muy poco cariñosa. Relación con el paciente: Trata de verla muy poco, debido a que al verla recuerda cuando la golpeaba, la visita cada dos meses.

Padrastro: Gustavo (58). Características personales: Generoso, callado, sumiso con su madre. Relación con el paciente: lo vivista una vez por mes, considera que le presta más atención que su mamá y le cuenta lo que le sucede.

Hermanos: Julieta (36). Características personales: Buena, comprensiva, cariñosa, se entristece fácil. Relación con el paciente: Refiere que se llaman por teléfono y tienen buena relación.

Nombre: Manuel (25). Características personales: Alegre, renegón, inseguro. Relación con el paciente: La visita poco, es poco comunicativo, se enoja con facilidad.

Nombre: Teresa (24). Características personales: Callada, reservada, poco sociable, buena y cariñosa. Relación con el paciente: Se comunican una vez por mes, en ocasiones suele llamarla un momento sólo para preguntar como está, se comunica con mayor frecuencia con sus hijas.

Esposo: Nombre: Raúl (47). Características personales: Mujeriego, renegón, mentiroso, mal esposo. Relación con el paciente: refiere que ya no lo quiere como pareja, señala no sentirse comprendida por él.

Hijos. Nombre: Carla (19). Características personales: responsable, trabajadora, cariñosa. Relación con el paciente: Mantiene una buena relación, es su apoyo, conversan mucho.

Nombre: Angélica (17). Características personales: Irresponsable, distraída, alegre, graciosa, muy sociable. Relación con el paciente: Le agrada mucho conversar con ella divertida, entusiasta.

Nombre: Lucía (14). Características personales: estudiosa, responsable y poco expresiva. Relación con el paciente: mantienen una buena relación, aunque no conversan mucho.

Nombre: Erick (12). Características personales: irresponsable, floja, tranquila, no tiene muchos amigos. Relación con el paciente: tranquila y callada.

Nombre: Mateo (3). Características personales: inquieto y juguetón. Relación con el paciente: obedece, se llevan muy bien, "he dejado de jugar y salir con él.

2.6.6. Evaluación psicométrica

2.6.6.1. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI – II)

Tabla 5

Resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Millon

Categoría		Puntaje	Indicador
Patrones clínicos de personalidad	Pasivo Agresivo	111	Elevado
	Evitativo	98	Elevado
	Auto derrotista	79	Moderado
Patología severa de la personalidad	Bordelinde	77	Moderado
Síndromes clínicos	Distimia	102	Elevado
	Ansiedad	79	Moderado
Síndromes Severos	Depresión Mayor	85	Elevado

2.6.6.2. Registro de Opiniones de Albert Ellis (ROAE)

Tabla 6

Resultados del Registro de Opiniones de Albert Ellis

N°	Creencia Irracional	Puntaje
# 1	Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.	9
# 9	Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente.	9
# 2	Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos.	7
# 4	Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría.	7

2.6.6.3. Inventario de depresión de Beck (BDI – II)

Tabla 7

Resultados del Inventario de Depresión de Beck

Puntaje	Categoría
46	Depresión Grave

2.6.6.4. Escala de Autoestima para Adultos de Coopersmith (SEI)

Tabla 8

Resultados del Inventario de Autoestima para adultos de Coopersmith

Puntaje	Categoría
8	Autoestima baja

2.6.6.5. Autoinforme de Conducta Asertiva (ADCA – 1)

Tabla 9

Resultados del Autoinforme de Conducta Asertiva

Categoría	Puntaje	Nivel
Auto asertividad	44	Bajo
Hetero asertividad	31	Bajo

2.6.6.6. Lista de chequeo conductual de las habilidades sociales de Goldstein

Tabla 10

Resultados la lista de chequeo conductual de las habilidades sociales de Goldstein

Categoría	Puntaje	Nivel
Primeras habilidades sociales	13/24	Habilidad promedio
Habilidades avanzadas	12/32	Habilidad promedio

Habilidades relacionadas con los sentimientos	9/32	Habilidad en déficit
Habilidades alternativas a la agresión	8/32	Habilidad en déficit
Habilidades para hacer frente al estrés	6/32	Habilidad en déficit
Habilidades de planificación	15/48	Habilidad en déficit
TOTAL	63/200	Habilidades en déficit

2.6.7. Diagnóstico psicológico

2.6.7.1. Diagnóstico Funcional

Tabla 11

Diagnóstico funcional

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Tristeza (9/10) Culpa (10/10) Enojo (7/10) Desgano Pensamientos: "nadie me ha querido", "no valgo", "yo tengo la culpa (abuso sexual)". Pedir a su hija que realice reclamos y actividades. Permanecer en cama. Quejarse.	Sueño. Apetito. Energía. Arreglo personal. Asertividad Realizar quehaceres. Relaciones sociales	- Actividades de distracción. - Actividad física.

2.6.7.2. Análisis funcional

Tabla 12

Análisis funcional

Estimulo discriminativo	Conducta	Estímulo reforzador
	Emocional Tristeza (9/10) Culpa (10/10) Enojo (7/10)	

	Fisiológico Cansancio, desgano, falta de energía, pérdida de apetito.	
	Motor	
• Al discutir con su esposo.	• Evita decir lo que piensa, pide a hija que reclame a padre.	Alivio (no discute) **(Reforzamiento negativo)**
	• Pide que hable con su padre como hija mayor (pasividad).	Agrado cuando realiza el reclamo a su padre por ella. **(Reforzamiento positivo)**
	• Se queja con hija sobre comportamiento del padre.	Atención y afecto de su hija frente a las *quejas.* **(Reforzamiento positivo)**
• Al recordar agresiones e infidelidad. • Al estar sola en casa y pensar que el dinero no le alcanza. • Al recordar episodios de violación de abuso sexual.	• Permanece en cama. • Le pide a su hija que se haga cargo de actividades domésticas y hermanos.	Evitación de deberes **(reforzamiento negativo)** Alivio cuando hija accede a pedidos **(Reforzamiento negativo)**

2.6.7.3. Análisis cognitivo

Tabla 13

Análisis cognitivo

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
• Al discutir con su esposo. • Al ver a cuñado en su casa. • Cuando el dinero no le alcanza.	"Mi esposo nunca me quiso" "por su culpa su hermano me humilló". "Si me separo, me ira peor porque tengo 5 hijos", "no valgo", "ya es tarde para buscar trabajo".	➢ Tristeza (8/10) ➢ Culpa (8/10) ➢ Enojo (8/10) ➢ No dice lo que piensa. ➢ Quejarse con hija. ➢ Pide a hija hablar con su padre. ➢ Permanece en su cama. ➢ Aislamiento. ➢ Abandono de actividades
		➢ Tristeza (9/10) ➢ Culpa (10/10)

• Al escuchar noticias de violación. • Al recordar episodios de abuso sexual.	"Yo tengo la culpa", "esto siempre me afectará", "nunca seré feliz".	➢ Permanece en su cama. ➢ Aislamiento. ➢ Abandono de actividades.

2.6.8. Diagnóstico tradicional

Las características de la paciente son compatibles con los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor, episodio único y de gravedad o curso moderado (296.22) del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), el cual requiere la presencia de un total de cinco o más síntomas, entre los principales como; animo depresivo y disminución del interés en casi todas las actividades, y síntomas adicionales como: pérdida de peso o disminución en el apetito, insomnio o hipersomnia, retardo psicomotor, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, culpa excesiva, capacidad disminuida para concentrarse y/o pensamientos recurrentes de muerte.

