



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO PSICOLOGICO: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN

**Línea de investigación:
Salud mental**

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

Autora

Tufiño Blas, Elizabeth Carmen

Asesor

Campana Cruzado, Frey Antonio

ORCID: 0000-0003-2828-4554

Jurado

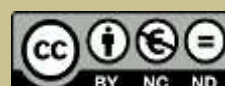
Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Carlos Ventura, David Dionisio

Peña Correa, Giovanna Britt

Lima - Perú

2024



CASO PSICOLÓGICO: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN

INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

29%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

21%

2

qdoc.tips

Fuente de Internet

1%

3

Submitted to Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD, UNAD

Trabajo del estudiante

1%

4

www.coursehero.com

Fuente de Internet

1%

5

Submitted to Corporación Universitaria Iberoamericana

Trabajo del estudiante

1%

6

Submitted to Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC

Trabajo del estudiante

<1%

7

repobib.ubiobio.cl

Fuente de Internet

<1%

8

pt.scribd.com

Fuente de Internet



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO PSICOLOGICO: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE
DEPRESIÓN

Línea de Investigación:

Salud Mental

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

Autora

Tufiño Blas, Elizabeth Carmen

Asesor

Campana Cruzado, Frey Antonio

ORCID: 0000-0003-2828-4554

Jurado

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Carlos Ventura, David Dionisio

Peña Correa, Giovanna Britt

Lima – Perú

2024

Pensamientos

"Cuando mantenemos un pensamiento claro y simple, aumentamos nuestras posibilidades de lograr los objetivos que nos hemos propuesto".

Aaron Beck

“La auténtica felicidad reside en la aceptación de uno mismo y en conectarse con la propia esencia”.

Carl Rogers

Dedicatoria

A Dios, que guía mi camino y me da la fortaleza
de seguir adelante.

A mi familia que es lo mejor y valioso que tengo.

Agradecimiento

A los Docentes de la Facultad de Psicología por compartir sus conocimientos.

Índice

Resumen.....	9
Abstract	10
I. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Descripción del problema	13
1.2 Antecedentes.....	15
<i>1.2.1 Antecedentes nacionales</i>	15
<i>1.2.2 Antecedentes internacionales</i>	17
<i>1.2.3 Bases teóricas</i>	19
1.3 Objetivos.....	27
<i>1.3.1 Objetivos generales</i>	27
<i>1.3.2 Objetivos específicos</i>	27
1.4 Justificación	28
1.5 Impactos esperados del trabajo académico.....	28
II. METODOLOGÍA	29
2.1. Tipo y diseño de Investigación	29
2.2. Ámbito temporal y espacial.....	29
2.3. Variable de investigación	29
2.4. Participante.....	29
2.5. Técnicas e instrumentos	30
<i>2.5.1. Técnicas</i>	30
<i>2.5.2 Instrumentos</i>	32

2.5.3 Evaluación psicológica	34
2.5.4 Evaluación psicométrica	47
2.5.5 Informe psicológico integrador.....	50
2.6. Intervención.....	58
2.6.1. Plan de intervención y calendarización.....	58
2.6.1 Programa de intervención.	60
2.7 Procedimiento	77
2.8 Consideraciones éticas.....	78
III. RESULTADOS.....	79
3.1. Análisis de resultados	79
3.2 Discusión de resultados	82
3.3 Seguimiento	83
IV. CONCLUSIONES	84
V. RECOMENDACIONES	85
VI. REFERENCIAS.....	86
VII. ANEXOS	91

Índice de tablas

Tabla 1. Datos familiares de la evaluada	47
Tabla 2. Análisis funcional de la conducta	53
Tabla 3. Análisis funcional	55
Tabla 4. Criterios según el DSM V para el trastorno de depresión mayor, episodio recurrente moderado 296.32	56
Tabla 5. Intervención y calendarización	59
Tabla 6. Sesión 1	60
Tabla 7. Sesión 2	61
Tabla 8. Sesión 3	62
Tabla 9. Sesión 4	63
Tabla 10. Sesión 5	64
Tabla 11. Sesión 6	65
Tabla 12. Sesión 7	66
Tabla 13. Sesión 8	67
Tabla 14. Sesión 9	68
Tabla 15. Sesión 10	69
Tabla 16. Sesión 11	70
Tabla 17. Sesión 12	71
Tabla 18. Sesión 13	72
Tabla 19. Sesión 14	73
Tabla 20. Sesión 15	74
Tabla 21. Sesión 16	75
Tabla 22. Sesión 17	75
Tabla 23. Sesión 18	75

Tabla 24. Sesión 19	76
Tabla 25. Resultados pre-test y post-test del Inventario de depresión de Beck	79
Tabla 26. de Registro de frecuencia e intensidad de pensamientos pre y post test	79
Tabla 27. Registro de frecuencia e intensidad (promedio) de emociones pre y post	80
Tabla 28. Registro de frecuencia de comportamiento pre y post test	81

Resumen

Este estudio de caso sobre depresión moderada, llevado a cabo en Lima, se centra en una mujer de 52 años que experimentaba una crisis caracterizada por tristeza, llanto, pérdida de interés y placer en las actividades, insomnio, fatiga, sentimientos de culpa, autorreproches, dificultades para concentrarse y tomar decisiones, intentos suicidas y cefalea frecuente. Este estudio de caso, realizado en Lima, Perú, evaluó la efectividad de una intervención cognitivo-conductual (ICC) en una mujer de 52 años con depresión moderada. **Objetivos:** Reducir la gravedad de la depresión, disminuir la frecuencia e intensidad de pensamientos y emociones negativas, y mejorar la capacidad de la paciente para afrontar situaciones sociales. **Método:** Se empleó un diseño preexperimental ABA con 15 sesiones de ICC (50 minutos cada una) durante 6 meses. Se utilizaron diversas técnicas cognitivo-conductuales, incluyendo reestructuración cognitiva, reatribución, y mindfulness, junto con instrumentos como el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el Test de Pensamientos Automáticos (IPA), el Inventario Multiaxial de Millón-II (MCMI-II) y el Inventario de Personalidad de Eysenck (Forma B). **Resultados:** Se observó una reducción significativa en la puntuación del BDI-II (de 29 a 5), indicando una disminución de la depresión de moderada a mínima. Los demás instrumentos también mostraron mejoras significativas. **Conclusión:** La ICC resultó eficaz en la reducción de los síntomas depresivos, destacando la importancia de un enfoque multifacético que integra técnicas cognitivas y conductuales. Este estudio respalda la aplicación de la ICC como tratamiento para la depresión moderada.

Palabras clave: depresión, intervención, terapia cognitivo-conductual

Abstract

This case study of moderate depression, conducted in Lima, focuses on a 52-year-old woman experiencing a crisis characterized by sadness, crying, loss of interest and pleasure in activities, insomnia, fatigue, feelings of guilt, self-reproach, difficulties concentrating and making decisions, suicidal attempts, and frequent headaches. This case study, conducted in Lima, Peru, evaluated the effectiveness of a cognitive-behavioral intervention (CBI) in a 52-year-old woman with moderate depression. **Objectives:** To reduce the severity of depression, decrease the frequency and intensity of negative thoughts and emotions, and improve the patient's ability to cope with social situations. **Method:** A pre-experimental ABA design was used with 15 CBI sessions (50 minutes each) over 6 months. A variety of cognitive-behavioral techniques were used, including cognitive restructuring, reattribution, and mindfulness, along with instruments such as the Beck Depression Inventory (BDI-II), the Automatic Thoughts Test (AIT), the Million Multiaxial Inventory-II (MCMI-II), and the Eysenck Personality Inventory (Form B). **Results:** A significant reduction in the BDI-II score was observed (from 29 to 5), indicating a decrease in depression from moderate to minimal. The other instruments also showed significant improvements. **Conclusion:** CBI was effective in reducing depressive symptoms, highlighting the importance of a multifaceted approach that integrates cognitive and behavioral techniques. This study supports the application of CBI as a treatment for moderate depression.

Keywords: depression, intervention, cognitive-behavioral therapy.

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) la depresión se presenta como una enfermedad extendida a nivel mundial, afectando a aproximadamente el 3,8% de la población, con un 5% correspondiente a adultos y un 5,7% a personas mayores de 60 años. Globalmente, alrededor de 280 millones de individuos padecen de depresión, caracterizada por variaciones frecuentes en el estado de ánimo y respuestas emocionales breves ante los desafíos diarios. Esta afección se convierte en un problema de salud significativo, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave, causando un gran sufrimiento y afectando las actividades laborales, educativas, sociales y familiares de la persona. En muchos casos, la depresión puede aumentar el riesgo de suicidio, con más de 700,000 personas tomando esta trágica decisión cada año. El suicidio se posiciona como la cuarta causa principal de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años. A pesar de existir tratamientos conocidos y efectivos para la depresión, más del 75% de las personas afectadas en países de bajos y medianos ingresos no reciben tratamiento, principalmente debido a limitaciones económicas, falta de profesionales capacitados y la estigmatización asociada a los problemas de salud mental.

La depresión constituye un trastorno de salud mental que afecta a numerosos individuos, manifestándose a través de una tristeza persistente, la pérdida de interés en actividades previamente placenteras y la incapacidad para realizar tareas cotidianas durante al menos dos semanas o más. Aquellas personas afectadas por la depresión suelen experimentar síntomas como la disminución de la energía, cambios en el apetito, alteraciones en los patrones de sueño (ya sea durmiendo más o menos de lo habitual), ansiedad, falta de concentración, indecisión, inquietud, sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza, y pensamientos relacionados con autolesiones o suicidio (OMS, 2020).

En Perú, se llevó a cabo una investigación reciente por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) descubrió que jóvenes adultos en la universidad

experimentaban niveles elevados de estrés, ansiedad y depresión (SAD). Se percataron de que las alumnas presentaban síntomas más acentuados en comparación con los alumnos, y observaron que ciertas actividades académicas, como las exposiciones en el aula, intensificaban los síntomas de esta condición.

Este estudio académico aborda el caso de una mujer adulta que experimenta depresión moderada, desencadenada por una infidelidad de su pareja. La sintomatología depresiva se presenta y se aborda mediante la intervención de la terapia cognitivo-conductual. En la sección inicial (Apartado 1), se proporciona la introducción, se describe el problema, se presentan antecedentes a nivel nacional e internacional, se expone la fundamentación teórica, se detallan los objetivos generales y específicos, y se continúa con la justificación e impactos esperados del trabajo académico.

En la sección II se detallan la Metodología, el tipo y diseño de investigación, las variables consideradas como independiente y dependiente, la descripción del participante, las técnicas e instrumentos utilizados, que abarcan el análisis e interpretación de los resultados de la evaluación psicológica. Además, se incluyen conclusiones y recomendaciones. También se aborda la intervención, con su objetivo general y objetivos específicos, junto con el plan y programa de intervención, así como consideraciones éticas.

En lo que respecta a la sección III, se presentan los resultados obtenidos previos y posteriores a la implementación del proceso de intervención, junto con su análisis correspondiente y la discusión de dichos resultados.

En la sección IV se presentan las conclusiones y, finalmente, en el capítulo V se exponen las recomendaciones, que incluyen el seguimiento correspondiente después del tratamiento adecuado. Se evidencian cambios notables y satisfactorios para la usuaria a nivel cognitivo, afectivo y comportamental, gracias a las estrategias y actividades aplicadas desde el enfoque teórico de la terapia cognitivo-conductual. En el apartado VI se presenta las referencias para el

aporte pertinente.

En el capítulo VII se detalla los anexos.

1.1. Descripción del Problema

Según Beck (1979) el 12% de la población adulta ha vivido o vivirá un episodio depresivo que requerirá tratamiento médico. A pesar de los avances en la terapia y la comprensión de las bases biológicas de la depresión, no existen pruebas que indiquen una disminución en la frecuencia de esta afección. De hecho, la tasa de suicidios, a menudo asociada con la depresión, no ha disminuido y, en algunos casos, ha aumentado, a pesar de los esfuerzos para establecer centros de prevención del suicidio.

Según un informe del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2017), la depresión es responsable del 75% de todas las hospitalizaciones psiquiátricas, y aproximadamente el 15% de los adultos entre 18 y 74 años pueden experimentar síntomas depresivos significativos en un año determinado. Además, se destacan los costos económicos significativos asociados con la depresión, que oscilan entre 0.3 y 0.9 billones de dólares. Se subraya la importancia de abordar una gran proporción de casos de depresión mediante enfoques terapéuticos centrados en el apoyo psicosocial en lugar de tratamientos farmacológicos.

En la época actual, la depresión ha ganado una relevancia creciente debido a su impacto en la salud, y las consecuencias derivadas de esta condición clínica son cada vez más inquietantes. A pesar de la disponibilidad de diversas terapias, todavía persiste el desafío de brindar una intervención temprana desde la atención primaria. Según datos proporcionados por la OMS, (2020) la depresión puede transformarse en un problema de salud significativo, especialmente si se prolonga en el tiempo y presenta una intensidad que va desde moderada hasta grave. En situaciones extremas, esta enfermedad puede incluso desencadenar pensamientos o acciones suicidas.

De acuerdo con el informe del Ministerio de Salud (MINSA, 2018) se describen las

pautas de la política de salud mental en Perú. Según este informe, la depresión unipolar es el trastorno mental que representa la carga de enfermedad más significativa en el país. La depresión unipolar resulta en la pérdida de 224,535 años de vida ajustados por discapacidad, lo que equivale al 3.9% del total de años perdidos debido a esta causa en la población. Este trastorno implica una pérdida de 7.5 años de vida saludable por cada mil habitantes, mayormente a causa de la discapacidad que con lleva. Además, entre la población de 12 años o más, los episodios depresivos son los trastornos más prevalentes, con una tasa anual que varía entre el 4% en las áreas rurales de Lima y el 8.8% en Iquitos, con un promedio nacional estimado del 7.6%, en el 2022 la prevalencia de la depresión ha aumentado de 7.6% a 8.1%. La tasa anual de prevalencia de la depresión ha aumentado de 4%-8.8% a 4.1%-9.6%.

Nizama (2021) un miembro del Instituto Nacional de Salud Mental, indica que las medidas de confinamiento impuestas como respuesta a la pandemia de COVID-19 han ocasionado un aumento en los niveles de depresión y ansiedad en Perú. Estas condiciones impactan a alrededor de una de cada tres personas, siendo más frecuentes en individuos menores de 35 años, de género femenino y con un nivel socioeconómico más bajo.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2020) indicó que aproximadamente mil millones de personas en todo el mundo sufren de trastornos de salud mental, con un suicidio ocurriendo cada 40 segundos. Además, se admite que la depresión constituye una de las principales causas de enfermedad y discapacidad, tanto en niños y adolescentes como en adultos.

Diversas investigaciones sugieren que la terapia cognitivo-conductual es una estrategia efectiva para abordar la depresión facilitando la identificación y modificación de pensamientos negativos y contribuyendo a mejoras sustanciales en síntomas y funcionalidad (Suarez, 2022; Flores, 2019; Céspedes, 2019).

En ese sentido, el presente trabajo tuvo como formulación del problema: ¿Cuál es la

influencia de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en un cuadro clínico de depresión?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Nacionales

Suarez (2022) realizó un estudio de evaluación de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en una mujer joven con depresión severa en Lima. La evaluación inicial reveló síntomas graves, como tristeza, anhedonia y alteraciones en el sueño y el apetito, así como pensamientos automáticos negativos y creencias desfavorables. La intervención consistió en 12 sesiones de TCC centradas en reestructurar los pensamientos automáticos y reducir creencias negativas. La evaluación de seguimiento, seis meses después, mostró una reducción significativa de los síntomas y mejoras en el estado de ánimo, la energía, el apetito, el sueño y la autoestima. Estos resultados sugieren que la TCC es una intervención eficaz para la depresión en mujeres jóvenes, facilitando la identificación y modificación de pensamientos negativos y contribuyendo a mejoras sustanciales en síntomas y funcionalidad.

Por otro lado, Calderón (2020) en Lima, llevó a cabo un estudio con el propósito de aplicar terapia cognitivo-conductual en una mujer adulta de 29 años, con educación superior, que experimentaba síntomas depresivos como llanto, tristeza e irritabilidad. La intervención buscaba reducir estos síntomas a través de un programa fundamentado en enfoques cognitivos y conductuales. La evaluación incorporó instrumentos como el Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón, junto con entrevistas y observaciones psicológicas. Durante la terapia cognitivo-conductual, se aplicaron diversas técnicas como psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación, autoinstrucciones, autorregistro, entrenamiento en resolución de problemas y reestructuración cognitiva. El estudio se basó en el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Los resultados del post test evidenciaron una reducción en los

síntomas depresivos, corroborando la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la depresión.

Flores (2019) en su estudio clínico, aplicó un Programa de Intervención Cognitivo Conductual a una adolescente de 14 años que presentaba síntomas depresivos en la fase inicial de la adolescencia. La evaluación inicial comprendió observación, entrevistas y pruebas psicométricas, revelando un episodio depresivo leve. Se llevó a cabo un análisis funcional de las conductas para identificar pensamientos automáticos y creencias asociadas a los síntomas. Implementó un programa de intervención psicoterapéutica basado en el enfoque Cognitivo-Conductual, consistente en 14 sesiones de tratamiento y 3 de seguimiento. Se abordaron técnicas como relajación, comunicación asertiva y resolución de problemas. El diseño ABA univariable multicondicional guio el proceso. La reevaluación al final del tratamiento evidenció mejoras emocionales, cognitivas y conductuales. Tres sesiones de seguimiento confirmaron el progreso, y la paciente fue dada de alta con una reducción en la puntuación de depresión y cambios positivos en su pensamiento predominante, indicando una mejora en su bienestar mental.

Céspedes (2019) propuso un programa de intervención cognitivo-conductual para tratar la depresión en pacientes de una clínica en Chiclayo. El objetivo del estudio fue evaluar los niveles de depresión en una población de 200 pacientes de ambos géneros, con edades entre 20 y 75 años, y proponer un programa de intervención cognitivo-conductual. Los resultados indicaron que el 29% de los pacientes presentaba un nivel severo de depresión, seguido por un grupo sin depresión detectada, y otro porcentaje en un nivel moderado.

Por su parte, Rodríguez y Pablo (2019) se analizaron los efectos de un enfoque cognitivo-conductual en la depresión de adultos mayores que participaron en el programa CAM en la provincia de Lambayeque durante el año 2016. El estudio involucró a 30 participantes distribuidos entre grupos experimental y de control, con edades que oscilaban entre los 65 y 70

años, utilizando un diseño de investigación cuasi experimental. Los resultados indicaron que el programa tuvo un impacto altamente significativo, ya que, después de su implementación, el 87% de los participantes ya no presentaba síntomas de depresión, mientras que el 13% aún mantenía la posibilidad de experimentarla.

1.2.2 *Antecedentes Internacionales*

Según Lacomba et al. (2021) en España, se implementó un programa de intervención completo para mujeres con Trastorno Depresivo Persistente, integrando enfoques cognitivo-conductuales, técnicas de autocompasión, atención plena y perspectiva de género. La intervención grupal consistió en 12 sesiones semanales de 1.5 horas cada una, con la participación de 6 mujeres de 43 a 61 años, la mayoría utilizando ansiolíticos y antidepresivos durante tres años y recibiendo terapia individual de 4 a 55 meses. El objetivo principal era evaluar la eficacia del programa mediante la medición de aspectos psicológicos con instrumentos como el STAI, BDI-II y SWLS. Se aplicaron diversas técnicas durante la intervención, como psicoeducación, detección de pensamientos negativos, juego de roles, entrenamiento asertivo, desarrollo de habilidades sociales, ejercicios de autocompasión, difusión cognitiva y mindfulness. Los resultados resaltan la efectividad de las intervenciones grupales multifacéticas para reducir síntomas de ansiedad y depresión, además de mejorar la satisfacción vital en las participantes.

Betancur (2020) en Medellín, Colombia, implementó un programa de intervención cognitivo-conductual basado en el modelo cognitivo para abordar a una paciente con trastorno depresivo persistente. Optó por la metodología de estudio de caso único, enfocándose en una mujer de 32 años, residente de Medellín y estudiante de psicología. El objetivo primordial fue analizar, a través de este estudio de caso único, la intervención aplicada en una paciente con diagnóstico de trastorno depresivo persistente, utilizando el modelo cognitivo para el proceso de formulación, planificación, selección y ejecución de técnicas cognitivo-conductuales. En la

fase de evaluación, se emplearon el Inventario de Depresión de Beck segunda edición (BDI II, 1987), el Inventario de Ansiedad de Beck BAI y el Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5). Para la intervención, se aplicaron diversas técnicas, como el plan de seguridad, técnicas de actividades diarias y de dominio y agrado, reestructuración cognitiva, técnica de relajación y asignación de tareas. Los resultados obtenidos indican que este enfoque terapéutico es efectivo para pacientes con este diagnóstico, y se observaron beneficios desde la primera sesión para la paciente.

Navarro (2018) en Colombia, realizó una intervención cognitivo-conductual en una adolescente de 17 años con depresión mayor, con el objetivo principal de reducir los síntomas depresivos mediante terapia basada en el Modelo Cognitivo-Conductual. Se utilizaron instrumentos como el Inventario de Beck y la escala de desesperanza para evaluar la gravedad y los síntomas de la depresión. La intervención incluyó técnicas cognitivo-conductuales como entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, terapia de autocontrol de Rehm y entrenamiento en solución de problemas. Se aplicó el modelo experimental de caso único multicondicional ABA en la evaluación y el enfoque adoptado. Los resultados demostraron la efectividad de la intervención, ya que la puntuación de la paciente en el Inventario de Beck disminuyó de 35 (depresión grave) en la primera evaluación a 6 en la segunda evaluación, indicando la ausencia de síntomas depresivos. Se observó una reducción significativa de 26 puntos en la gravedad de los síntomas, incluyendo insatisfacción, odio hacia sí misma, sentimientos de culpa, aislamiento social, pérdida de apetito, cansancio y trastornos del sueño. En resumen, este estudio respalda la eficacia del Modelo Cognitivo-Conductual como enfoque apropiado para reducir los síntomas de la depresión en casos específicos como este.

Acevedo y Gélves (2018) presentaron un caso que involucra un trastorno de depresión persistente en una mujer de 35 años en Bolivia. En el transcurso de su vida, esta mujer ha soportado eventos traumáticos tanto con personas cercanas como consigo misma, lo que ha

desembocado en la experimentación de sentimientos de baja autoestima, tristeza y desesperanza. Después de aplicar un programa de intervención basado en la terapia cognitivo conductual durante un total de 14 sesiones, divididas en 4 fases que comprenden evaluación, intervención, cierre y seguimiento, se obtuvieron resultados positivos. En el transcurso de la terapia, se logró identificar y modificar los pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias centrales de la paciente, lo que a su vez condujo a la reducción del diálogo negativo y la autocrítica. Además, se promovió la formación de nuevos esquemas y se implementaron estrategias de prevención de recaídas.

Cruz (2019) llevó a cabo un estudio de caso en Bolivia que involucró a un joven de 17 años con un diagnóstico de depresión recurrente, específicamente un episodio depresivo grave sin signos psicóticos. Se desarrolló un proceso de intervención basado en la terapia cognitivo conductual de Beck (1991) que constó de 10 sesiones. Durante estas sesiones, se aplicaron técnicas conductuales y cognitivas, como la reestructuración cognitiva, la detención y control de pensamientos automáticos, la psicoeducación y la resolución de problemas. Para evaluar el caso, se emplearon la entrevista clínica, la observación del comportamiento y se administraron la Escala de riesgo suicida y el Inventario de depresión de Beck. Se lograron cumplir satisfactoriamente los objetivos establecidos, y se realizó un seguimiento a los quince días y luego a los dos meses de la intervención. Durante este seguimiento, se observó una disminución de los síntomas depresivos. Estos resultados respaldan la efectividad del enfoque cognitivo conductual como modelo de tratamiento.

1.2.3 Bases teóricas

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), la depresión se caracteriza por tristeza persistente, pérdida de interés en actividades placenteras y la incapacidad para realizar tareas diarias, debiendo estos síntomas durar al menos dos semanas. Las personas con depresión suelen experimentar falta de energía, cambios en el apetito,

alteraciones en el sueño, ansiedad, dificultad para concentrarse, indecisión, inquietud, sentimientos de inutilidad o culpa, así como pensamientos relacionados con autolesiones o suicidio.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10) (OMS, 1992), el trastorno depresivo recurrente se caracteriza por dos o más episodios depresivos mayores, separados por al menos dos meses de un estado de ánimo normal o hipomaniaco. Estos episodios deben incluir síntomas como humor depresivo diario, pérdida de interés en actividades usuales, cambios de peso, problemas de sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga diaria, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida sin un plan concreto. Además, estos síntomas deben provocar un deterioro significativo en el funcionamiento social o laboral.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) en la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, el trastorno depresivo recurrente se caracteriza por la presencia de dos o más episodios depresivos mayores, separados por al menos dos meses de un estado de ánimo normal o hipomaniaco. Los criterios incluyen estado de ánimo depresivo constante, pérdida de interés en actividades habituales, cambios en el peso corporal sin explicación, problemas de sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad, dificultad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Estos síntomas deben provocar un deterioro significativo en el funcionamiento social o laboral. El trastorno depresivo recurrente es una condición grave que puede tener un impacto sustancial en la calidad de vida de la persona afectada.

Teorías Cognitivas. Se observa que la frecuencia e incidencia de casos nuevos de la depresión es bastante común en personas de edad y aquellos que padecen enfermedades físicas crónicas o graves. Así mismo es importante destacar que la proporción entre mujeres y hombres

es de 2 a 3, siendo más prevalente en el género femenino (Retamal, 1999). Las teorías cognitivas son un enfoque de la psicología que se centra en la forma en que las personas procesan la información. Proponen que el comportamiento humano está influenciado por los filtros cognitivos que cada persona utiliza para interpretar el mundo. Estos filtros pueden ser distorsionados o imprecisos, lo que puede conducir a comportamientos problemáticos.

Las teorías cognitivas de la depresión proponen que el estado de ánimo depresivo se debe a los patrones de pensamiento de las personas. La teoría de la autopercepción de Levinson (1974) sostiene que la depresión se produce cuando las personas se perciben a sí mismas como fracasadas o incompetentes. La teoría de la vulnerabilidad cognitiva de Seligman (1991) sugiere que las personas con depresión tienen esquemas cognitivos distorsionados que les hacen ver el mundo de forma negativa.

Modelo cognitivo de la depresión

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, dificultad para concentrarse, cambios en el apetito, problemas para dormir, fatiga y, en algunos casos, ideación suicida.

Modelo cognitivo de Beck

El modelo cognitivo de la depresión, desarrollado por Aaron Beck, sostiene que la depresión se origina en una tríada cognitiva, que consiste en una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro. Estas creencias negativas se manifiestan en pensamientos automáticos, que son pensamientos que se producen de forma espontánea y sin esfuerzo.

Tríada cognitiva

La tríada cognitiva se compone de tres patrones de pensamiento fundamentales que llevan a la persona deprimida a ver a sí misma, su porvenir y sus vivencias de manera negativa:

Pensamientos desfavorables sobre sí mismo: La persona deprimida se ve a sí misma como incompetente, inútil o carente de amor.

Pensamientos negativos sobre el mundo: La persona deprimida ve el mundo como un lugar peligroso o hostil.

Pensamientos negativos sobre el futuro: La persona deprimida anticipa un futuro sombrío o una falta de mejoras

Errores cognitivos

Los errores cognitivos son distorsiones en el pensamiento que contribuyen a la depresión. Estos errores incluyen:

Inferencia arbitraria: Llegar a conclusiones sin evidencia o incluso en contra de la evidencia disponible.

Abstracción selectiva: Centrarse en detalles aislados y pasar por alto información relevante.

Generalización excesiva: Extender una regla o conclusión basada en hechos aislados a situaciones relacionadas o no relacionadas.

Maximización y minimización: Exagerar o minimizar la importancia de un evento de manera distorsionada.

Personalización: Atribuir fenómenos externos a uno mismo sin una base sólida para hacerlo.

Pensamiento absolutista, dicotómico: Clasificar experiencias en categorías extremas y negativas, como impecable o sucio.

Esquemas

Los esquemas son patrones cognitivos estables que influyen en cómo una persona percibe y procesa la información. Los esquemas se forman a partir de las experiencias tempranas de la persona y pueden ser positivos o negativos.

En el caso de la depresión, los esquemas negativos pueden contribuir a la tríada cognitiva y a los errores cognitivos. Por ejemplo, un esquema negativo sobre uno mismo puede

llevar a pensamientos automáticos como "soy un fracaso".

Tratamiento

La terapia cognitiva conductual (TCC) es un tratamiento eficaz para la depresión. La TCC se centra en ayudar a la persona deprimida a identificar y modificar sus pensamientos automáticos negativos.

El proceso de la TCC se divide en tres etapas

- Evaluación: El terapeuta recopila información sobre los pensamientos, sentimientos y comportamientos de la persona deprimida.
- Reestructuración cognitiva: El terapeuta guía al paciente en la identificación y cuestionamiento de sus pensamientos automáticos negativos.
- Generalización: El terapeuta ayuda al paciente a aplicar las habilidades aprendidas a situaciones de la vida cotidiana.

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), también conocida como Terapia Racional Emotiva (TRE), es un enfoque dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) que fue desarrollado por Albert Ellis en la década de 1950.