Asimismo, de acuerdo a la Guía de clasificación de los trastornos Mentales y del comportamiento (CIE 10, 2000) la paciente cumple con los criterios diagnósticos para Episodio depresivo moderado (F32.1), en el cual están presentes los siguientes síntomas generales; estado de ánimo bajo, reducción de energía y disminución de la actividad, además de otros síntomas como: disminución de la capacidad de disfrutar, interesarse y concentrarse, cansancio, sueño alterado, apetito disminuido, autoestima reducida e ideas de culpa o inutilidad, también pueden presentarse síntomas somáticos como; enlentecimiento psicomotor, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido.

2.7. Intervención

2.7.1. Diseño de plan de intervención

La intervención está compuesta por un total de 21 sesiones de terapia individual, 18 de tratamiento y 3 de seguimiento, además de una sesión dirigida a familiares (esposo e hija

mayor). Las sesiones con una periodicidad inicial semanal, luego quincenal y en seguimiento cada mes, tres meses y seis meses, respectivamente. El promedio de duración en cada sesión fue de 45 a 60 minutos. Las sesiones de entrenamiento para esposo e hija tuvieron como objetivo a la psico educación sobre el problema, validación emocional, pautas asertivas, y administración de refuerzos para conductas saludables no depresivas.

2.7.2. Programa de intervención

A. Fase inicial o de evaluación (sesión 1, 2, 3 y 4). El desarrollo de la intervención sigue una secuencia progresiva que busca guiar al paciente desde una fase inicial que parte desde el encuadre terapéutico, la comprensión del modelo de tratamiento y evaluación de la conducta problema a través de herramientas como entrevista psicológica, aplicación de pruebas psicométricas como: BDI-II, MCMI-II, ROAE, SEI, ADCA y Lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein y auto registros, procesamiento de datos y elaboración del análisis funcional de la conducta depresiva de la paciente.

B. Fase de intervención (sesión 5 a la sesión 18). Asimismo, se realizó una fase de intervención que comprende el aprendizaje de diversas estrategias y técnicas como psicoeducación, programación de actividades gratificantes, asignación gradual de tareas, actividades de dominio y agrado, auto refuerzo, entrenamiento en control de respiración, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en solución de problemas, dirigidas a disminuir la sintomatología depresiva.

C. Fase de seguimiento (sesiones 19, 20 y 21). En esta etapa se realizó el cierre del proceso, la evaluación de su progreso a través del tratamiento y la despedida terapéutica. Para ello se trabajó en la consolidación de todo su proceso de aprendizaje, mediante la revisión de plan de mantenimiento, elaboración de una lista de habilidades clave para prevenir recaídas, establecimiento de metas a largo plazo (plan de vida), reevaluación y refuerzo de los logros obtenidos y encuadre final (recursos profesionales disponibles para el futuro).

D. Sesiones para familiares (1 sesión). Esta sesión tuvo como objetivo, psico educar sobre los síntomas depresivos y las estrategias disfuncionales de la paciente como intento de regular sus emociones de tristeza. Así como aprender a validar, y a comunicar para promover el manejo adecuado de contingencias dirigidas a eliminar el refuerzo de conductas depresivas y aumentar el refuerzo de conductas saludables no depresivas.

2.8. Procedimiento

Tabla 14

Sesión N°1

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Establecer la alianza terapéutica.** ➢ **Realizar encuadre terapéutico.** ➢ **Recolectar datos para el análisis funcional de conducta y para la elaboración de la historia clínica.** ➢ **Iniciar evaluación psicométrica.**	- Generar un ambiente cálido a través de la empatía y motivación para el tratamiento. - Presentación del terapeuta y modelo terapéutico. - Se menciona la confidencialidad y como será el desarrollo de la sesión inicial y demás sesiones. - Se explora el motivo de consulta - Se identifican el análisis funcional de la conducta depresivas. - Se presenta el contrato conductual y consentimiento informado. - Se brinda un breve feedback y se indaga por sus expectativas de tratamiento. - Aplicación del inventario de depresión de Beck (BDI – II).	- Escucha activa. - Observación conductual. - Entrevista. - Contrato conductual. - Consentimiento informado. - Feedback.

Tabla 15

Sesión N°2

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Continuar con el desarrollo de la historia clínica.** ➢ **Continuar con la evaluación psicométrica.** ➢ **Psicoeducar para llenado de auto registros.**	- Se indaga por la presencia de otras conductas problema. - Se inicia con la evolución cronológica de los síntomas. - Aplicación del inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI – II). - Aplicación del registro de opiniones de Albert Ellis (ROAE). - Se reitera el modelo de tratamiento relacionando la forma de trabajar durante el tratamiento y se brinda auto registros de actividades.	- Psicoeducación - Aplicación de pruebas psicométricas. - Autoregistros

Tabla 16

Sesión N°3

Objetivos	Actividades y procedimientos	Técnicas
➢ **Continuar con el desarrollo de la historia clínica.** ➢ **Continuar con la evaluación psicométrica.**	- Se finaliza con la evolución cronológica de los síntomas. - Se indaga en información de la historia personal de paciente. - Aplicación de la escala de autoestima para adultos Coopersmith (SEI). - Aplicación de auto informe de conducta asertiva (ADCA – 1). - Revisión del registro de actividades y se asigna nuevamente la misma tarea.	- Psicoeducación - Aplicación de pruebas psicométricas. - Autoregistros - Registro de actividades.

Tabla 17

Sesión N°4

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Brindar los de resultados de evaluación.**	- Entrega de resultados de evaluación - Se precisa a la paciente la línea base y los objetivos de tratamiento junto a paciente.	- Psicoeducación - Análisis funcional. - Registro de actividades.
➢ **Psicoeducar la conducta problema y explicar su mantenimiento (análisis funcional).**	- Psicoeducación de depresión., así como; del análisis funcional para explicar el mantenimiento de su conducta depresiva.	
➢ **Establecer los objetivos de tratamiento.**	- Explicación del primer objetivo de intervención, resaltando la importancia del uso de las técnicas conductuales (programación de actividades gratificantes). - Revisión de la tarea junto a paciente a modo de feedback notando conductas de evitación y abandono de actividades. **Tarea:** - Continuar con registro de actividades.	

Tabla 18

Sesión N°5

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Proveer de actividades gratificantes para mejorar el ánimo de la paciente.**	- Se revisa tarea asignada de monitoreo diario. - Se identifican dificultades/obstáculos y se proponen soluciones. - Se proponen actividades gratificantes y se indaga por actividades previamente reforzantes. - Se proponen 3 actividades para realizar durante la semana, especificando día, hora y recursos. **Tarea:** - Realizar las 3 actividades asignadas. - Se le pide completar en casa, una lista de 15 actividades simples, con importancia y disfrute en relación a sus diferentes áreas de vida.	- Registro de monitoreo diario. - Programación de actividades gratificantes.

Tabla 19

Sesión N°6

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Proveer actividades gratificantes para mejorar ánimo.** ➢ **Desarrollar la habilidad de**	- Revisar la selección de 15 actividades. - Revisar la realización de las 3 actividades propuestas y dificultades. - Se proponen 3 actividades más, teniendo en cuenta su dominio y agrado.	- Registro de monitoreo diario. - Programación de actividades gratificantes. - Se proponen actividades de dominio y agrado.

autorefuerzo, con el fin de aumentar su estado de ánimo.	- Psicoeducación de auto refuerzos (premios materiales, de actividad o elogios al realizar las tareas asignadas). **Tarea:** - Incorporar 3 nuevas actividades gratificantes para la semana. - Autoadministrar auto refuerzo durante y al culminar las tareas asignadas. - Se cita a familiares de paciente.	- Autorefuerzo.