Fundamentada en el modelo cognitivo, la TREC postula que los pensamientos, las emociones y los comportamientos están interrelacionados. Por lo tanto, los pensamientos pueden influir en las emociones y los comportamientos, y viceversa. La TREC se basa en la idea de que los pensamientos irracionales pueden desencadenar emociones negativas y comportamientos disfuncionales. El objetivo principal de la TREC es ayudar a las personas a identificar y modificar sus pensamientos irracionales. Para ello, el proceso de la TREC se divide en tres etapas:

- Evaluación: En esta fase inicial, el terapeuta evalúa los pensamientos, sentimientos y comportamientos del paciente. Utilizando herramientas como entrevistas, registros de pensamientos y escalas de autoevaluación, se recopila información

relevante sobre los problemas que el paciente está experimentando.

- **Disputa:** En la segunda etapa, el terapeuta ayuda al paciente a identificar y cuestionar sus pensamientos irracionales. Para ello, se utilizan técnicas como la reestructuración cognitiva, la exposición y la prevención de la respuesta.
- **Reestructuración:** En la tercera etapa, el terapeuta colabora con el paciente para desarrollar pensamientos más racionales y adaptativos. Para ello, se recurre a técnicas como el entrenamiento en habilidades, la solución de problemas y la planificación de objetivos.

La TREC ha demostrado ser un tratamiento eficaz para una amplia variedad de problemas psicológicos. Entre ellos se incluyen la depresión, la ansiedad, los trastornos de la personalidad, los trastornos del aprendizaje y los trastornos alimentarios.

Las técnicas de la TREC, como la reestructuración cognitiva, la exposición y el entrenamiento en habilidades, contribuyen a su eficacia en el tratamiento de problemas psicológicos.

Teorías conductuales de la depresión

Las teorías conductuales de la depresión se centran en el papel del aprendizaje y el comportamiento en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. Estas teorías sostienen que la depresión es el resultado de una disminución de la tasa de refuerzo positivo, una alta tasa de experiencias aversivas, o una combinación de ambas.

Enfoques iniciales

Los primeros enfoques conductuales de la depresión se centraron en la idea de que la depresión es el resultado de una disminución de la tasa de refuerzo positivo. Skinner (1953) sugirió que la depresión se origina en una reducción de la conducta debido a la interrupción de patrones de conducta que previamente habían sido reforzados positivamente por el entorno social. Por ejemplo, una persona que pierde su trabajo puede experimentar depresión si el

trabajo era una fuente importante de refuerzos positivos, como la autoestima, el sentido de propósito y la interacción social.

Ferster (1966) amplió esta noción argumentando que diversos factores, como cambios súbitos en el entorno, el castigo, alteraciones en las contingencias de refuerzo y la participación en conductas aversivas, pueden conducir a la depresión. Él sugirió que el fracaso depresivo en la generación de conductas adaptativas puede deberse a una serie de factores, incluyendo cambios inesperados en el entorno que requieren la búsqueda de nuevas fuentes de refuerzo, la implicación en conductas aversivas o punitivas que obstruyen el acceso a refuerzos positivos, y una percepción errónea del entorno que provoca conductas socialmente inapropiadas y una menor frecuencia de refuerzo positivo.

Lewinsohn (1974) propuso que una baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta era una explicación suficiente para ciertos aspectos del síndrome depresivo, especialmente la baja frecuencia de comportamiento. Amplió esta perspectiva con tres hipótesis adicionales:

Existe una relación causal entre la baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta y la sensación de disforia.

Las conductas depresivas se mantienen a través del entorno social, que proporciona contingencias en forma de simpatía, interés y preocupación.

Las deficiencias en las habilidades sociales son un antecedente importante de la baja tasa de refuerzo positivo. Lewinsohn argumentó que una baja tasa de refuerzo contingente a la respuesta en áreas cruciales de la vida, o una alta tasa de experiencias aversivas, pueden llevar a una disminución del comportamiento y a la experiencia de disforia. Propuso tres factores principales que podrían contribuir a una baja tasa de refuerzo. El primero involucra deficiencias en las habilidades conductuales o en el repertorio del individuo, lo que limita su capacidad para obtener refuerzos o lidiar con experiencias aversivas. El segundo factor es la falta de refuerzos

potenciales en el entorno debido al empobrecimiento o pérdida de los mismos, o al exceso de experiencias aversivas. Finalmente, la depresión puede originarse en una disminución de la capacidad de disfrutar de experiencias positivas o en un aumento de la sensibilidad ante eventos negativos. La formulación de Lewinsohn se enfocó en la disminución del refuerzo social que una persona obtiene de personas importantes en su entorno. Sostuvo que las personas deprimidas podrían carecer de habilidades sociales adecuadas, lo que les dificultaría obtener refuerzos de su entorno social y, como resultado, experimentarían una reducción en la tasa de refuerzo positivo. Esto también se relaciona con el mantenimiento de la conducta deprimida, ya que el entorno social a menudo refuerza estas conductas al proporcionar simpatía, interés y preocupación.

Coyne (1976) planteó que la depresión es una respuesta a las perturbaciones en el entorno social del individuo. Específicamente, sugirió que la depresión se mantiene a través de las reacciones negativas de personas significativas hacia la conducta sintomática de la persona deprimida. Coyne argumentó que las personas deprimidas generan un ambiente social negativo al hacer que otros respondan de maneras que resultan en una falta de apoyo o, al menos, en apoyo ambiguo. Esto provoca tanto respuestas de apoyo como hostiles por parte de las personas en el entorno de la persona deprimida. Coyne propuso una secuencia de conducta que comienza con la manifestación inicial de síntomas de depresión por parte de la persona deprimida, generalmente en respuesta al estrés.

Modelo de tratamiento cognitivo-conductual de Rehm y Kanfer (1977) propusieron un modelo de tratamiento cognitivo-conductual para la depresión que se centra en mejorar las habilidades de autorregulación de las personas deprimidas. Este modelo consta de tres fases:

Fase 1: evaluación

En esta fase, el terapeuta evalúa las habilidades de autorregulación del paciente. Para ello, puede utilizar diversas técnicas, como el registro de conductas, la reestructuración

cognitiva y la autoevaluación.

Fase 2: entrenamiento

En esta fase, el terapeuta enseña al paciente estrategias para mejorar sus habilidades de autorregulación. Estas estrategias pueden incluir:

- Registro de conductas: El terapeuta ayuda al paciente a registrar sus conductas y los resultados de estas conductas. Esto le ayuda a ser más consciente de sus propias conductas y los factores que las influyen.
- Reestructuración cognitiva: El terapeuta ayuda al paciente a reevaluar sus pensamientos negativos de manera más realista. Esto puede ayudarle a ver las situaciones de manera más positiva y a reducir la ansiedad y la depresión.
- Autoinstrucciones: El terapeuta enseña al paciente a utilizar autoinstrucciones positivas para motivarse a sí mismo y a perseverar en sus objetivos.

Fase 3: aplicación

En esta fase, el paciente pone en práctica las estrategias aprendidas en la fase de entrenamiento. El terapeuta le ayuda a identificar situaciones en las que puede utilizar estas estrategias y le proporciona apoyo y retroalimentación. Una persona deprimida puede tener dificultades para establecer metas y alcanzarlas. En este caso, el terapeuta podría ayudar al paciente a identificar metas que sean realistas y alcanzables. También podría enseñarle a establecer un plan para alcanzar estas metas y a monitorear su progreso.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivos generales

Evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual basada en la reestructuración cognitiva en la reducción de los síntomas de depresión moderada, y en la mejora de la capacidad para afrontar situaciones sociales en una mujer con depresión moderada.

1.3.2 Objetivos específicos

Detallar la gravedad de la depresión al principio y al final de la intervención.

Reducir la ocurrencia de pensamientos distorsionados a través de técnicas cognitivo-conductuales.

Disminuir tanto la frecuencia como la intensidad de las emociones negativas. Fortalecer los recursos de afrontamiento y la autonomía personal.

1.4 Justificación

La depresión es un trastorno mental grave que afecta a millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés o placer, cambios en el apetito o el sueño, fatiga, dificultad para concentrarse o pensar, y pensamientos suicidas.

El enfoque cognitivo-conductual es una forma de psicoterapia que se ha demostrado eficaz en el tratamiento de la depresión. Este enfoque se basa en la idea de que los pensamientos, las emociones y los comportamientos están interrelacionados. Los pensamientos negativos y distorsionados pueden contribuir a la depresión, y cambiar estos pensamientos puede ayudar a mejorar los síntomas.

El programa propuesto tiene como objetivo desarrollar estrategias de intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión. El programa se centrará en la aplicación de técnicas específicas, como la reestructuración cognitiva, la exposición y la prevención de respuesta.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

El propósito de este estudio es evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual basada en la reestructuración cognitiva para reducir los síntomas de depresión moderada y mejorar la capacidad para afrontar situaciones sociales en una persona con depresión moderada.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

El diseño de este estudio es experimental, siguiendo el modelo ABA. Esto implica la aplicación inicial de pruebas psicológicas (A), seguida por la implementación de la intervención cognitivo-conductual (B), y finalmente, la aplicación de pruebas psicológicas nuevamente después de la intervención (A).

El plan de trabajo se estructuró en cuatro etapas:

Primera Fase: Selección del caso.

Mujer de 52 años, conviviente y tiene 2 hijas.

Segunda Fase: aplicación de las pruebas psicológicas y registro conductuales

El Inventario de depresión de Beck - BDI

Test de pensamientos automáticos. Inventario multiaxial de Millon – II

Inventario de personalidad de Eysenck – forma B

Registro de frecuencia e intensidad (promedio) de pensamientos

Registro de frecuencia e intensidad (promedio) de emociones.

Registro de frecuencia de comportamientos.

Tercera fase: Aplicación de la Intervención Cognitivo Conductual.

2.2. Ámbito temporal y espacial

La presente investigación se llevó a cabo en febrero del año 2022 y termino en el mes de julio del mismo año, en el distrito de Puente piedra.

2.3. Variable de investigación

Variable independiente: Programa de intervención cognitivo conductual

Variable dependiente: Cuadro clínico de la depresión moderada

2.4. Participante

Paciente de 52 años de género femenino, estudios superiores, procedentes del distrito

de Puente piedra, natural de tumbes con historia clínica de depresión.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

A. Reestructuración cognitiva. Este proceso terapéutico se centra en identificar y modificar los pensamientos negativos e irracionales que contribuyen a los problemas psicológicos los cuales surgen en ciertas situaciones. La persona, con la orientación inicial del terapeuta, analiza y cuestiona sus pensamientos inadaptados, sustituyéndolos por pensamientos más adecuados. Este proceso contribuye a disminuir o eliminar las alteraciones emocionales o comportamentales derivadas de los pensamientos negativos. El terapeuta emplea preguntas para que la persona evalúe y ponga a prueba sus pensamientos negativos, llegando a conclusiones sobre su validez o utilidad.

B. Columnas paralelas (Cuadro de registros). Desarrollar la capacidad de poner en duda las pruebas que respaldan un pensamiento automático específico y generar interpretaciones más realistas o beneficiosas. Con este fin, la persona mantendrá un registro personal que consta de tres columnas: en la primera, anotará la situación que provoca el sentimiento desagradable; en la segunda, registrará los pensamientos automáticos asociados a esa situación y las emociones negativas correspondientes; y en la tercera, plasmará pensamientos alternativos después de evaluar las evidencias respaldando los pensamientos automáticos previos.

C. Detención de pensamiento. El objetivo es reducir la frecuencia y duración de los pensamientos rumiativos u obsesivos o eliminarlos por completo, haciéndolos menos intrusivos. El proceso implica que la persona, cuando inicia la rumiación, se retire a un lugar tranquilo donde no la molesten. A medida que la persona se relaja, se permite pensar intencionadamente en el pensamiento perturbador. En el punto álgido del pensamiento o cuando la ansiedad es intensa, la persona dice en voz alta la palabra "¡Stop!" u otra palabra

similar. Con la práctica, se logra detener el pensamiento incluso sin necesidad de decirlo en voz alta.

D. Retribución. Esta técnica trabaja en modificar la forma en que la paciente atribuye causas a las situaciones. Ayuda a la paciente a considerar diversas causas para una situación, lo que la lleva a cambiar sus creencias sobre la causalidad, redirigiendo las atribuciones hacia una perspectiva más realista, objetiva y funcional. La paciente aprende a reconocer que múltiples factores pueden influir en los resultados, evitando la autculpabilización en eventos negativos y atribuyendo el éxito a más que simplemente la suerte en eventos positivos.

E. Autorregulación emocional. Consiste en identificar, monitorear y abordar las emociones para reducir su impacto. Implica analizar las propias emociones, minimizar los cambios abruptos en el estado emocional y redirigir la energía hacia objetivos adaptativos. Por ejemplo, si alguien se siente enojado, en lugar de expresar su enojo de manera destructiva, puede canalizar esa energía a través del ejercicio mientras está en ese estado emocional.

F. Relajación muscular progresiva (Jacobson). Esta técnica se basa en la idea de que el estrés provoca tensión muscular. Consiste en tensar y relajar grupos musculares para aprender a identificar las sensaciones asociadas al estrés. Luego, la persona puede relajar la musculatura en cualquier momento sin necesidad de tensarla previamente. El proceso incluye tensar y relajar varios grupos musculares mientras se presta atención a las sensaciones.

G. Respiración abdominal. Esta técnica fomenta una respiración más lenta para inducir la relajación y aumentar la conciencia. Se logra respirando lentamente por la nariz, inflando el abdomen, y exhalando lentamente por la boca con los labios fruncidos.

H. Auto instrucciones. Permite cambiar la auto comunicación interna que ocurre antes, durante y después de enfrentar situaciones aversivas. Se divide en cinco fases que incluyen el modelado cognitivo, el modelado cognitivo participante, las auto instrucciones en voz alta, las auto instrucciones en voz baja y las auto instrucciones encubiertas.

I. Tarea para la casa. Es el método desarrollado por Beck para abordar trastornos como la depresión, donde destaca la relevancia de asignar tareas conductuales para realizar en casa. Estas tareas posibilitan que el individuo identifique y enfrente los desafíos cotidianos, con el objetivo de obtener una comprensión sobre sus reacciones y explorar estrategias para resolver diversas situaciones (Beck, 1983).

J. Registros. Según Beck et al. (2020) Indica la importancia de que el usuario anote sus pensamientos con el propósito de identificar pensamientos negativos y su conexión con las emociones, comportamiento y entorno. Propone seguir cinco pasos: definir el significado de un pensamiento automático, analizar la relación entre el pensamiento, la emoción y la conducta, verificar la presencia de cogniciones negativas antes del comportamiento y las emociones, asignar tareas de auto registro para realizar en casa, y revisar los registros hechos por el usuario brindándole refuerzos sociales.