Tabla 20

Sesión N°7

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Proveer actividades gratificantes para mejorar ánimo.** ➢ **Promover en la familia un manejo adecuado de contingencias.**	- Revisar la realización de las 3 actividades propuestas y dificultades. - Se proponen 3 actividades más, estableciendo día hora y recursos. - Se realiza psicoeducación de la conducta problema y manejo de contingencias para eliminar el refuerzo de conductas depresivas como: queja y abandono de actividades, y aumentar el refuerzo conductas saludables (RDI). - Y habilidad asertiva para mejorar comunicación familiar. **Tarea:** - Incorporar 3 nuevas actividades gratificantes para la semana. - Autoadministrar auto refuerzo.	- Programación de actividades gratificantes. - Autorefuerzo - Psicoeducación. - Manejo de contingencias con la familia. - Refuerzo de conductas incompatibles (RDI).

Tabla 21

Sesión N°8

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Monitorear actividades gratificantes para mejorar ánimo.** ➢ **Modificar a cogniciones más racionales y adaptativas.**	- Mantener las actividades gratificantes realizadas y continuar asignando nuevas, e indagar por obstáculos para su realización. - Psicoeducación de modelo de ABC de Ellis. - Identificación de pensamientos distorsionados que presenta paciente. - Psicoeducación de llenado de registro de pensamientos. **Tarea:** - Mantener la incorporación de actividades gratificantes semanales. - Autoadministrar auto refuerzo. - Registro de automonitoreo de pensamientos.	- Programación de actividades gratificantes. - Psicoeducación del modelo ABC de Ellis. - Auto registro de pensamientos.

Tabla 22

Sesión N°9

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Monitorear actividades gratificantes para mejorar ánimo.** ➢ **Modificar a cogniciones más**	- Revisar el mantenimiento de actividades gratificantes más complejas. - Se debaten pensamientos irracionales identificados.	- Programación de actividades gratificantes. - Psicoeducación. - Registro de pensamientos.

racionales y adaptativas.	- Se enseña al paciente a cuestionarse y reestructurarse (D). - Se enseña a paciente estrategia de tres columnas (E) para generar pensamientos alternativos. **Tarea:** - Mantenimiento de actividades gratificantes semanales. - Autoadministrar auto refuerzo. - Registro de pensamientos y estrategia de tres columnas.	- Tres columnas (pensamiento – distorsión – pensamiento alternativo).

Tabla 23

Sesión N°10

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Proveer actividades gratificantes para mejorar ánimo.** ➢ **Generar pensamientos más racionales y adaptativas.** ➢ **Cambiar sus estilos atribucionales para disminuir emoción y pensamientos de culpa.**	- Revisar el mantenimiento de actividades gratificantes. - Fortalecer el aprendizaje de la relación entre situación – pensamiento – emoción y conducta. - Se continua con el debate de pensamientos irracionales y propuesta de pensamientos alternativos (D y E). - Se realiza una torta (diagrama) de responsabilidades en términos de porcentaje sobre el grado de responsabilidad para episodio de abuso cuestionando su responsabilidad excesiva frente al hecho.	- Programación de actividades gratificantes. - Psicoeducación. - Registro de pensamientos. - Reatribución de Rehm.

	Tarea: - Mantener la realización de actividades gratificantes planificadas semanalmente. - Autoadministrar auto refuerzo. - Continuar auto registro ABCDE.	

Tabla 24

Sesión N°11

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Mantener actividades gratificantes para mejorar ánimo.**	- Revisar y reforzar el sostenimiento de actividades gratificantes.	- Programación de actividades gratificantes.
➢ **Generar pensamientos más racionales y adaptativas.**	- Identificación y debate de creencias intermedias y centrales (esquemas) que sustentan las distorsiones cognitivas de la paciente. - Restructuración cognitiva de autoconcepto y autoeficacia de paciente para mejorar su autopercepción. **Tarea:** - Mantener la realización de actividades gratificantes. - Autoadministrar auto refuerzo. - Continuar auto registro ABCDE.	- Registro de pensamientos. - Tres columnas (pensamiento - distorsión - pensamiento alternativo).

Tabla 25

Sesión N°12

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Mantener actividades gratificantes para mejorar ánimo.** ➢ **Proveer estado de calma a través del control de la respiración para reducir estrés y tensión física.**	- Revisar y reforzar el sostenimiento de actividades gratificantes e incluir tareas más complejas o actividades con incremento de actividad social. - Se preparan las condiciones para la realización: postura cómoda, ojos cerrados, eliminación de estímulos distractores. - Se le pide centrar la atención en la respiración y colocar una mano por encima del vientre y otra mano debajo del estómago para observar el ciclo de respiración. - Se establecen una secuencia de 6 pasos para aprender a dirigir el aire inspirado y expirado en 3 tiempos (diafragma inferior, medio y torácica o completa).	- Programación de actividades gratificantes. - Entrenamiento en control de respiración.

Tabla 26

Sesión N°13

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Mantener actividades gratificantes para mejorar ánimo.**	- Revisar el mantenimiento de actividades gratificantes con incremento de actividades sociales.	- Programación de actividades gratificantes. - Entrenamiento en HHSS:

➢ **Incrementar sus habilidades asertivas:** - **Estilos de comunicación y derechos asertivos.** - **Habilidades de autoafirmación.**	- Psicoeducación de estilos de comunicación, así como reconocimiento y defensa de derechos asertivos: disco rayado, banco de niebla, acuerdo asertivo, pregunta asertiva y técnica del sándwich. - Se realizará la instrucción y el modelado de la respuesta asertiva habilidosa. - Se realizará el ensayo de la respuesta. - Se refuerza la respuesta elaborada. - También se reforzará la importancia de respetar el derecho de los demás: aceptar críticas, opiniones contrarias y elogios y apoyo por parte de los demás. **Tarea:** - Mantener la realización de actividades gratificantes. - La realización de la conducta entrenada en una situación natural (familia, compras en mercado, librería, etc.).	- Instrucción - Modelado - Juego de Roles - Ensayo cognitivo - Reforzamiento - Disco rayado. - Banco de niebla. - Acuerdo asertivo. - Técnica del sándwich.

Tabla 27

Sesión N°14

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Mantener actividades gratificantes para mejorar ánimo.**	- Revisar el mantenimiento de actividades gratificantes con incremento de actividades sociales.	- Programación de actividades gratificantes.
	- Revisión de tarea de elaboración de respuesta asertiva.	- Entrenamiento en HHSS:

➢ **Incrementar sus habilidades asertivas:** - **Expresión de emociones y sentimientos.**	- Psicoeducación sobre la expresión de sus emociones ante los demás a través de sus gestos, postura y palabras. - Instrucción y el modelado de la habilidad mencionada. - Se realizará el ensayo conductual. - Se refuerza la respuesta elaborada. **Tarea:** - Mantener la realización de actividades gratificantes planificadas semanalmente. - Expresar alguna emoción desagradable en forma asertiva en alguna situación natural (familia, compras en mercado, librería, etc.).	- Psicoeducación. - Instrucción - Modelado - Ensayo conductual. - Reforzamiento

Tabla 28

Sesión N°15

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Mantener actividades gratificantes para mejorar ánimo.**	- Revisar el mantenimiento de actividades gratificantes con incremento de actividades sociales.	- Programación de actividades gratificantes.
➢ **Incrementar sus habilidades asertivas**	- Revisión de tarea de expresión de emociones saludables. - Psicoeducación para iniciar, mantener y finalizar conversaciones. - Instrucción y el modelado de una interacción social.	- Entrenamiento en HHSS: - Psicoeducación. - Instrucción - Modelado

- **De interacción social o conversacionales**	- Ensayo de una interacción social en vivo. - Refuerzo de la respuesta elaborada. **Tarea:** - Mantener la realización de actividades gratificantes. - Incrementar interacciones en sus ambientes próximos (grupo, familia, comunidad vecinal, interacciones en tienda de librería, etc.).	- Ensayo conductual. - Reforzamiento

Tabla 29

Sesión N°16

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Mantener actividades gratificantes.**	- Revisar el mantenimiento de actividades gratificantes con incremento de actividades sociales.	- Programación de actividades gratificantes.
➢ **Incrementar sus habilidades de solución de problemas**	- Psicoeducación para promover una postura reflexiva frente a una impulsiva (orientación hacia el problema). - Se identifican los problemas específicos a resolver como: generar fuente de ingreso a su hogar y fortalecer su independencia, y mejorar relación de pareja, la cual desea conservar (definición del problema). - Se generan alternativas de solución: para problema A: observar anuncios de empleo en páginas web, preguntar con personas cercanas empleos disponibles.	- Entrenamiento en solución de problemas.

	Para problema B: incrementar comunicación con pareja, realizar actividades de pareja (generación de alternativas de solución). **Tarea:** - Mantener actividades gratificantes. - Se le pide generar más alternativas de solución en casa y puntuar 0 al 5 las soluciones según el grado satisfacción y viabilidad.	

Tabla 30

Sesión N°17

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Mantener actividades gratificantes.**	- Revisar el mantenimiento de actividades gratificantes con incremento de actividades sociales.	- Programación de actividades gratificantes.
➢ **Incrementar sus habilidades de solución de problemas.**	- Se elige la alternativa más puntuada por la paciente y se le pide que establezca los pasos para su ejecución, analizando las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo y valorando en qué grado ayudarían a resolver el problema (toma de decisiones). **Tarea:** - Mantener la realización de actividades gratificantes planificadas. - Empezará a ejecutar las alternativas de solución seleccionadas y se del pedirá observar y prestar atención a los	- Entrenamiento en solución de problemas.

	resultados para su verificación (puesta en práctica).	

Tabla 31

Sesión N°18

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Incrementar sus hab. de solución de problemas.**	- Se realiza la verificación de resultados a las alternativas de solución de problemas efectuadas.	- Entrenamiento en solución de problemas.
➢ **Prevención de recaídas.**	- Se refuerzan los logros alcanzados. - Explicación de la evolución hacia la fase de seguimiento. - Retroalimentación de las estrategias aprendidas para un afronte adecuado ante una posible recaída. - Se muestra la reducción de síntomas depresivos a través de la línea base.	

2.9. Fase de seguimiento

Tabla 32

Sesión N°19 (mensual)

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Incrementar sus hab. de solución de problemas.**	- Se realiza la verificación de resultados a las alternativas de solución de problemas efectuadas.	- Entrenamiento en solución de problemas.
➢ **Prevención de recaídas.**	- Se refuerzan los logros alcanzados. - Se establece un plan de mantenimiento, identificando habilidades aprendidas.	- Psicoeducación

	- Se realiza una lista de habilidades clave para evitar una posible recaída. - Se establecen metas a largo plazo (plan de vida) propuesta por paciente.	

Tabla 33

Sesión N°20 (trimestral)

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Reevaluación de las conductas depresivas a través de pruebas psicométricas.**	- Se aplican las pruebas psicológicas empleadas en la fase de pre tratamiento: - Inventario de depresión de Beck. - Inventario clínico multiaxial de Millon. - Registro de opiniones de Albert Ellis. - Escala de autoestima Coopersmith. - Auto informe de conducta asertiva. - Lista de chequeo de habilidades sociales de Golsdtein	- Aplicación de pruebas psicométricas

Tabla 34

Sesión N°21 (semestral)

Objetivos	Procedimiento	Técnicas
➢ **Cierre y consolidación de la terapia**	- Se contrasta el análisis descriptivo de la línea base inicial y final. - Se contrasta las puntuaciones obtenidas de la evaluación psicométrica pre y postratamiento. - Se valida y refuerzan los logros alcanzados. - Se realiza la despedida terapéutica. - Se realiza el cierre y encuadre final.	- Refuerzo - Validación. - Feedback.

2.10. Consideraciones éticas

La presente investigación descansa sobre normas que siguen el marco de la ética profesional psicológica, establecida en el Capítulo 3, Artículo 24 del Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú, el cual se enfoca en la confidencialidad de información, el cual solo puede ser revelado con autorización expresa y protege información para generar confianza en el paciente o detalles que puedan llevar a su identificación, así como planea como deber informar sobre los usos de sus datos, mediante un consentimiento informado.

En relación a lo expuesto, este estudio es considerado de riesgo mínimo, ya que no supone ninguna intervención médica ni afecta la integridad física o psicológica de la paciente. La participante fue debidamente informada sobre el propósito del estudio, los procedimientos, la confidencialidad de los datos proporcionados y su derecho a retirarse en el momento que desee hacerlo, obteniendo la conformidad de la paciente mediante un consentimiento informado por escrito.

Asimismo, se garantiza el anonimato de la paciente frente a información sensible, y los resultados obtenidos en esta investigación se utilizarán únicamente con fines académicos y de investigación. Dentro de este marco ético y profesional, se procedió con el desarrollo de la intervención desde el modelo en Terapia Cognitivo Conductual.