K. Programación de actividades. Según Beck (1983) sostiene que es necesario diseñar actividades planificadas para contrarrestar la baja motivación del usuario. Esto asegura que la gestión del tiempo lo mantenga ocupado y evite que regrese a un estado de inmovilidad, que podría reforzar los pensamientos distorsionados y los comportamientos inapropiados hacia sí mismo. Por lo tanto, las actividades incluidas en el programa deben ser graduales y adaptadas a las preferencias del usuario.

2.5.2 Instrumentos

Ficha técnica, validez y confiabilidad del instrumento.

Para este caso, se emplearon diversas pruebas psicológicas, que incluyen:

1. El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), validado y adaptado por Rodríguez y Farfán (2015). Esta prueba se utiliza en áreas como Psicología clínica, Forense y Neuropsicología. Se presenta en formato de tipo Likert con 21 ítems y se administra de forma individual o colectiva a partir de los 13 años. Su aplicación dura entre 5 y 10 minutos. Validez.

El BDI-II se ha validado como un método confiable para evaluar la depresión en diferentes grupos de personas. Exhibe una fuerte relación con otras herramientas de evaluación de la depresión, tales como la Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D) y la Escala de Depresión de Montgomery-Åsberg (MADRS). Confiabilidad. El BDI-II ha mostrado su fiabilidad como prueba, evidenciando un alto coeficiente alfa de Cronbach que sugiere una consistencia interna adecuada. Asimismo, investigaciones de test-retest han confirmado la estabilidad de la prueba a lo largo del tiempo.

2. El Inventario de Pensamientos Automáticos, desarrollado por Aaron Beck y adaptado por Ruiz y Lujan (1991). Esta prueba utiliza un formato de escala de 0 a 3 y consta de 45 ítems. Puede aplicarse de forma individual o colectiva a partir de los 15 años, y su administración lleva aproximadamente 15 minutos. Validez. El IPA ha sido validado como un instrumento válido para medir los pensamientos automáticos negativos en diferentes grupos de personas. Muestra una fuerte correlación con otros métodos de evaluación de la cognición, tales como la Escala de Creencias Disfuncionales de Beck (BDI) y la Escala de Actitudes Automáticas (AAS). Confiabilidad. El IPA también ha evidenciado su confiabilidad como prueba. Su alto coeficiente alfa de Cronbach señala una sólida consistencia interna. Además, investigaciones de test-retest han confirmado la estabilidad de la prueba a lo largo del tiempo.

3. El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) se presenta en un formato de respuesta verdadero o falso y consta de 22 escalas de personalidad con 175 ítems. Se administra a partir de los 18 años, de forma individual o en grupos pequeños de hasta 10 personas, y su aplicación requiere entre 45 y 60 minutos (sin límite de tiempo).

Validez. El MCMI-II ha sido validado como un método confiable para evaluar la personalidad en diferentes grupos de personas. Se correlaciona significativamente con otros instrumentos de evaluación de la personalidad, tales como el Cuestionario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI) y el Inventario de Personalidad NEO (NEO-PI-R).

Confiabilidad. El MCMI-II también ha confirmado su fiabilidad como prueba. Su alto coeficiente alfa de Cronbach sugiere una consistencia interna sólida. Asimismo, investigaciones de test-retest han mostrado que la prueba es constante y mantiene su estabilidad a lo largo del tiempo.

4. El Inventario de Personalidad de Eysenck, Forma B para Adultos, adaptado por Domínguez et al (2013). Este inventario aborda el temperamento y las dimensiones de la personalidad, incluyendo la introversión-extroversión "E" y la estabilidad-inestabilidad "N". Se presenta en un formato de respuesta dicotómica (sí o no) y consta de 57 ítems. Puede aplicarse a partir de los 16 años, de forma individual o colectiva, y la duración promedio de la prueba es de unos 15 minutos. Validez. El EPI-B ha sido validado como un método confiable para evaluar las dimensiones E y N en diferentes grupos de personas. Se correlaciona significativamente con otros instrumentos de evaluación de la personalidad, como el Cuestionario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI) y el Inventario de Personalidad NEO (NEO-PI-R). Confiabilidad. La fiabilidad del Inventario de Personalidad de Eysenck fue establecida mediante la estandarización del instrumento llevada a cabo por José Anicama en 1974, con la colaboración de 2000 individuos de diversas edades y ocupaciones. Los resultados del test-retest mostraron coeficientes de correlación como sigue: E= 0,68; N=0,71 y L=0,61, lo que confirma la confiabilidad del instrumento (Anicama, citado por Rojas H., 2018). Además, Rojas realizó su propia investigación sobre la fiabilidad del inventario mediante el test-retest, utilizando una muestra de 30 participantes, y obtuvo coeficientes alfa de Cronbach para las dimensiones de extroversión-introversión de 0,757 y estabilidad-inestabilidad de 0,771, indicando así un alto nivel de confiabilidad del instrumento (Rojas H.).

2.5.3 Evaluación psicológica

Historia Psicológica

Datos Generales

Nombre y Apellido : C. L. C
Edad : 52
Fecha de Nacimiento : 11-3- 1971
N° de Hermanos : 2 hermanas
Lugar que ocupa : 3era
Grado de Instrucción : Superior
Estado Civil : Conviviente
Hijos : 2 hijas

Motivo de consulta

Paciente mujer, acude a consulta por dificultad en su entorno familiar y personal a raíz de la infidelidad de su pareja. Expresa sentimientos de culpa atribuidos por su pareja. Emociones de enojo, rabia y tristeza, dolores de cabeza recurrentes. Quejas constantes, aunque intenta ocultarlas, desinterés en las tareas domésticas, aburrimiento fácil, se aburre con facilidad, y encuentra difícil evitar la irritación, especialmente con sus hijas. También enfrenta dificultades para conciliar el sueño, ha perdido el apetito y recurre al uso de pastillas para dormir y calmarse. Ha intentado quitarse la vida en dos ocasiones y, en otros momentos, ha ingerido pastillas como una forma de evitar el dolor. Actualmente, se distancia de su familia al pasar más tiempo a solas en su habitación y rechaza invitaciones de amigos y familiares.

Problema Actual

Paciente experimenta una serie de emociones negativas, cuando recuerda que su pareja le engañó comienza a experimentar tristeza (8/10), frustración (7/10), culpa (8/10), dolor de cabeza, irritabilidad, desgano para hacer sus actividades y tensión muscular. En ese momento piensa: “Mi vida es un fracaso”, si dejó a mi conviviente “Nadie se enamorará de mí”, cuando recuerda que su pareja le engañó comienza a experimentar tristeza (8/10), frustración (7/10), culpa (8/10), dolor de cabeza, irritabilidad, desgano para hacer sus actividades y tensión

muscular, piensa que su pareja le puede volver a engañar con otra mujer.

Llora en privado, ocultando sus lágrimas a los demás. Experimenta molestias al ver a su pareja y menciona sentir que está constantemente a la defensiva. Se atormenta ocasionalmente con pensamientos de infidelidad. Además, sufre de fuertes dolores de cabeza una o dos veces por semana, menciona que sus hijas, al igual que sus hermanas y madre, han decidido distanciarse de su pareja, lo cual le provoca tristeza, le cuesta concentrarse en sus estudios, trabajo por momentos piensa: “No soy inteligente”, “No valgo”, siente frustración 8/10, colera (7/10), desgano, frente a ello llora y se duerme. A sí mismo le cuesta dormir a la paciente en las noches tendiéndose a levantar tarde. Pareja tiende a despertarla y le dice: “Tu no piensas levantarse, tomar desayuno”, “Siempre es lo mismo contigo”, “No te entiendo”, frente a ello siente tristeza (8/10), cólera (7/10) paciente grita a su pareja: “No me comprendes”, y piensa: “Debería hacer las cosas bien” frente a esto pareja le lleva el desayuno a su habitación y le consuela.

El paciente relata que ha compartido una convivencia de 15 años con su pareja. En el pasado, insistió en que se casaran y juntos adquirieron un departamento, además de emprender un negocio de transporte. Expresa su desconcierto ante la participación de su prima en el acto de infidelidad, ya que ella estuvo presente en el compromiso.

Relata que contrajo matrimonio a la edad de 18 años, pero la unión apenas perduró tres años, durante los cuales tuvo dos hijas. La separación se debió a la infidelidad de su pareja con otra mujer. A raíz de este engaño, ha comenzado a recordar su primera relación y, en ocasiones, se siente desvalorizada, pensando que nadie la percibe de manera seria y considerándose a sí misma como una persona fracasada.

Desarrollo cronológico del problema

A la edad de 5 años padre falleció por intoxicación, señala que su mamá le manifestó que fuera donde su papá para que lo llevará a su casa para que descanse pues estaba en una

reunión; paciente asiste al lugar en lo que se encontraba su padre, observa por la puerta a su padre el cual estaba contento, paciente no le manifiesta nada, regresa a casa y le dice a su mamá que su papá le había manifestado que ya iría a casa. Paciente se sentía culpable señala que si le hubiera dicho su padre aun seguiría vivo, actualmente está lo ha comprendido.

A los 6 años sufre de tocamiento por parte de un trabajador de su tío el cuál vivía en la casa de su tío en la ciudad de lima, paciente en ese entonces lo toma como juego, señala que en ese momento no lo veía como algo malo pensaba que era un juego a medida que fue creciendo (adolescencia) se dio cuenta por el colegio que le informaron que nadie tenía que tocarle en especial del sexo opuesto, agrega que a los 11 años tendía a masturbarse sin saber que lo era, de esto se da cuenta cuando tiene 16 años, la iglesia a la que asistía señalaban que la masturbación era pecado, el matrimonio era para toda la vida y el divorcio no estaba permitido.

Cuando jugaba con sus hermanas y ellas salían llorando madre de la paciente salía castigándoles.

A los 11 años paciente empieza a observar que su cuerpo está cambiando empieza a sentir olores en sus axilas comenta lo que está sucediendo con su persona, madre le dice: “Estas oliendo a prostituta”, paciente agrega que se quedó fría en ese momento pues no sabía lo que significaba, hasta que averiguo el significado de esta palabra; paciente al recordar tiende a llorar, no se explica porque su mamá le dijo lo que antes se ha mencionado.

Paciente señala que a la edad de 11 años era bastante rebelde en ocasiones tendía a contestar, a veces se aislaba porque sentía que no la comprendían y no era querida por su madre, manifiesta que en ocasiones era castigada severamente por su mamá, así como también le decía que era burra, bruta, sonsa, esto porque no así las cosas correctamente.

A los 12 años le gustaba un adolescente que vivía al costado de su casa, el cuál aventaba caramelos a su techo, pero la paciente no los comía quien se los comía eran sus hermanas.

Paciente señala que a los 18 años tuvo una primera relación de la cual se separó, esto debido a que su compromiso se fue con otra pareja manifiesta que quedó muy afectado fue su primer enamorado con la cual se comprometió, comenta que siempre lloraba por un momento pensó que no podría salir adelante.

A los 25 años paciente agrega que en ocasiones cuando no le salía bien las cosas correctamente pensaba que era tonta, burra por eso no le salía bien las cosas, en especial en la caso del amor, asimismo comenta que tuvo una relación la cual duró 6 años señala que su compromiso le maltrataba física y psicológicamente, pensaba que algún día cambiaría hacia muchas cosas por ella con la finalidad que se enamorara puesto que siempre resaltaba que la quería pero deseaba comprometerse con una persona que no tuviera hijos y que iba a decir su familia cuando se enterara que no era soltero. Paciente comenta que sus padres siempre le refirieron que el matrimonio era para toda una vida y que no podía estar trayendo pareja tras parejas, esto mortificaba al paciente según refiere costándole sobre ponerse.

A los 32 años tuvo su tercera relación la cual tiene 18 años, su deseo era casarse, así como también agrega que su familia le manifiesta cuando se casa, esto ha puesto en conocimiento a su actual compromiso a lo cual le ha referido que más adelante lo harán. Paciente refiere que ha terminado en ocasiones con esta relación por lo mismo que la pareja le engaño y le maltrataba y priorizaba más a su familia que a ella, al terminar la relación inicia una nueva relación la cual duró tres meses paciente descubre que paralelo a su relación paciente estaba con otra dama, la cual iba a tener un hijo, paciente termina la relación y regresa con su actual pareja. En otra ocasión que termina la relación con su actual pareja inicia una nueva relación lo cual dura seis meses paciente descubre que su enamorado había retornado con su expareja; termina la relación y retorna con su actual pareja. En ocasiones paciente se siente triste, señala que a su actual pareja ha dejado de quererlo por lo mismo que es bastante dominante y en ocasiones le maltrata psicológicamente: “Retardada”, “Bruta”, no vas a

sobrevivir sin mi te vas a morir de hambre, paciente señala que inicialmente le creyó y lo sentía así, actualmente no lo ve de esta forma. Actualmente

Historia Personal

Desarrollo Inicial. Paciente manifiesta que su mamá le informo que nació el 11 de marzo, parto normal a los nueve meses, se sentó a los 5 meses, controló su esfínter al año, habló correctamente a los 3 años, manifiesta que convulsionó a los dos años.

Desarrollo psicomotor. Paciente camino empezó a dar sus primeros pasos a los 9 meses, camino solo cumpliendo 1 año y 3 meses, empezó a subir escaleras a la edad de 2 años (subía una escalera y juntaba los pies), empezó alternar sus pies cuando tenía 4 años, cuando caminaba tendía a caerse con cierta frecuencia refiere que esto era porque presentaba pies planos, para corregir esta dificultad utilizaba zapatos ortopédicos esto porque el médico de medicina física le había recomendado, según refiere el paciente. Conductas inadecuadas de la infancia. Paciente refiere, que le han comentado que era inquieta de pequeña, en una ocasión subiendo al camarote se resbaló golpeándose, reventándose los labios, le gustaba jugar con los carritos, era poco de jugar con las muñecas, tendía a volar cometas con su papá esto a la edad de los 5 años.

Actitudes de la familia frente al niño

Paciente señala que asido querida por su papá. Madre le decía cuando era pequeña 5 años le manifestó que había conocido a su padre mientras que sus hermanas no, por ello es que le daba más atenciones. Cuando le celebraba su cumpleaños le refería que a ellas le celebraba porque su papá no le había celebrado, esto hacía que la paciente se sienta triste y pensaba que su mamá no la quería. Madre era poco cariñoso para con la paciente, cuando se portaba inadecuadamente era castigada por la madre con correa, san martin, ortiga, cuando lloraba la paciente siempre pedía que su papá regresara como también en ocasiones pedía que la llevara. Paciente refiere que cuando era pequeña era muy celosa, pensaba que su papá regresaría a pesar

que le habían dicho que había muerto, señala que no comprendía, le costaba comprender. A los 25 años viajó al lugar en que su padre fue enterrado recién entendió que había fallecido y había sido enterrado.