III. RESULTADOS

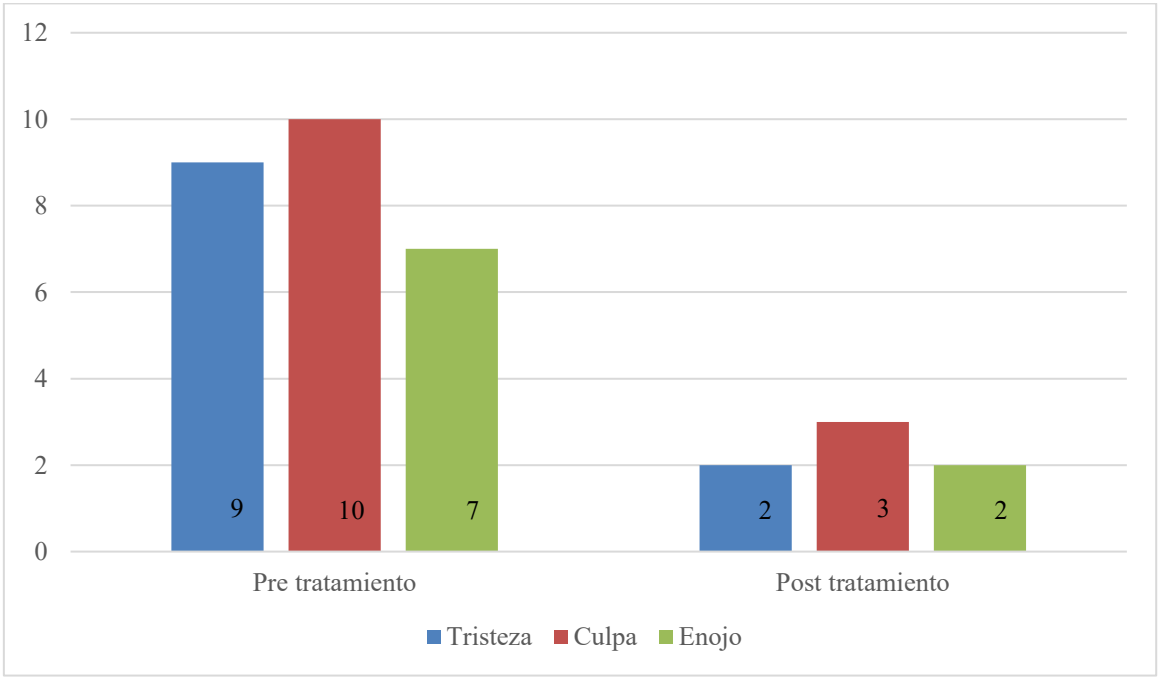
3.1. Análisis de resultados

El programa de intervención tuvo una duración total de 18 sesiones y 3 sesiones de seguimiento. Y una sesión familiar en la que participó su hija mayor. Cada sesión tuvo como tiempo de duración entre 45 a 60 minutos. La intervención se realizó una vez por semana y las tres últimas sesiones en un mes, tres meses y seis, respectivamente. La intervención comprendió estrategias y técnicas como psicoeducación, programación de actividades gratificantes, actividades de dominio y agrado, auto refuerzo, entrenamiento en control de respiración, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en solución de problemas, dirigidas a disminuir la sintomatología depresiva de la paciente.

3.1.1. Análisis descriptivo

Figura 1

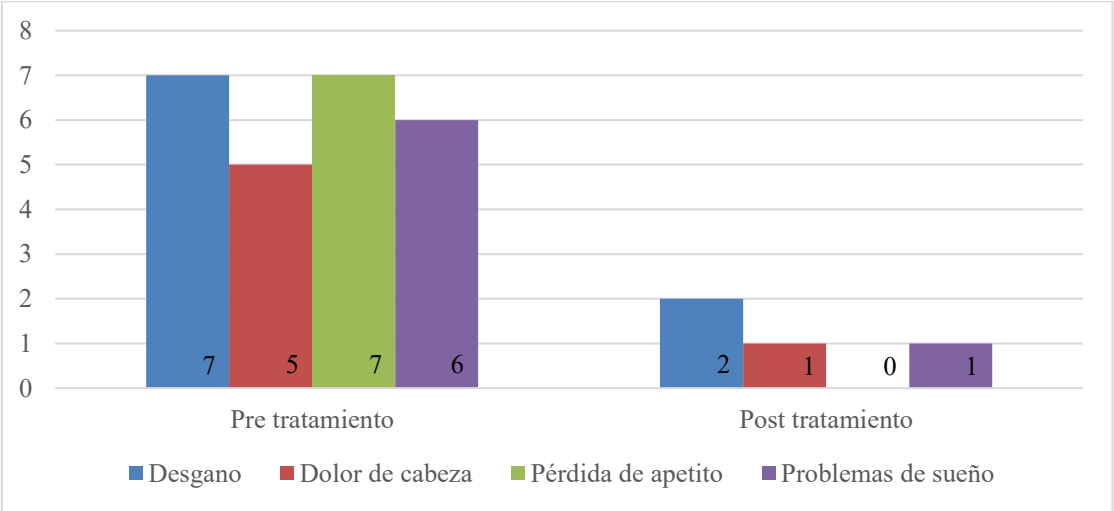
Registro de intensidad de la emoción al comparar el pre y post tratamiento



De acuerdo al registro de la línea base la paciente previamente al tratamiento en el área emocional, presenta tristeza (9/10), culpa (10/10) y enojo (7/10), mientras que en el post tratamiento este puntaje disminuyó a tristeza (2/10), culpa (3/10) y enojo (2/10).

Figura 2

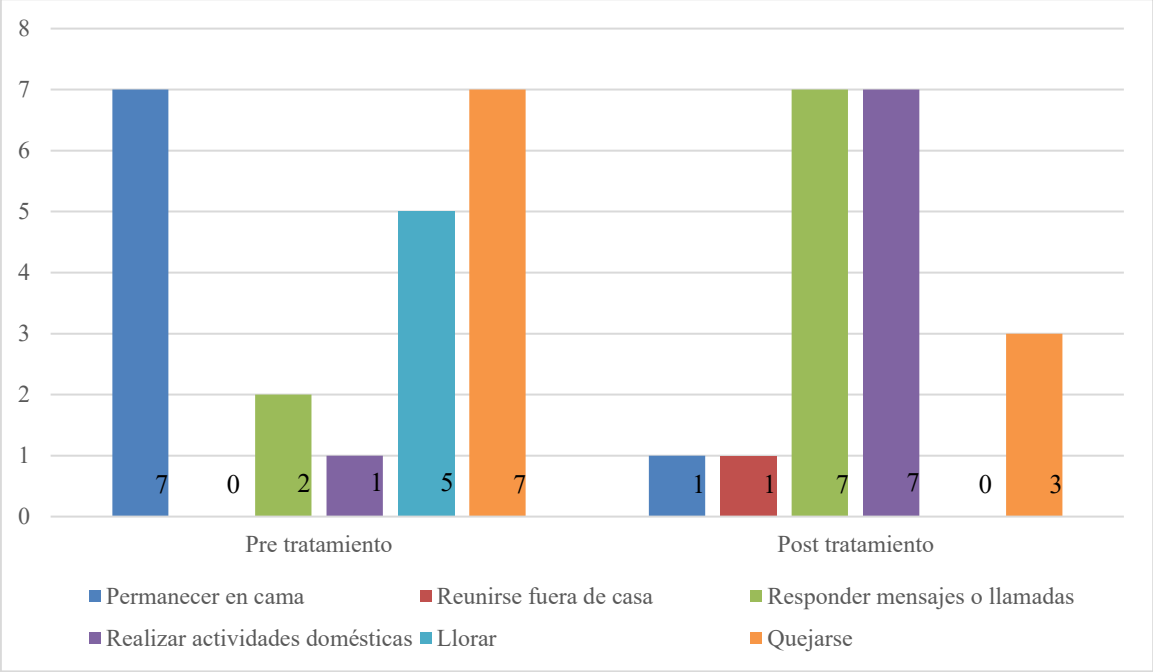
Registro de frecuencia semanal de sensaciones fisiológicas al comparar el pre y post tratamiento



De acuerdo al registro de la línea base de la paciente previamente al tratamiento en el área fisiológica, refiere experimentar en relación de número de veces a la semana; sensación de desgano o cansancio (7), dolor de cabeza (5) pérdida de apetito (7) y problemas para conciliar el sueño (6), mientras que en el post tratamiento este puntaje disminuyó a desgano o cansancio (2), dolor de cabeza (1) pérdida de apetito (0) y problemas para conciliar el sueño (1).