Educación

Estudio Primaria y Secundaria en la Institución Educativa Mixto N° 109. Antes de terminar la secundaria estudió cosmetología lo cual lo concluyó, después de terminar estudio secretariado recepcionista. Manifiesta que estudio en la universidad inicialmente becada, le costó no fue fácil por lo mismo que tenía trabajar y cuidar a sus dos hijas, tenía que velar por ellos y ser madre y padre; en el cuarto ciclo perdió su beca, pero a pesar de ello continuó estudiando manifiesta que se puso a llorar en un parque, pensó que no más estudiaría hasta que su madre le manifestó que le ayudaría con la pensión; posteriormente recupera su beca, concluye sus estudios universitarios.

Historia escolar

Paciente señala que repitió el primer grado, en el quinto grado sus notas eran bajas le dio temor de repetir el grado, señala que escondía sus exámenes y cuando su mamá lo encontraba tendía a castigarla. En sexto grado trató de destacar en sus notas, salió ganando el primer puesto del concurso de arte y pintura. En el nivel secundario de primero a tercero de secundaria siempre salía a concursar con otros colegios en los cursos de historia y geografía, señala que le da miedo siempre pensaba que lo iba hacer mal, tendía a angustiarse, pensaba. “Si no logro sacar buena nota me van a criticar yo no puedo no sé nada”... Tercero de secundaria paciente sacó diploma en el tercer puesto, en el 4to y 5to de secundaria señala que no fue fácil, en el 5to de secundaria se relajó un poco le costaba entender el curso de física; paso de grado, culminó su secundaria.

Otros Estudios

Se ha especializado en su carrera, actualmente cursa una maestría.

Historia de Trabajo

Paciente señala que trabajo a los 10 años ayudando a su tía, de ahí con su tío cuando le pagan su sueldo tendía a comprar víveres para darle a su mamá. A los 15 años trabajo en vacaciones para comprar su uniforme. A los 16 años trabajo realizando artesanía junto su dinero para estudiar secretariado. A los 17 años trabajo en un salón de belleza en el cuál le pagaban poco del cuál no duro mucho y se retiró; 20 años trabajo en el 15avo juzgado civil de Lima, 23 años empezó a trabajar en colegio con niños de educación inicial, a los 37 años empezó a trabajar en el colegio estatal “Andrés Avelino Cáceres”, hasta la actualidad.

Información sobre el sexo

Paciente recibe información en el colegio, madre le decía que era importante la virginidad, llegar con el vestido blanco al altar, el matrimonio es para toda una vida, cuando la mujer se divorciaba no era valorada por el sexo opuesto, la tomaban para amantes, los padrastros no eran buenos hacían sufrir a los hijastros.

Historia sexual

Primera relación sexual a la edad de 16 años, con su primer enamorado, aborto a los 17 y 6 meses se casó a los 18 años. Se separó a los 21 años, vuelve a tener una segunda pareja a la edad de 25 años, tercera pareja a los 32 años hasta la fecha, terminó con la pareja, tuvo dos enamorados los cuales estuvo por un espacio de dos meses con uno de ellos y se separó porque su ex enamorada salió embarazada al enterarse se separó con el segundo enamorado duro tres meses al enterarse que estaba saliendo con su ex enamorada termino, al cabo de seis meses regresa con su pareja actual.

Educación religiosa

Paciente refiere que a partir de los 7 años asistió a las asambleas de Dios, a los 18 años se aleja por motivo de trabajo y estudios; actualmente asiste de manera eventual.

Relaciones Interpersonales: desde la adolescencia hasta la actualidad

a. Amistades: Paciente refiere que tiene compañeros de trabajo, tiende a relacionarse, suele asistir a reuniones sociales, es bastante considerado y amable con las personas, manifiesta que le cuesta decir que no cuando no está de acuerdo con algo que le piden, aunque últimamente está tratando de hacerlo por lo mismo que se ha estado recargando de trabajo. Tiende a molestarse con las personas que son irrespetuosos para con su persona, le cuesta exponer sus puntos de vista sin temor, pero lo hace, tiene solamente una amiga desde la universidad a quien le cuenta todas sus cosas con la que se encuentra dos veces al año.

b. Actitud Frente al sexo opuesto: Paciente señala que cuando se trata de trabajo no siente temor, pero cuando está sola con su sexo opuesto siente temor porque pensaba que deben de estar mirándola, y que no va hacer las cosas bien, por momentos pensaba que no podía responder a sus preguntas en cuanto a conocimiento se trata. Así mismo agrega que se ilusionaba con facilidad esto era más frecuente cuando era más joven actualmente lo controla, pensaba que aquel varón que era atento era porque estaba interesado en ella.

Historia Marital

Cónyuges

Primer compromiso

Datos de Filiación

Nombres : Ramiro

Edad : 58

Grado de instrucción : Superior

Ocupación : Docente

Características personales:

Paciente señala que el padre de sus hijas era una persona con carácter, con poca solvencia económica, inmaduro, poco tolerante.

Relación entre cónyuges: Ninguna

Hijos: Dos Hijas con la paciente. Con otros compromisos tres hijos

Segundo compromiso

Datos de Filiación

Nombres : Heber

Edad : 60

Grado de instrucción : Superior

Ocupación : Abogado

Características personales:

Paciente señala que era una persona con carácter, desenvuelta, inmaduro, voluble, poco tolerante.

Relación entre cónyuges: Ninguna

Tercer compromiso

Datos de Filiación

Nombres : Ramiro

Edad : 55

Grado de instrucción : Superior

Ocupación : Administrador

Características personales:

Paciente señala que es una persona con dominante, desenvuelta, Cooperativa, exigente, testarudo, poco tolerante.

Relación entre cónyuges: Relación actual

Enfermedades.

TBC a los 18 años, 35 años urticaria, 36 años triglicéridos, 37 años asma, 43 años hígado graso, gastritis.

Historia Familiar

Padre

Datos de Filiación

Nombres : Eusebio
 Edad : 68 años
 Lugar y fecha de nacimiento : 16-12-1947, Churin
 Estado civil : Fallecido
 Grado de Instrucción : Policía
 Ocupación : -----
 Religión : Católica

Características personales:

Paciente señala que era una persona con buen carácter, desenvuelta, Cooperativa, constante, firme, tolerante.

Madre

Datos de Filiación

Nombres : Simiona
 Edad : 73 años
 Lugar y fecha de nacimiento : 17- 1- 1952 Apurímac
 Estado civil : Viuda
 Grado de Instrucción : Primaria
 Ocupación : Casa
 Religión : Católica

Características personales

Paciente señala que su madre era introvertida, actualmente a mejorado en su carácter es más constante, firme, tolerante.

Relación entre los padres

Paciente señala que se llevaban bien en ocasiones discutía papá y mamá cuando esto sucedía madre se retiraba de la casa y retornaba al anochecer juntamente con la paciente y sus hermanas; padres se contentaban, hasta que falleció.

Relación del paciente con los padres

Paciente asido poco pegada a su mamá, recuerda que era poco afectuosa, poco comprensiva solía castigarla cuando se portaba mal. Paciente pensaba que su mamá no la quería por momentos que quizás no era su madre esto le hacía sentirse sola.

Paciente quería bastante a su padre, refiere que era bastante disciplinado, cariñoso, no recuerda que le haya castigado, solían jugar, lo que más le gustaba era volar la cometa.

Hermanas

Hermana: Aurora

Características personales:

Paciente señala que su hermana tiene buen carácter, es atinada, constante, ordenada, cooperativa, honesta, trabajadora, exigente.

Relación con sus padres: Paciente recuerda que su papá quería bastante a su hermana, en una ocasión le castigo por desobediente con correa señala que cuando era pequeña su hermana era bastante terca, cerrada.

Madre era la que más corregía y cuando exageraba ponía en conocimiento a su papá y este llamaba la atención a su madre.

Siempre se llevó bien con su mamá, cuando pedía que le comprara algo a la madre, madre tendía a satisfacer su necesidad. Hermana tiende a molestarse con la madre cuando toma licor en reuniones, no le gusta que beba licor.

Hermana: Emma

Características personales:

Paciente señala que su hermana presenta buen genio, constante, eficiente, cooperativa, honesta, trabajadora.

Relación con sus padres:

Paciente recuerda que su papá quería bastante a su hermana. Madre era la que más corregía y cuando exageraba ponía en conocimiento a su papá y este llamaba la atención a su madre.

Siempre se llevó bien con su mamá, cuando pedía que le comprara algo a la madre, madre tendía a satisfacer su necesidad. Hermana tiende a molestarse con la madre cuando toma licor en reuniones, no le gusta que beba licor.

Hijas

Hija: Lizbeth

Características personales:

Paciente señala que su hija presenta buen carácter, es bastante, tranquila, cooperativa, honesta.

Relación con sus padres:

Paciente recuerda que su papá quería bastante a su hija.

Hija: Lucero

Características personales:

Paciente señala que su hija presenta buen carácter, es bastante, tranquila, reservada, sencilla, honesta.

Relación con sus padres:

Paciente recuerda que su papá quería bastante a su hija. Antecedentes Psiquiátricos en la familia.

El paciente refiere por línea materna como paterna no existe antecedentes psiquiátricos.

Tabla 1*Datos Familiares de la Evaluada*

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de Instrucción	Ocupación	Características
Madre	Simiona	72	Primaria	Ama de casa	Buena relación.
Padre	Eusebio	76	Policía	Fallecido	
Hija	Lizbeth	33	Superior	Ingeniera	Adecuada relación.
Hija	Lucero	31	Superior	Administradora	Adecuada relación.
Conviviente	Ramiro	56	Superior	Administrador	La relación con su pareja mejoro
Hermana	Esther	50	Superior	Nutricionista	La relación con su hermana es buena
Hermana	Emma	47	Superior	Contadora	La relación con su hermana es buena

Nota: Se observa la relación que presenta paciente con sus familiares

2.5.4 Evaluación Psicométrica

Informe Psicológico del Inventario de Depresión de Beck – BDI II

Datos Generales

Nombre y Apellido : C. L. C

Edad : 52

Grado de Instrucción : Superior

Examinador : Ps. Elizabeth Carmen Tufiño Blas

Resultados

Obtuvo un puntaje de 29 donde la ubica en una depresión moderada.

Conclusión

Los resultados obtenidos en la evaluación indican que el paciente experimenta una depresión de intensidad moderada, la cual está afectando negativamente su vida cotidiana. Este diagnóstico se basa en la presencia de síntomas como tristeza, sensación de soledad, sentimientos de culpa, vergüenza e ira, falta de energía y motivación, baja autoestima, desconfianza tanto en sí mismo como en los demás, una perspectiva negativa del futuro, rechazo de la participación en relaciones interpersonales, ya sea con la familia o los amigos, y una disminución de su actividad tanto a nivel personal como social.

Informe Psicológico del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan 1991)

Datos Generales

Nombre y Apellido : C. L. C

Edad : 52

Grado de Instrucción : Superior

Examinador : Ps. Elizabeth Carmen Tufiño Blas

Resultados

Se identificaron diversas distorsiones cognitivas en el paciente, destacándose: Sobregeneralización obtuvo una puntuación de 9 Esto implica que tiende a tomar una única experiencia negativa y proyectarla en múltiples situaciones, anticipando que lo mismo ocurrirá una y otra vez. Interpretación de pensamientos con una puntuación de 8, Suelen interpretarse los sentimientos y las intenciones de los demás sin evidencia sólida que respalde esas interpretaciones. Visión catastrófica también con un puntaje de 6, Anticipa eventos futuros de una manera extremadamente negativa, especialmente en lo que respecta a sus propios intereses personales. Razonamiento emocional registró una puntuación de 6, Considera que sus emociones son un reflejo exacto de la realidad, sin tener en cuenta la objetividad. Culpabilidad alcanzó un puntaje de 7, Atribuye la responsabilidad de los eventos, tanto a sí misma como a

los demás, sin suficiente justificación y sin tener en cuenta otros factores contribuyentes. Debería" obtuvo un puntaje de 9, Establece reglas rígidas y exigentes sobre cómo deben ocurrir las cosas, y cualquier desviación de esas reglas resulta insoportable y provoca una intensa perturbación emocional. Filtraje, se observó un puntaje de 7, Se centra excesivamente en un solo aspecto de una situación, desarrollando una visión de túnel que ignora otros elementos importantes. Estas son las distorsiones cognitivas más notables identificadas en la paciente.

Informe Psicológico del Inventario Multiaxial de MCMI-III

Datos Generales

Nombre y Apellido : C. L. C

Edad : 51

Grado de Instrucción : Superior

Examinador : Ps. Elizabeth Carmen Tufiño Blas

Resultados

Obtuvo en patrón clínico de personalidad un puntaje de 81

Conclusión: La examinada muestra un nivel significativamente alto de depresión mayor y exhibe un patrón clínico de personalidad de tipo dependiente con un grado de indicación moderado.

Informe Psicológico del Inventario de Personalidad de Eysenck – forma B

Datos Generales

Nombre y Apellido : C. L. C

Edad : 51

Grado de Instrucción : Superior

Examinador : Ps. Elizabeth Carmen Tufiño Blas

Resultados

En la escala "L," la puntuación fue de 4, en la Dimensión "N," se obtuvo una puntuación

de 16, y en la Dimensión "E," se alcanzó una puntuación de 13.

Conclusión

El paciente muestra una tendencia hacia la inestabilidad en su tipología, así como una inclinación hacia la introversión. Se puede clasificar como un tipo melancólico y presenta procesos neuro dinámicos intensos y desequilibrados.

2.5.5 Informe psicológico integrador.

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA.

Datos Generales

Nombre y Apellido	: C. L. C
Edad	: 51
Fecha de Nacimiento	: 11-3- 1971
Nº de Hermanos	: 2 hermanas
Lugar que ocupa	: 3era
Grado de Instrucción	: Superior
Estado Civil	: Conviviente
Hijos	: 2 hijas

Motivo de consulta

Busca asesoramiento debido a la siguiente sintomatología: enfrenta dificultades en su entorno familiar y personal a causa de la infidelidad de su pareja. Expresa que experimenta constantes sentimientos de tristeza y desesperación, acompañados de dolores de cabeza, pérdida de apetito, excesivo sueño y dificultades para llevar a cabo sus actividades cotidianas. Tiene el deseo de dormir para evitar el dolor, recurriendo a pastillas para permanecer dormida. En un momento crítico, intentó dañarse a sí misma para evitar que su familia la viera llorar y la confrontara. Actualmente, sus hijas y familia evitan la presencia de su pareja. Prefiere pasar más tiempo sola en su habitación, rechaza invitaciones de amistades y familiares, y descarta

oportunidades laborales debido a la dificultad para concentrarse que le genera la situación.