Figura 3

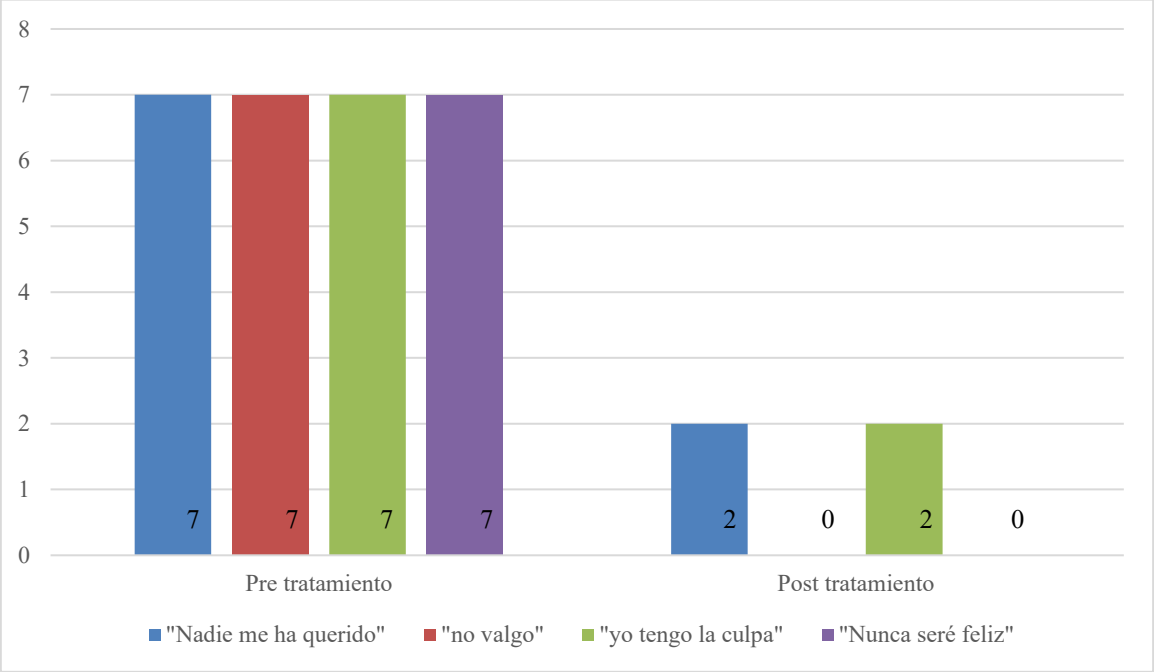
Registro de frecuencia semanal de conducta depresiva al comparar el pre y post tratamiento



De acuerdo al registro de la línea base semanal de la paciente previa al tratamiento en el área motriz, refiere permanecer en cama por más de tres horas (7 veces por semana), llorar (5) y quejarse con hija mayor (7), mientras que en el post tratamiento se observa la disminución de estas conductas a 1, 0 y 3 veces por semana, respectivamente. Mientras que conductas como reunirse fuera de casa con amigos o familia (0), responder mensajes o llamadas (2) y realizar actividades domésticas (1) se incrementaron en post tratamiento a 1, 7 y 7 veces por semana, respectivamente.

Figura 4

Registro de frecuencia semanal de pensamientos al comparar el pre y post tratamiento



De acuerdo al registro semanal de la línea base pre tratamiento de la paciente en el área cognitiva, refiere pensamientos distorsionados con una frecuencia de: “nadie me ha querido” (7), “no valgo” (7), “yo tengo la culpa” (7) y “nunca seré feliz” (7), mientras en el post tratamiento observamos una disminución en su frecuencia de aparición a 2, 0, 2 y 0 veces a la semana, para cada una de estas distorsiones, respectivamente.

3.1.2. Análisis comparativo

El objetivo general de la presente investigación fue disminuir el nivel de depresión en una mujer adulta, utilizando como medida objetiva el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), antes y después de del programa de intervención cognitivo conductual, comparando los resultados pre y post tratamiento.

En la tabla 35 se observa que la paciente presenta una disminución significativa en la puntuación del BDI-II, lo que indicaría una disminución en el nivel de depresión de la paciente entre la evaluación inicial y posterior a la TCC.

Tabla 35

Resultados del BDI-II del pre y post tratamiento

Puntaje pretratamiento	Categoría	Puntaje post tratamiento	Categoría
46	Depresión Grave	12	Mínima o ausencia

Respecto a los objetivos específicos como, disminuir emociones negativas, conductas depresivas y respuestas fisiológicas en una mujer adulta con depresión, se utilizó como medida objetiva el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), antes y después de del programa de intervención cognitivo conductual, comparando los resultados pre y post tratamiento.

En la tabla 36 se observa que la paciente presenta una disminución significativa en la puntuación del MCMI-II, lo que indicaría una disminución en el nivel de severidad del trastorno depresivo y sus componentes, entre la evaluación inicial y posterior a la TCC.

Tabla 36

Resultados del MCMI-II del pre y pos tratamiento

Categoría		Puntaje pre tratamiento	Indicador	Puntaje post tratamiento	Indicador
Patrones clínicos de personalidad	Pasivo Agresivo	111	Moderado	56	Rasgo no relevante
	Evitativo	98	Elevado	62	Rasgo no relevante
	Autoderrotista	79	Moderado	75	Moderado
Patología severa de personalidad	Borderline	77	Moderado	60	Rasgo no relevante
Síndromes clínicos	Distimia	102	Elevado	62	Rasgo no relevante
	Ansiedad	79	Moderado	59	Bajo
Síndromes Severos	Depresión Mayor	85	Elevado	58	Rasgo no relevante

Respecto al objetivo específico de disminuir las distorsiones y creencias irracionales en una mujer adulta con depresión, se utilizó como medida objetiva el Registro de Opiniones de Albert Ellis (ROAE), antes y después de del programa de intervención cognitivo conductual, comparando los resultados pre y post tratamiento.

En la tabla 37 se observa que la paciente presenta una disminución significativa en la puntuación del ROAE, lo que indicaría una modificación en sus cogniciones, entre la evaluación inicial y posterior a la TCC. Asimismo, en la tabla 38 se observa un incremento en el puntaje del SEI, lo cual indicaría un incremento en su auto valoración personal.

Tabla 37

Resultados del ROAE del pre y pos tratamiento

N°	Creencia Irracional	Puntaje pre tratamiento	Puntaje post tratamiento
# 1	Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.	9	5
# 2	Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos.	7	3
# 4	Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría.	7	3
# 9	Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente.	9	4

Tabla 38

Resultados del SEI del pre y pos tratamiento

Puntaje pre tratamiento	Nivel	Puntaje post tratamiento	Nivel
8	Autoestima baja	14	Autoestima promedio

Respecto a los objetivos específicos como: disminuir déficit en habilidades sociales y para la solución de problemas en una adulta con depresión, se utilizó como medida objetiva el

Autoinforme de conducta Asertiva (ADCA-1) y la Lista de Chequeo de habilidades sociales de Goldstein. antes y después de del programa de intervención cognitivo conductual, comparando los resultados pre y post tratamiento.

En la tabla 39 se observa que la paciente presenta una disminución significativa en la puntuación del ADCA-1 y la lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein (Tabla 40), lo que indicaría la adquisición de habilidades sociales y para la resolución de problemas, entre la evaluación inicial y posterior a la TCC.

Tabla 39

Resultados del ADCA-1 del pre y pos tratamiento

Categoria	Puntaje pre tratamiento	Nivel	Puntaje post tratamiento	Nivel
Auto asertividad	44	Bajo	74	Media
Hetero asertividad	31	Bajo	82	Alta

Tabla 40

Resultados de la lista de chequeo de las habilidades sociales de Golsdstein del pre y pos tratamiento

Categoría	Puntaje pre tratamiento	Nivel	Puntaje post tratamiento	Nivel
Primeras hab. Sociales	13/24	Promedio	19	Buena competencia
Hab. sociales avanzadas	12/32	Promedio	25	Promedio
Hab. Relacionadas con los sentimientos	9/32	Déficit	20	Promedio
Hab. Alternativas a la agresión	8/32	Déficit	21	Promedio
Hab. Para hacer frente al estrés	6/32	Déficit	18	Promedio
Hab. De planificación	15/48	Déficit	35	Buena competencia
Total	63/200	Déficit	138	Buena competencia

3.2. Discusión de resultados

La presente investigación estableció como objetivo general disminuir los niveles de depresión en una paciente adulta respecto a sus manifestaciones emocionales, cognitiva, fisiológicas y conductuales a través de la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual. Al comparar los resultados pre y post tratamiento, obtenidos de la evaluación psicométrica de las escalas BDI-II, MCMI-II, ROAE, SEI, ADCA-1, y la lista de chequeo de habilidades de Goldstein, podemos observar un cambio clínico en la sintomatología depresiva de la paciente, a través del incremento en su estado de ánimo y su autovaloración personal y disminución de respuestas fisiológicas, pensamientos distorsionados, y conducta depresiva, así como una mejora en su competencia social y para resolver problemas, lo cual nos permite concluir que el objetivo del presente estudio fue alcanzado.

Hasta la actualidad, hay un interés constante en evaluar la eficacia de la terapia cognitivo conductual y la validación sus supuestos teóricos, esto ha favorecido su vigencia y empleabilidad, pero son los estudios sobre la depresión los que aparecen desde un principio para demostrar reiteradamente su eficacia, siendo su principal soporte o cimiento; el análisis funcional de las conductas problema, lo que marca la pauta, nos conducen al proceso terapéutico y a la selección de técnicas, junto con otras herramientas como: entrevista, autoregistros y el inventario de depresión de Beck como el instrumento de evaluación usado con más frecuencia. En base a ello, observamos la misma selección de herramientas en diversos estudios semejantes que han demostrado efectividad al identificar la conducta problema y diagnóstico (Cruz, 2019; Guerra, 2018; Calderón, 2020; Huaynates, 2020).

Asimismo, es importante la elección del orden en que se realizaran las estrategias terapéuticas para lograr resolver el problema con mayor prontitud o aliviar la mayor cantidad de síntomas. Beck al respecto sostiene que, en pacientes depresivos con mayor severidad, se recomienda el uso de estrategias conductuales antes que las cognitivas, como: programación

de actividades gratificantes y asignación de tareas graduales, de placer y dominio; con el fin de contrarrestar la inactividad característica de la depresión y favorecer el trabajo cognitivo posterior. Debido a ello, el presente estudio presta atención al restablecimiento de la actividad para combatir la inercia de la paciente mediante la programación de actividades, lo cual coincide con diversos autores (Berná, 2016; Hernández, 2010; Huaynates, 2019; Flores, 2019).

En relación a ello, a medida que se manifiestan los resultados positivos de los procedimientos conductuales, puede incorporarse la intervención cognitiva. En consecuencia, posteriormente se utilizaron técnicas cognitivas con el fin de modificar los tres niveles de pensamiento de la paciente; automático, creencias intermedias y esquemas, y en consecuencia su conducta emocional. Para este objetivo se aplicaron técnicas de reestructuración cognitiva como: debate, triple columna y técnica de reatribución la responsabilidad de Rehm logrando reducir la sintomatología cognitiva, lo cual tiene concordancia con los resultados obtenidos por Picha (2018) y; Bas y Navia (1994).

Por otro lado, la depresión suele estar acompañada de una activación disfuncional del sistema nervioso, debido a los factores de estrés. Por consiguiente, uno de los objetivos que se abordó fue reducir las respuestas fisiológicas de la paciente mediante el control de la respiración para reducir la tensión, sensación de cansancio y mediante la una mejor oxigenación lograr un estado de calma, alcanzando dicho objetivo planteado, como: Berná (2016); Calderón (2020); y Flores (1019) quienes emplearon técnicas de relajación por medio de la respiración dentro de su programa de intervención, obteniendo también resultados positivos.

Finalmente, mediante el análisis funcional de la conducta de la paciente, se realizó el manejo de contingencias, el cual añadió un valor exponencial a la técnica de entrenamiento en habilidades sociales, que tiene como fin incrementar la taza de reforzamiento social y proporcionar habilidades que mejoren su competencia social para el logro de sus objetivos, así

como mejorar su afronte ante sus situaciones de conflicto mediante el entrenamiento en solución de problemas. Esto también es señalado por Cruz (2019) y Flores (2019) quienes emplearon técnicas de entrenamiento asertivo y de solución de problemas logrando sus objetivos de tratamiento. Asimismo, para el presente caso, fue de suma importancia la participación de su hija mayor quien apoyó en la aplicación de la técnica RDO lo cual favoreció cambios en la conducta de la paciente, así como, lo realizado por Bas y Navia (1994) quienes en su programa de intervención instruyeron a la familia en la técnica RDO, logrando de la misma forma, contribuir en la disminución de la conducta depresiva mediante dicha estrategia.

IV. CONCLUSIONES

4.1 Mediante la aplicación de un programa cognitivo conductual se logró disminuir los niveles de depresión de una mujer adulta, logrando demostrar la efectividad del tratamiento al alcanzar los objetivos establecidos.

4.2 La disminución de la conducta depresiva de la paciente se alcanzó mediante la aplicación de las siguientes estrategias y técnicas: programación de actividades gratificantes, asignación gradual de actividades y propuesta de actividades según dominio y agrado.

4.3 Se alcanzó el objetivo de disminuir las emociones negativas a través del auto refuerzo y otras estrategias que nos brindan ganancias terapéuticas a nivel emocional como: reestructuración cognitiva y reatribución de responsabilidades de Rehm.

4.4 Se logró la modificación de distorsiones cognitivas a través de las siguientes técnicas: psicoeducación, reestructuración cognitiva, triple columna, reatribución y entrenamiento en solución de problemas.

4.5 Se logró la reducción de la respuesta fisiológica a través de estrategias de psicoeducación y control de respiración.

4.6 Se alcanzaron los objetivos conductuales, motivacionales y en el ambiente de la paciente, mediante la estrategia de entrenamiento en habilidades asertivas para paciente y como entrenamiento a familiares.

V. RECOMENDACIONES

5.1 Promover como plan de intervención cognitivo conductual para casos de depresión que guarden similitud, estrategias y técnicas que incluyan: programación gradual de actividades, auto instrucciones, reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en habilidades asertivas y solución de problemas.

5.2 Emplear estrategias para los objetivos emocionales y afectivos utilizando estrategias para la programación de actividades gratificantes y asignación gradual de actividades.

5.3 Emplear para los objetivos cognitivos estrategias para la reestructuración cognitiva y ejercicios de reatribución de Rehm.

5.4 Emplear para los objetivos fisiológicos estrategias de control de respiración.

5.5 Utilizar estrategias para los objetivos conductuales y motivacionales para el entrenamiento en asertividad y/o habilidades sociales y en técnicas de resolución de problemas.

5.6 Continuar el tratamiento hasta culminar la fase de seguimiento con el fin de fortalecer las estrategias que favorezcan la prevención de recaídas, generalizar las conductas aprendidas, así como mantenerlas a largo plazo.

5.8 Realizar otros estudios para medir la eficacia de la terapia cognitivo conductual en casos de depresión, tomando en cuenta que al ser una terapia ideográfica (centrada en casos individuales) existe una amplia gama de características en los consultantes, motivo por el cual es importante la replicación de estudios haciendo variantes en edad, nivel socioeconómico, nivel intelectual, situaciones de conflicto u otras características particulares del paciente.

5.9 Realizar estudios con otras variables relacionadas a la depresión, interviniendo en otras conductas problemas o comorbilidades que pueden acompañar con frecuencia los cuadros de depresión.