Análisis e interpretación

En la valoración del Inventario de Beck, el paciente registró una puntuación de 29, señalando que se ubica dentro de un nivel de depresión moderado. Esto se refleja en síntomas como tristeza, aislamiento, sentimientos de culpa, enojo, falta de interés, fatiga, una visión desfavorable de sí mismo, de los demás y del futuro, además de experimentar dificultades en sus relaciones tanto con los demás como consigo mismo.

En el análisis de los resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos, se observan las siguientes distorsiones cognitivas:

Filtraje (puntuación 9): Concentra su atención únicamente en un elemento específico de una situación, asumiendo una visión estrecha y restringida.

Sobre generalización (puntuación 9): Esta forma de pensar consiste en sacar conclusiones generales a partir de una sola experiencia o evento, cree que, si algo sale mal, saldrá mal en todas las demás, dificultando que la persona se relacione con los demás.

Interpretación de pensamiento (puntuación 8): Cree que los demás pueden leer la mente., suele sentirse ansiosa, preocupada, piensa que los demás saben lo que están pensando, incluso si no lo expresan.

Visión catastrófica (puntuación 6): Se anticipa a lo peor de una situación, tiende a ver el mundo de una manera negativa y pesimista, y suele anticiparse a que las cosas saldrán mal.

Culpabilidad (puntuación 7): Responsabiliza de manera precipitada a sí mismo y a los demás por los sucesos, sin fundamentos sólidos y sin considerar otros elementos que también influyen en el desarrollo de los acontecimientos.

En el Inventario de Personalidad de Eysenck, paciente obtuvo una puntuación de 4 en la Dimensión Sinceridad (escala de mentiras) (L), que se considera válida. En la Dimensión Neuroticismo (Estabilidad - Inestabilidad) (N), obtuvo 16 puntos, y en la Dimensión

Introversión – Extroversión (E), alcanzó una puntuación de 13. Estos resultados sugieren que la evaluada tiene una tendencia hacia la inestabilidad, la introversión y corresponde al tipo melancólico, presentando procesos neuro dinámicos fuertes y desequilibrados.

Presunción diagnóstica.

Paciente presenta un cuadro de depresión de intensidad moderada, junto con diversas distorsiones cognitivas. Además, muestra rasgos de personalidad dependiente, introversión y un tipo de melancolía con procesos neuro dinámicos fuertes y desequilibrados.

Diagnóstico Funcional

A continuación, se proporciona una tabla que detalla la lista de comportamientos para una mayor especificación, junto con el análisis funcional, análisis cognitivo y el diagnóstico tradicional del CIE 10.

ANÁLISIS FUNCIONAL

Tabla 2

Análisis funcional de la conducta

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Sentimiento de culpabilidad por presionar para casarse	Desgano para hacer sus cosas	Falta de habilidades para tomar decisiones,
Culpa experimentada por insistir en contra de la voluntad para contraer matrimonio.	Disminución en relaciones sociales	Falta de habilidades para resolver problemas
Permanecer durante largos periodos en su habitación.	Disminución en su concentración	Falta de control de impulsos.
Pierde fácilmente la concentración.	Aumento del sueño	
Tristeza 10/10		
Colera 10/10		
Miedo a quedarse sola 10/10		
Desesperación 10/10		
Llanto, dolor de cabeza, apetito disminuido, aumento del sueño, cansancio.		
Pensamiento:		
“Yo tengo la culpa por haberlo presionado para que se casarse”.		

“Siempre me engañan”. “Me siento sola”.

“Mi vida es un fracaso”

“Nadie se enamorará de mí si me separo”.

“Solo me está usando”

“Es horrible que me halla engañado”.

Leyenda:

Se muestra las conductas en exceso,
debilitamiento y déficit de la paciente.

Tabla 3*Análisis funcional*

Estimulo discriminativo	Conducta	Estimulo reforzador/ Estímulos consecuentes
Externo	Motor	Refuerzo externo
La infidelidad de su conviviente	Aumento del sueño Disminución del apetito	Pasar mayor tiempo sola en su cuarto aumenta el distanciamiento con su
Cuando intenta estudiar y puede concentrarse	Desgano en realizar las actividades de su casa.	conviviente.
Cuando su conviviente va a la habitación a despertarla y le dice. “Que te pasa.”, “No piensas levantarse...”, “No piensas tomar desayuno...”	Cansancio durante el día sin hacer el más mínimo esfuerzo	Encerrarse en su habitación mantiene y aumenta sus ideas perturbadoras.
	Llorar cuando se encuentra sola	No hablar sobre el compromiso.
	Pasar mayor tiempo sola en su habitación.	
Interno	Emocional	Refuerzo interno: (Pensamientos)
Pensar en la infidelidad de su conviviente	Tristeza 10/10	“Al recordar la infidelidad de su conviviente”.
	Colera 10/10	“Pensar en que me puede dejar”.
	Miedo a quedarse sola 10/10	
	Desesperación 10/10	
	Llanto 10/10	
	Fisiológico	
	Llanto, dolor de cabeza, apetito disminuido, aumento del sueño, cansancio.	
	Cognitivo	
	“Yo tengo la culpa por haberlo presionado para que se casarse”.	
	“Siempre me engañan”. “Me siento sola”.	
	“Mi vida es un fracaso”	
	“Nadie se enamorará de mi si me separo”.	
	“Solo me está usando”	
	“Es horroroso que me halla engañado”.	

CRITERIOS DEL DIAGNÓSTICO TRADICIONAL DEL DSMV

Tabla 4

Criterios según el DSM V para el Trastorno de Depresión mayor, episodio recurrente moderado 296.32

	CRITERIOS DSM V	Indicadores de diagnóstico de la paciente
A	1.Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza). o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.).	Animo deprimido
	2.Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).	Anhedonia la mayor parte del día.
	3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.).	Disminución del apetito
	4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.	Aumento del sueño
	5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).	Enlentecimiento en sus movimientos
	6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días	Cansancio, debilidad a nivel físico y mental
	7.Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).	Culpa
	8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	Dificultades para concentrarse, tomar decisiones
	9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.	Un intento de suicidio en el año
B	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u	Aislamiento

otras áreas importantes del funcionamiento

C	El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica	No presenta
D	El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	No presenta
E	Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.	No presenta

Diagnostico

Depresión Moderada

Recomendaciones

Iniciar un Programa Cognitivo Conductual, con la posibilidad de involucrar a algún miembro de la familia en determinadas sesiones, siempre con notificación previa, para brindar apoyo a la paciente.

2.6. Intervención**2.6.1. *Plan de intervención y calendarización***

En el estudio clínico para el trabajo académico, se empleó una Intervención Cognitivo Conductual compuesta por 14 sesiones de 50 minutos cada una, realizadas en un hospital de salud, con el objetivo reducir los niveles de depresión mediante esta intervención, que abordó la disminución de pensamientos automáticos distorsionados, fomentó el desarrollo de habilidades emocionales, y buscó reducir la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas fisiológicos. Además, se trabajó en aumentar el registro de actividades agradables y graduales, e implementar un programa de seguimiento destinado a respaldar al paciente en un periodo posterior a la intervención principal, donde los elementos de la Intervención Cognitiva Conductual fueron menos intensos y se abordaran posibles recaídas.

Se utilizaron diversas técnicas como reestructuración cognitiva, columnas paralelas (cuadro de registros), detención de pensamiento, reatribución, regulación emocional, relajación muscular progresiva (Jacobson), respiración abdominal, autoinstrucciones, mindfulness (método auxiliar), y role playing (en el caso de trabajar con la hermana).

Tabla 5*Plan de intervención y calendarización*

Sesión	Fecha	Duración	Participante	Técnica de tratamiento
1	14/2/2022	50 mn	Paciente	Entrevista
2	21/2/2022	50mn	Paciente	Entrevista – Evaluación
3	28/2/2022	50mn	Paciente	Evaluación
4	7/3/2022	50mn	Paciente	Psicoeducación
5	14/3/2022	50mn	Paciente	Entrenamiento en las técnicas de respiración y relajación
6	21/3/2022	50mn	Paciente	Relación entre pensamiento, emoción y conducta
7	28/3/2022	50mn	Paciente	Disminuir los pensamientos distorsionados (culpabilidad y filtraje)
8	4/4/2022	50mn	Paciente	Disminuir los pensamientos distorsionados (sobre generalización, visión catastrófica y racionamiento emocional).
		50mn	Paciente	Disminuir los pensamientos distorsionados por medio de las columnas paralelas
10	18/4/2022	50mn	Paciente	Disminuir los pensamientos distorsionados por medio de la Reatribución
		50mn	Paciente	Disminuir los pensamientos distorsionados por medio de las técnicas del tiempo para preocuparse (programación de quejas o tiempo fuera).
12	2/5/2022	50mn	Paciente	Desarrollar habilidades emocionales con técnicas de autorregulación emocional (primera parte)
13	9/5/2022	50mn	Paciente	Técnicas de autorregulación
14	16/5/2022	50mn	Paciente	Emocional (segunda parte) desarrollar programación de
15	23/5/2022	50mn	Paciente	Actividades desarrollar entrenamiento asertivo
16	30/5/2022	50mn	Paciente	Disminuir los síntomas fisiológicos por medio de las auto instrucciones.
17	6/6/2022	50mn	Paciente	Prevenir recaída mediante la atención plena basada en técnicas cognitivas.
18	13/6/2022	50mn	Paciente	Evaluación
19	27/6/2022	50mn	Paciente	Seguimiento
20	15/7/2022	50mn	Paciente	Seguimiento
21	8/8/2022	50mn	Paciente	Seguimiento
22	1/09/2022	50mn	Paciente	Seguimiento

Nota: Se muestra las fechas y técnicas de cada sesión realizada.

2.6.1 Programa de intervención

Sesión 1 Psicoeducación

a. Etapa Informativa

Tabla 6

Sesión 1

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
La paciente comprenderá el proceso de terapia cognitiva conductual (TCC) y sus objetivos. La paciente se comprometerá con el tratamiento. La paciente identificará sus conductas problemáticas	Técnicas de psicoeducación: El terapeuta proporcionará a la paciente información sobre la terapia cognitiva conductual (TCC) y sus objetivos. Técnicas de establecimiento de normas: El terapeuta establecerá las normas claras para las sesiones. Técnicas de formulación del caso: El terapeuta comentará sobre el modelo cognitivo de la depresión. Técnicas de construcción de la alianza terapéutica: El terapeuta establecerá la alianza terapéutica. Técnicas de identificación de conductas problemáticas: El terapeuta ayudará a la paciente a identificar sus conductas problemáticas.	Inicio Presentación y bienvenida: “Saludo y presentación” Desarrollo El terapeuta proporcionará a la paciente información sobre la terapia cognitiva conductual (TCC) y sus objetivos. El terapeuta establecerá las normas claras para las sesiones. El terapeuta comentará sobre el modelo cognitivo de la depresión. El terapeuta establecerá la alianza terapéutica. El terapeuta ayudará a la paciente a identificar sus conductas problemáticas Finalmente Se realizo un resumen Reforzar la informaciónbrindada (retroalimentación) Psicoeducación.	Recordatorio para la paciente: Realizar actividad Física (Una vez por semana).

b.- Etapa de entrenamiento

Segunda sesión – entrenamiento en la técnica de relajación

Tabla 7*Sesión 2*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Reducir la intensidad de la tensión muscular y atenuar las respuestas fisiológicas y somáticas asociadas a la depresión. Alcanzar la capacidad de manejar conscientemente la respiración, permitiendo su práctica en cualquier momento, especialmente durante situaciones de elevada ansiedad o estrés.	Técnica de respiración diafragmática. Técnica de relajación muscular de Jacobson	Inicio Repaso: Breve resumen de los conceptos analizados de la primera sesión. Desarrollo Se le instruyó para dirigir la inhalación de aire hacia la parte inferior y media de los pulmones. Finalmente Se realiza un resumen, reforzar la información brindada. Retroalimentación	El paciente muestra el registro semanal de las sesiones de relajación. Paciente proporciona el registro de las sesiones de relajación.

c.- Etapa Ejecutiva

Tercera sesión – Relación entre pensamiento, emoción y conducta

Tabla 8*Sesión 3: Evaluación de los pensamientos automáticos negativos*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
La paciente aprenderá a identificar sus pensamientos.	Técnicas de registro de pensamiento. El terapeuta ayudara a la paciente a registrar e identificar sus pensamientos negativos.	Inicio Repaso de las actividades realizadas de la sesión anterior, se hicieron preguntas sobre la práctica de la técnica de relajación y despejar dudas al respecto. Desarrollo Identificar la conexión entre la actividad y el estado emocional. Reconocer la relación funcional entre situación, pensamiento, emoción y conducta mediante el ABC de Beck. Finalmente Se realiza un resumen: Se refuerza la información brindada Retroalimentación.	El registro de relajación es entregado por el paciente. Se asignó como tarea la presentación de la ficha que aborda la relación entre pensamiento, emoción y conducta.

Cuarta sesión- técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de disminuir los pensamientos distorsionados (culpabilidad y filtraje)

Tabla 9

Sesión 4

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Reforzar la relevancia y la necesidad de llevar a cabo la práctica diaria. Fortalecer la capacidad de la paciente para reconocer los pensamientos, emociones y respuestas conductuales asociadas a un evento desencadenante. Reconocer y cuestionar los pensamientos distorsionados.	Reestructuración cognitiva mediante los principios A-B-C de la terapia cognitivo-conductual.	Inicio Repaso; Breve dialogo sobre las tareas que se dejaron para practicar durante la semana. Se indagó sobre posibles dificultades al completar las fichas de registro, y se proporcionó aclaración de dudas en caso de que las hubiera. Desarrollo En primer lugar, registraba las situaciones en las que surgían pensamientos distorsionados y la emoción asociada, expresada en una escala de 1 a 10 en términos de SUD. Se realizaron preguntas aclaratorias, preguntas relacionadas con supuestos, preguntas sobre la evidencia o la lógica, preguntas acerca del origen o las fuentes, así como preguntas sobre las implicaciones y consecuencias. Finalmente Se refuerza la información brindada. Retroalimentación Para ello se realizó preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida. El terapeuta utilizará una variedad de técnicas de reestructuración cognitiva, como la disputa de creencias irracionales.	El registro de relajación es entregado por el paciente. Se asignó como tarea la presentación de la ficha que aborda la relación entre pensamiento, emoción y conducta.

Quinta sesión - técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de disminuir los pensamientos distorsionados (sobre generalización, visión catastrófica e interpretación de pensamiento).

Tabla 10

Sesión 5

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Reconocer y cuestionar los pensamientos que están distorsionados. Fortalecer la información proporcionada. Retroalimentación.	Reestructuración cognitiva mediante los principios A-B-C de la terapia cognitivo-conductual	Inicio Breve dialogo sobre las tareas que se dejaron para practicar durante la semana Reforzar la relevancia y el propósito de llevar a cabo la práctica de manera diaria. Desarrollo Inicialmente, registraba las situaciones en las que surgían los pensamientos distorsionados y la emoción asociada, expresándolo en términos de SUD en una escala del 1 al 10. Finalmente Se realiza un resumen: Se refuerza la información brindada Retroalimentación.	El paciente presenta el registro que vincula pensamiento, emoción y conducta. Incluye el registro de pensamiento negativo y el registro de sobre generalización, visión catastrófica, y interpretación de pensamiento. En la siguiente sesión, la paciente muestra el registro semanal del A-B-C

Sexta sesión - técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de disminuir los pensamientos distorsionados por medio de las columnas paralelas.

Tabla 11

Sesión 6

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Instruir a la usuaria en la aplicación de la técnica de las columnas paralelas, destacando su importancia y funcionalidad. Modificar los pensamientos distorsionados por otros más adaptativos.	Reestructuración cognitiva mediante los principios A-B-C de la terapia cognitivo-conductual, implementando la técnica de las tres columnas paralelas	Inicio Repaso. Breve conversación acerca de las actividades asignadas para practicar durante la semana. Reforzar la relevancia y el propósito de llevar a cabo la práctica de manera diaria. Y se aclararon dudas. Desarrollo Inicialmente, registraba las circunstancias en las que surgían los pensamientos distorsionados y la emoción que los acompañaba, expresándolo en términos de SUD en una escala del 1 al 10. Finalmente Se refuerza la información brindada Retroalimentación, se realiza preguntas sencillas, cortas sobre la técnica aprendida.	El paciente presenta el registro que aborda la conexión entre pensamiento, emoción y conducta y proporciona la tarea asignada. Realizar ejercicios en casa aplicando la técnica de las tres columnas paralelas y llevar un registro de la práctica. En la sesión siguiente, la paciente muestra el registro semanal del A-B-C con las modificaciones correspondientes, utilizando las columnas paralelas.

Séptima sesión - técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de disminuir los pensamientos distorsionados por medio de la

Retribución.

Tabla 12

Sesión 7

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Ayudar a la usuaria a cambiar su locus de control implica que pueda ajustar la forma en que atribuye causas a los eventos positivos y negativos. En otras palabras, se busca facilitar la capacidad de la usuaria para modificar sus percepciones sobre las razones detrás de diferentes situaciones.	Técnica retribución	Inicio Repaso: Breve conversación acerca de las actividades asignadas para practicar a lo largo de la semana. Reforzar la relevancia y el papel de llevar a cabo dicha práctica a diario. Se dispararon inquietudes en relación al tema. Desarrollo Evaluar posibles razones detrás de una situación específica. Analizar y modificar las creencias sobre la causalidad, direccionando la atribución del paciente hacia una perspectiva más realista, objetiva y funcional. Finalmente Se realizó resumen para reforzar la información brindada Retroalimentación, se empleó preguntas sencillas sobre la técnica aprendida.	El paciente presenta el registro que detalla la conexión entre el pensamiento, la emoción y la conducta, y entrega la tarea asignada. Practicar la técnica En la próxima sesión, la paciente expone un "mapa de alternativas" para una causa específica.

Octava sesión - técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de disminuir los pensamientos distorsionados por medio de las técnicas del tiempo para preocuparse (programación de quejas o tiempo fuera).

Tabla 13

Sesión 8

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Evitar estar todo el día centrando nuestros pensamientos en preocupaciones obsesivas.	Técnicas del tiempo para preocuparse (programación de quejas o tiempo fuera).	Inicio Conversación breve acerca de las actividades asignadas para practicar durante la semana. Reforzar la relevancia y el papel de llevar a cabo dicha práctica a diario. Se disiparon inquietudes en relación al tema. Desarrollo Acordar una hora para dedicar a las preocupaciones y no prestarles atención fuera de este tiempo. Si las preocupaciones aparecen fuera de este tiempo aplicaremos la parada de pensamiento u otra técnica. Finalmente Se realizó resumen para reforzar la información brindada Retroalimentación, se empleó preguntas sencillas sobre la técnica aprendida.	Cumple con la tarea asignada. Ejecuta la técnica mediante ejemplos. Se deja la actividad del registro del horario de preocuparse

Novena sesión - técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de desarrollar habilidades emocionales con técnicas de autorregulación emocional (primera parte).

Tabla 14

Sesión 9

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Enseñar a la usuaria en la técnica de autorregulación emocional con su debida importancia y funcionalidad al caso.	Técnicas de autorregulación emocional.	Inicio Conversación breve acerca de las actividades asignadas para practicar durante la semana. Reforzar la relevancia y el papel de llevar a cabo dicha práctica a diario. Se disiparon inquietudes en relación al tema. Desarrollo Entender y nombrar las emociones: Identificar las funciones de las emociones y su relación con las dificultades para ser cambiadas. Entender la naturaleza de las emociones elaborando un modelo de emociones. Aprender cómo identificar y etiquetar emociones en la vida diaria. Entender las funciones de las emociones Identificar obstáculos para el cambio de las emociones Finalmente Se realizo resumen para reforzar la información brindada Retroalimentación, se empleó preguntas sencillas sobre la técnica aprendida.	Paciente entrega el registro de la relación entre pensamiento, emoción y conducta. Proporciona la tarea asignada. Practicar la técnica de las tres columnas paralelas en casa tomando registro de ello. La siguiente sesión la paciente presenta el registro de sus estados emocionales durante la semana (incluido el SUD).

Décima sesión - técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de desarrollar habilidades emocionales con técnicas de autorregulación emocional (segunda parte).

Tabla 15

Sesión 10

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Instruir a la usuaria en la práctica de la autorregulación emocional, destacando su importancia y aplicabilidad según el contexto.	Técnica de Autorregulación emocional	Inicio Conversación breve acerca de las actividades asignadas para practicar durante la semana. Reforzar la relevancia y el papel de llevar a cabo dicha práctica a diario. Se disiparon inquietudes en relación al tema. Desarrollo Modificar emociones no deseadas: - Adquirir habilidades para verificar la realidad. - Tomar acciones opuestas cuando la emoción no concuerda con los hechos. - Participar en la resolución de problemas cuando los hechos son el problema. - Manejar emociones intensas incluye: - Aprender a enfrentar y gestionar emociones difíciles. - Reducir el sufrimiento emocional. - Identificar el límite de nuestras habilidades y aplicar habilidades de tolerancia al malestar. - Aumentar la conciencia de las emociones presentes. - Reconocer el límite y aplicar técnicas de tolerancia al malestar. Finalmente Se realizó resumen para reforzar la información brindada Retroalimentación, se empleó preguntas sencillas sobre la técnica aprendida.	El paciente proporciona el registro de sus estados emocionales, que incluye el nivel de malestar subjetivo (SUD). Realizar la práctica en casa de la técnica de las tres columnas paralelas y llevar un registro de la misma. La siguiente sesión la paciente presente el registro de sus estados emocionales y con los cambios de las emociones no deseadas.

Onceava sesión - técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de desarrollar programación de actividades

Tabla 16

Sesión 11

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Combatir la falta de motivación, la inactividad y la preocupación relacionada con sus ideas depresivas.	Técnica programación de actividades.	Inicio Breve diálogo sobre las tareas asignadas para la práctica semanal. Subrayar la importancia y el papel de realizar estas actividades diariamente. Se aclararon dudas relacionadas con el tema. Desarrollo La planificación de actividades se lleva a cabo en conjunto con la usuaria. Establecer metas con un enfoque realista, progresando de menor a mayor complejidad. Finalmente Se elaboró un resumen para fortalecer la información proporcionada. Se utilizó retroalimentación mediante preguntas simples acerca de la técnica aprendida.	El paciente presenta el registro de sus estados emocionales, que incluye el nivel de malestar subjetivo (SUD). Las actividades se completaron sin problemas por parte de la usuaria. En la próxima sesión, se propuso realizar una actividad elegida por la usuaria, como correr o ir al gimnasio.

Doceava sesión - técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de desarrollar entrenamiento asertivo.

Tabla 17

Sesión 12

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Minimiza la tensión y proporciona habilidades para defender los derechos legítimos de cada individuo sin ser agredido ni permitirse ser agredido.	Técnica entrenamiento asertivo	Inicio Breve diálogo sobre las tareas asignadas para la práctica semanal. Subrayar la importancia y el papel de realizar estas actividades diariamente. Se aclararon dudas relacionadas con el tema. Desarrollo Reconocer los patrones fundamentales de comportamiento interpersonal: agresivo, pasivo y asertivo. Identificar las circunstancias en las que deseamos ser más asertivos. Describir las situaciones problemáticas. Elaborar un guion para modificar nuestra conducta. Perfeccionar el lenguaje corporal apropiado. Aprender a detectar y evitar las manipulaciones de otras personas. Finalmente Se elaboró un resumen para fortalecer la información proporcionada. Se utilizó retroalimentación mediante preguntas simples acerca de la técnica aprendida.	El paciente presenta el registro de las actividades realizadas a lo largo de la semana. Proporcionar detalles adicionales acerca de las características, abordando los aspectos pasivo, agresivo y asertivo. Crear ejemplos de comportamiento asertivo y reconocer en el entorno doméstico las características de conducta que pueden ser agresivas, pasivas y/o asertivas.

Treceava sesión - técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de disminuir los síntomas fisiológicos por medio de las autoinstrucciones.

Tabla 18

Sesión 13

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Colaborar para que la usuaria adquiriera una nueva técnica para manejar su malestar fisiológico, creando experiencias placenteras y fomentando una mayor conciencia de sí misma y de su entorno.	Técnica de las autoinstrucciones	Inicio Breve diálogo sobre las tareas asignadas para la práctica semanal. Subrayar la importancia y el papel de realizar estas actividades diariamente. Se aclararon dudas relacionadas con el tema. Desarrollo Se iniciará con la presentación del modelado cognitivo, seguido por el modelado cognitivo participante. Luego, la usuaria expresará verbalizaciones en voz alta y baja, progresando hacia las autoinstrucciones encubiertas. Finalmente Se elaboró un resumen para fortalecer la información proporcionada. Se utilizó retroalimentación mediante preguntas simples acerca de la técnica aprendida.	El paciente presenta la tarea que se le encomendó. Realizar la práctica de la técnica. En la próxima sesión, la paciente exhibirá un conjunto de autoinstrucciones frente a una situación estresante.

Catorceava sesión - técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de prevenir recaída mediante la atención plena basada en técnicas cognitivas.

Tabla 19

Sesión 14

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Disminuir los síntomas restantes, prevenir recaídas y mejorar la calidad de vida.	Técnica de atención plena.	Inicio Breve conversación acerca de las asignaciones para la práctica durante la semana, destacando la relevancia y la función de llevar a cabo estas actividades a diario. Se resolvieron preguntas relacionadas con el tema. Desarrollo Método para reconocer las señales de alerta de posibles recaídas que nuestro cuerpo envía y los pensamientos que surgen en situaciones estresantes, conocido como técnica de autoconocimiento corporal. También, se incluye la técnica de respiración diafragmática. Finalmente Se elabora un resumen con el fin de reforzar la información proporcionada, y se empleó retroalimentación a través de preguntas sencillas sobre la técnica aprendida.	El paciente presenta la tarea que le fue asignada. Realizar la práctica de la técnica.

Autoregistros y aplicación de instrumentos de evaluación.

Tabla 20

Sesión 15

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Verificar que se han alcanzado los objetivos.	Auto registro Utilización de herramientas de evaluación.	Se examinan los registros que se asignaron en la sesión previa. Se aplica el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Pensamientos automáticos. Se evalúa el nivel de éxito alcanzado en relación con los objetivos establecidos al comienzo de la intervención. Fortalecer la utilización y habilidad en la implementación de estrategias de afrontamiento en contextos conflictivos y en la resolución de problemas. Se proporcionan los resultados definitivos hasta la fecha de evaluación.	El paciente presenta la tarea que le fue asignada. Realizar la práctica de la técnica.

En esta tabla se exhiben los objetivos, técnicas e instrumentos, así como las actividades y tareas presentadas en la sesión catorce.

Fase de seguimiento

Tabla 21

Sesión 16

Primer seguimiento cada quince días.	Retroalimentación
	Búsqueda de pruebas Beck, 2010).

Fase de seguimiento

Tabla 22

Sesión 17

Segundo seguimiento cada quince días.	Retroalimentación
	Búsqueda de pruebas Beck, 2010).

Fase de seguimiento

Tabla 23

Sesión 18

Seguimiento una vez al mes.	Retroalimentación
	Búsqueda de pruebas Beck, 2010).

Fase de seguimiento**Tabla 24***Sesión 19*

Retroalimentación	
Seguimiento una vez al mes.	Búsqueda de pruebas Beck, 2010).

2.7 Procedimiento

En la elaboración de este trabajo académico, se inició con la coordinación con la paciente para definir la investigación a llevar a cabo. Una vez establecido el sujeto de estudio, se procedió a la aplicación de los instrumentos pertinentes, tales como el Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y el Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck y Test de Millo. Se llevó a cabo un pretest antes de la intervención cognitivo-conductual en fechas específicas, y se acordó que la paciente asistiría a las citas psicológicas.

Se formalizó el contrato terapéutico y se obtuvo el consentimiento informado. Posteriormente, se estableció un modelo de intervención cognitivo-conductual para abordar la depresión de la paciente, siguiendo los lineamientos de investigación. Se realizaron búsquedas de investigaciones nacionales e internacionales relacionadas con la depresión para obtener orientación y apoyo.

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de información sobre el marco teórico de las variables independientes y dependientes, recurriendo a libros, artículos y revistas para obtener una perspectiva completa sobre dichas variables. También se indagó sobre el diseño de investigación utilizado en este trabajo académico.

Durante el proceso, se adoptó la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck como referencia, sirviendo como guía para la investigación. Se formularon el objetivo general y los objetivos específicos, presentando la propuesta de intervención cognitivo-conductual para el caso de depresión.

En cuanto a la intervención psicológica, se implementaron diversas técnicas cognitivo-conductuales, entre las que se incluyen la reestructuración cognitiva, las columnas paralelas (cuadro de registros), la detención de pensamientos, la regulación emocional, la relajación muscular progresiva (Jacobson), la respiración abdominal y el mindfulness como método

auxiliar.

2.8 Consideraciones éticas

La paciente dio su consentimiento verbal para utilizar su experiencia con la depresión en la creación de un trabajo académico para obtener un título de segunda especialización. Ella aceptó que su caso fuera presentado, siempre y cuando se resguardaran sus datos personales, incluyendo nombres, dirección y número de teléfono

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

Tabla 25

Resultados pre-test y post-test del Inventario de depresión de Beck

Mediación	M	Interpretación
Pretest	29	Depresión moderada
Posttest	5	Depresión mínima

Nota. Los resultados presentados corresponden a una comparación descriptiva de los puntajes de depresión antes y después de la intervención cognitivo-conductual.