VI. REFERENCIAS

Abad, M.E. (2018). *Diferencias en las creencias irracionales según la condición diagnóstica en un grupo de pacientes que asisten a un servicio de salud mental de Lima Metropolitana.* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. https://repositorio.upch.edu.pe/entities/publication/565a228a-9e37-4a55-a74a-0aa7198b6d3c

Ambrosio, T. (1995). *Conducta tipo A y habilidades sociales en estudiantes de 1er. Al 5to año de Psicología de un Universidad Nacional*. Tesis de pregrado. [Universidad Nacional Federico Villarreal].

Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM – 5.* Traducción Burg Traslations, Inc. https://www.appi.org/Products/DSM-Library/Guia-de-consulta-de-los-criterios-diagnosticos-del

Aspillaga, M. (2011). *Creencias irracionales y estilo atribucional en un grupo de jóvenes abusadores de marihuana.* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. http://hdl.handle.net/20.500.12404/4760

Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología 29*(3), 1038 – 1059. https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511

Bados, A. y García, E. (15 de abril de 2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva.* Universitat de Barcelona. https://hdl.handle.net/2445/12302

Barraca, J. y Pérez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Síntesis, S. A. http://hdl.handle.net/10651/54830

Barrera, M. (2010). *Aplicación de la terapia cognitiva conductual en una madre soltera con depresión*. [Tesis de pregrado, Universidad Del Azuay]. Repositorio Académico UAZUAY. http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/1254

Bas, F. y Navia, V. (1994). *Terapia cognitivo conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Groupe Donograph, S.A.

Beck, A., Rush, J. Shaw, B. y Emery, G. (2003). *Terapia Cognitiva de la depresión.* (15° ed.). Descléé de Brouwer, S.A.

Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (1996). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck.* Paidós.

Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Becoña, E. y Oblitas, L. (1997). Terapia cognitivo-conductual: antecedentes técnicos. *Revista Liberabit*, *3(1),* 49-70. Recuperado de https://es.scribd.com/document/355684729/Terapia-Cognitivo-Conductual-Antecedentes-y-Tecnicas-pdf

Berná, J. (2016). *Intervención cognitivo conductual en un caso de depresión mayor moderada.* [Tesis de pregrado, Universidad Miguel Hernández de Elche]. Repositorio Académico UMH. http://hdl.handle.net/11000/2991

Brenlla, M. y Rodríguez, C. (2006). *Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).* Paidós. https://es.scribd.com/document/772181686/Manual-BDI-II-Inventario-de-Depresio-n

Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos.* Siglo XXI. https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-Vicente-Caballo.pdf

Calderón, E.Y. (2020). *Intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión.* [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. https://hdl.handle.net/20.500.13084/4654

Carranza, R.F. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck para universitarios de Lima. *Revista de Psicología, 15*(2), 170-182. https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/468

Cruz, N. (2019). *Aplicación de la terapia cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo recurrente.* [Proyecto de grado para optar por el título de especialista en Psicología Clínica, Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga]. Repositorio Académico UPB. https://biblioteca.bucaramanga.upb.edu.co/application/index/material/39169

Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva. Volumen 2*. Descléé de Brouwer, S.A. https://es.scribd.com/document/372809049/Ellis-y-Grieger-1990-Manual-de-Terapia-Racional-Emotiva-pdf

Flores, V.C. (2019). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo - conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana.* [Tesis de pregrado. Universidad San Martin de Porres]. Repositorio Académico USMP. https://repositorio.usmp.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/8c7bddc3-e92c-4687-8cd9-b4771e04441c/content

Gómez, A. Plans, B. Sánchez-Guerra, M y Sánchez, D. (2007). *Cuadernos de terapia cognitivo-conductual. Un orientación pedagógica e integradora. Estrategias cognitivas para sentirse bien.* Editorial EOS (Instituto de orientación psicológica). https://books.google.com.pe/books/about/Cuadernos_de_terapia_cognitivo_conductua.html?id=xhAyOwAACAAJ&redir_esc=y

Guerra, L. (2018). *Estudio de caso clínico de paciente con trastorno depresivo mayor, recidivante, grave sin síntomas psicóticos.* [Tesis de pregrado, Universidad de San Buenaventura]. Repositorio Institucional USB. http://hdl.handle.net/10819/6318

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [CIE-10] (2000). *Guía de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.* (10th Revisión). Médica Panamericana. https://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf

Hernández, M. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso.* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional UAEMÉX. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14135.88484

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta. ed.). McGraw-Hill.

https://apps.utel.edu.mx/recursos/files/r161r/w24792w/metodologia-de-la-investigacion-hernandez.pdf

Huaynates, M. (2019). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa.* [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. https://hdl.handle.net/20.500.13084/3489

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (2012). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe general. *Anales de la Salud Mental 29*(1), 106-108. https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf

Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide. https://es.scribd.com/document/609490755/Tecnicas-de-Modificacion-de-Conducta-Labrador-Libro-en-PDF

Lanza, D. (2018). *Terapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Manuel Núñez Butrón, marzo – mayo 2017* [Tesis de pre grado, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio Académico UNAP. https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/7128

Lemos, S. (1995). *Psicopatología.* Síntesis, S.A.

Lizárraga, C. (2011). *Nivel de asertividad en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional mayor de San Marcos 2010.* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor

de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. https://hdl.handle.net/20.500.12672/1330

Maero, F y Quintero, P. (2018). *Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión. Manual para participantes.* Akadia Editorial.

Maero, F. y Quintero, P. (2016). *Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión.* Akadia Editorial.

Martel, C., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión. Una guía clínica*. Desclée de Brouwer, S.A.

Millon, T. (1998). *Manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millón - II. Adaptación española Avila- Espada*. TEA, Ediciones.

Mollinero, F.M. (2018). *Asertividad en estudiantes del Centro de Idiomas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos -sede San Juan de Lurigancho*. [Tesis de pregrado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio Institucional UIGV. https://hdl.handle.net/20.500.11818/2357

Organización Mundial de la Salud [OMS] (7 de abril de 2017). *La depresión encabeza la lista de causas de enfermedad.* https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Médica Panamericana, S.A. https://iris.who.int/handle/10665/42326

Pérez, A. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Universitas S.A.

Pérez, I. (2000*). Habilidades sociales: Educar hacia la autoregulación. Conceptualización, evaluación e intervención.* Horsori.

Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis. https://www.intercontext.org/wp-content/uploads/2022/04/Las-terapias-de-tercera-generacion-como-terapias-contextuales-Marino-Perez-Alvarez.pdf

Picha, S.L. (2018). *Trabajo académico de aplicación en el ámbito laboral: caso clínico de depresión moderada* [Tesis para optar el título de la segunda especialidad, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional UNSA. http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9081

Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, 8*(2), 251-257. https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf

Rodrich, P. (2019). *Autoestima y ansiedad estado – rasgo en jóvenes universitarios de la ciudad de Lima.* [Tesis de pregrado, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional ULIMA. https://hdl.handle.net/20.500.12724/10295

Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales.* Desclée de Brouwer, S.A. https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433025357.pdf

Sanjuán, P. (1999). Estilo atribucional y depresión: conclusiones y aspectos relevantes. *Clínica y Salud, 10*(1), 39-57. Recuperado de https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/46714.pdf.

Segal, Z., Williams, M. y Teasdale, J. (2015). *Terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión.* Kairós.

Solis, C.A. (2007). *El Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II (MCMI- II): validez y confiabilidad en pacientes de dos hospitales de salud mental de Lima Metropolitana.* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. http://hdl.handle.net/20.500.12404/4820

Tarazona, R. (2013). *Variables Psicológicas Asociadas al uso de Facebook: autoestima y narcisismo en universitarios.* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. http://hdl.handle.net/20.500.12404/4619