Tabla 26

Registro de frecuencia e intensidad de pensamientos pre y post test

Conducta/ Problema	Frecuencia/ Intensidad	Pre/Post	Total
“Me siento sola”	F	Pre	66
	F	Post	4
	I	Pre	9
	I	Post	0.5
“Es horroroso que me halla engañado”	F	Pre	6.5
	F	Post	3
	I	Pre	9
	I	Post	0.4
“Yo tengo la culpa por haberlo presionado para que se casarse”	F	Pre	6.3
	F	Post	2
	I	Pre	8
	I	Post	0.2
“Siempre me engañan”	F	Pre	60
	F	Post	4
	I	Pre	8
	I	Post	0.2

	F	Pre	59
“Nadie se enamorará de mi si me separo”	F	Post	4
	I	Pre	8
	I	Post	0.2
	F	Pre	53
“Solo me está usando”	F	Post	3
	I	Pre	8
	I	Post	0.2

Nota. Se evidencia un cambio significativo en la frecuencia de pensamientos negativos e irracionales. Por ejemplo, en el pensamiento "me siento sola", el registro inicial fue de 66, disminuyendo a 4, con una intensidad que pasó de 9 a 0.5. En el pensamiento "es horroroso que me haya engañado", el puntaje inicial fue de 66 y disminuyó a 3, con una intensidad que bajó de 9 a 0.4. En el caso de "yo tengo la culpa por haberlo presionado para que se casarse", el registro inicial fue de 63 y concluyó en 2, con una intensidad que pasó de 8 a 0.2. Asimismo, el pensamiento "siempre me engañan" redujo su frecuencia de 60 a 4 veces, con un cambio en la intensidad de 8 a 0.2. Por último, el pensamiento "nadie se enamorará de mí si me separo" disminuyó de 59 a 4 veces, con un cambio en la intensidad de 8 a 0.2. En el caso de "solo me está usando", se observa una reducción de 53 a 3 veces, con una disminución de la intensidad de 8 a 0.2.

Tabla 27

Registro de frecuencia e intensidad (promedio) de emociones pre y post

Conducta/ Problema	Frecuencia/ Intensidad	Pre/Post	Total
Llanto	F	Pre	59
	F	Post	5
	I	Pre	8
	I	Post	0.4
Tristeza	F	Pre	47
	F	Post	4

	I	Pre	9
	I	Post	0.4
	F	Pre	46
Colera	F	Post	3
	I	Pre	9
	I	Post	0.2
	F	Pre	45
Miedo a quedarse sola	F	Post	3
	I	Pre	8
	I	Post	0.2
	F	Pre	37
Desesperación	F	Post	3
	I	Pre	8
	I	Post	0.2

Nota. En el Registro de Frecuencia e Intensidad (promedio) de Emociones de Evaluación de Ingreso y Salida, se nota una disminución en la frecuencia e intensidad de las emociones negativas. El llanto, por ejemplo, pasó de 59 a 5 en frecuencia y de 8 a 0.4 en intensidad promedio. La tristeza experimentó una reducción de 47 a 4 veces por semana y de 9 a 0.4 en intensidad promedio. La cólera disminuyó de 46 a 3 en frecuencia y de 9 a 0.2 en intensidad promedio. El miedo a quedarse sola, inicialmente con una frecuencia de 45, se redujo a 3, con una intensidad que bajó de 9 a 0.2. La desesperación disminuyó de 37 a 3 en frecuencia y de 8 a 0.2 en intensidad promedio.

Tabla 28

Registro de frecuencia de comportamientos pre y post test

Conducta Problema	Periodo	Total
Sentimiento de culpabilidad	Pre	66
por presionar para casarse	Post	4
Culpa experimentada por insistir en contra de la voluntad para contraer matrimonio.	Pre	65
	Post	2
Permanecer durante largos periodos en su habitación.	Pre	63
	Post	2

Pierde fácilmente la concentración	Pre Post	60 2
---------------------------------------	-------------	---------

Nota. En el Registro de frecuencia de comportamientos pre y post test, se evidencia un mejoramiento bastante significativo, mejorando en la paciente su malestar emocional.

3.2 Discusión de resultados

La paciente ha experimentado una disminución sustancial en los puntajes, evidenciando diferencias notables entre la etapa de evaluación inicial y la posterior, lo cual refleja una mejora en el comportamiento depresivo. Por consiguiente, se puede inferir que el conjunto de técnicas empleadas en la terapia cognitivo-conductual ha logrado un impacto significativo en la reducción de los síntomas cognitivos, emocionales y conductuales de la usuaria atendida.

De igual manera, se ratifica la relevancia de llevar a cabo las sesiones semanales, destacando especialmente la dedicación y compromiso exhibidos por la paciente durante el proceso terapéutico. Es crucial subrayar que, en este contexto, los pensamientos distorsionados, “tales como los relacionados me siento sola”, “es horroroso que me halla engañado” y otros que suscitaban emociones perjudiciales, experimentaron cambios significativos. Estos cambios se atribuyen a la aplicación de la reestructuración cognitiva.

Se lograron realizar cambios notables en las respuestas emocionales, como el llanto, tristeza, colera, miedo a quedarse sola, desesperación, mediante la aplicación de técnicas como actividades distractoras y autorregulación emocional. Se observa que la autorregulación emocional tiene un efecto predictivo en el incremento del afecto positivo y la reducción del afecto negativo.

En cuanto a las manifestaciones conductuales, tales, pasar más tiempo en su habitación, experimentar falta de concentración, sentimientos de culpabilidad por presionar para casarse. Culpa por insistir para contraer matrimonio; se utilizaron técnicas como la relajación profunda, la relajación muscular progresiva, las autoinstrucciones, la planificación de actividades, la asignación de tareas placenteras y gradualmente desafiantes, así como el entrenamiento en

asertividad.

En ese sentido los resultados del presente trabajo coinciden con los resultados de otros autores en donde sugieren que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es una intervención eficaz para tratar el trastorno depresivo persistente. Este enfoque terapéutico puede ayudar a las personas con depresión a identificar y modificar sus pensamientos y comportamientos negativos, lo que potencialmente conduce a mejoras significativas en los síntomas, el estudio de Betancur (2020) respalda esta afirmación, mientras que el trabajo de Acevedo y Gelves (2018) enfatiza la eficacia de la TCC específicamente en mujeres con este trastorno, las investigaciones cognitivo-conductuales, como el estudio de Suárez (2022) en Lima, también respaldan la efectividad de la TCC en el tratamiento de la depresión, en este estudio se observó una notable disminución en los síntomas depresivos de una paciente, pasando de una depresión grave a una leve, además de mejoras en su funcionamiento general, autoestima, motivación y capacidad para enfrentar situaciones estresantes. En tal sentido los resultados sugieren que la TCC es una herramienta valiosa en el abordaje de la depresión, tanto a nivel internacional como nacional, y se espera que este estudio sirva como base para investigaciones futuras sobre el tema.

3.3 Seguimiento

Posteriormente a la culminación del proceso de intervención, se realizó un seguimiento orientado a evaluar el mantenimiento de los cambios terapéuticos alcanzados. Durante este periodo, se observó una estabilidad en la sintomatología depresiva, así como la continuidad en el uso de las estrategias cognitivas y conductuales aprendidas durante el tratamiento.

Asimismo, el seguimiento permitió reforzar la aplicación autónoma de técnicas de afrontamiento, especialmente en situaciones que previamente generaban malestar emocional. Este espacio resultó útil para consolidar los logros obtenidos y fortalecer la percepción de autoeficacia de la usuaria, contribuyendo a la prevención de posibles recaídas.

IV. CONCLUSIONES

- El presente estudio de caso permitió comprobar que la intervención cognitivo-conductual aplicada de manera estructurada y sistemática contribuyó de forma significativa a la reducción de los síntomas depresivos en la usuaria evaluada. Los cambios observados se reflejaron no solo en la disminución de la sintomatología medida mediante instrumentos psicométricos, sino también en la modificación progresiva de patrones cognitivos disfuncionales y conductas evitativas.
- Asimismo, la aplicación integrada de técnicas cognitivas y conductuales favoreció el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, promoviendo una mayor capacidad de autorregulación emocional y un desempeño más adaptativo en situaciones sociales previamente percibidas como amenazantes.
- Finalmente, los resultados obtenidos respaldan la utilidad de la terapia cognitivo-conductual como una alternativa eficaz para el abordaje de la depresión moderada en población adulta, destacando la importancia de un enfoque individualizado que considere las características personales, cognitivas y emocionales de la usuaria.

V. RECOMENDACIONES

- Se recomienda continuar con sesiones de seguimiento psicológico orientadas a reforzar las habilidades cognitivas y conductuales adquiridas, a fin de prevenir recaídas y consolidar los avances terapéuticos alcanzados.
- Asimismo, se sugiere que futuras intervenciones consideren la aplicación de programas cognitivo-conductuales en contextos de atención primaria en salud mental, especialmente en población adulta con sintomatología depresiva moderada.
- Desde el ámbito académico, se recomienda desarrollar investigaciones similares con diseños metodológicos más robustos y muestras ampliadas, lo que permitirá fortalecer la evidencia empírica sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el contexto peruano.
- Finalmente, se propone que los profesionales de la salud mental continúen actualizando sus competencias en enfoques basados en la evidencia, promoviendo intervenciones integrales que contemplen los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del paciente.

VI. REFERENCIAS

- Acevedo, M. y Gélvez, L. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*, 55(146158).
<https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/1001/1449>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*.
- Beck, A. (1960). Thinking and depression: Towards a theory of double depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. (1967). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Meridian.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.
- Beck, A. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9511/141365.pdf>
- Beck, A., Davis, D. y Freeman, A. (2020). The role of self-monitoring in cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 34(4), 347-356. <https://doi.org/10.1891/0887-6138.34.4.347>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, F. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Desclée de Brouwer.
- Betancur, A. (2020). *Intervención cognitivo-conductual en un paciente con trastorno depresivo persistente*. [Trabajo de grado, Universidad del Norte]. Repositorio UNINORTE.
<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9511/141365.pdf>
- Calderón, C. (2020). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión en una mujer adulta de 29 años. *Revista de Psicología Clínica y Psicopatología de América Latina*, 27(2), 123-132.

- Céspedes, Á. (2019). Programa de intervención cognitivo-conductual para la depresión en pacientes de una clínica en Chiclayo. *Revista de Psicología Clínica y de la Salud*, 6(2), 135-148. <https://doi.org/10.33575/revpsicclinsa.v6i2.209>
- Charles, F. (1966). Schedules of reinforcement. En C. B. Ferster y B. F. Skinner (Eds.), *Schedules of reinforcement* (pp. 1-57). Appleton-Century-Crofts.
- Coyne, J. (1976). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.85.2.186>
- Cruz, N. (2019). *Caso en Bolivia que involucró a un joven de 17 años con un diagnóstico de depresión recurrente*. [Trabajo para optar el título de especialista en psicología clínica, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio UPB. <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/8435/39169.pdf>
- Domínguez, S., Villegas, G., Yauri, C., Aravena, M. y Ramírez, F. (2013). Análisis psicométrico Preliminar de la Forma Corta del EPQ-R en una muestra de Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana. *Avances en Psicología*. 21(1), 73- 82. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/308>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Stuart.
- Flores, P. (2019). Intervención cognitivo-conductual en una adolescente con depresión: estudio clínico de caso único. *Revista de Psicología Clínica y de la Salud*, 23(2), 135-144. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5567/FLORES_AV.pdf
- Friedman, R. y Katz, M. (1974) *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-197). John Wiley & Sons.
- Lacomba, M., Jiménez, J., Pérez, A. y Gómez, J. (2021). Programa de intervención integral para mujeres con trastorno depresivo persistente: estudio piloto. *Revista de Psicología Clínica y de la Salud*, 25(2), 141-152. <https://doi.org/10.5093/cc2021a1>

- Lewinsohn, P. (1975). The Behavioral Study and Treatment of Depression. *Progress in behavior modification*, 1, 19-64. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-535601-5.50009-3>
- Ministerio de Salud. (2018). *Pautas de la política de salud mental en Perú*. [Archivo PDF]. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- National Institute of Mental Health. (15 de septiembre 2023). *Depresión: Una guía para la comprensión y el tratamiento*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- Navarro, M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único*. [Tesis maestría, Universidad del Norte]. Repositorio UNINORTE. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf>
- Nizama, L. (2021). Impacto de las medidas de confinamiento por COVID-19 en la salud mental de la población peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(4), 707-714. <https://doi.org/10.25273/rpmesp.2021.384.4471>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2020). Salud mental: un llamamiento a la acción. *World Health Statistics*. https://www.who.int/gho/mental_health/en/
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, décima Revisión (CIE-10)*. [Archivo PDF]. <https://platform.who.int/docs/default-%20%20101%20%20source/mca-documents/policy-documents/guideline/NIC-CC-55-01-GUIDELINE2018-esp-CIE-10-Volume2.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). Salud mental de jóvenes adultos en Perú: un estudio transversal. *Bulletin of the WorldHealth Organization*, 97(10), 1- 9. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.21615>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (31 de marzo de 2023).

- Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80150-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80150-0)
- Rehm, L. P., y Kanfer, F. H. (1977). Un modelo de autocontrol de la depresión. *Behavior Therapy*, 8, 787-804. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80012-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80012-1)
- Retamal, M. (1999). La depresión: Una revisión de sus aspectos clínicos y terapéuticos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 37(1), 7-14.
- Rodríguez, E. A., y Farfán, D. (2015). Propiedades psico-métricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*, 4, 71-78. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/3620/4265>
- Rodríguez, J., y Pablo, J. (2019). *Efectos de un programa cognitivo Conductual en la depresión del adulto mayor del programa CAM - de la provincia de Lambayeque, 2016* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio institucional UNPRG. <https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/7751/BC-%204038%20JAIME%20RODRIGUEZ.pdf>
- Ruiz, J. J., y Luján, J. E. (1991). Un modelo cognitivo para afrontar problemas emocionales. En J. J. Ruiz y J.J Inbernón (Eds.), *Sentirse mejor: cómo afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva* (pp. 1-57). ESMD-Ubeda. https://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse1.htm
- Seligman, M. (1991). Learned helplessness. Freeman. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511819209>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Free Press.
- Suárez, V. (2022). *Intervención cognitivo conductual en el caso de una mujer joven con*

depresión [Trabajo académico para optar por el título de especialista, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional UNFV.
<https://hdl.handle.net/20.500.13084/5920>

VII. ANEXOS

ANEXO A:

PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Este anexo presenta una reconstrucción académica de los protocolos de aplicación, registro e interpretación de los instrumentos utilizados en el estudio de caso. No reproduce los formularios originales de las pruebas, sino un formato descriptivo adecuado para sustentar metodológicamente el proceso de evaluación.

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Objetivo

Evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva antes y después de la intervención.

Procedimiento de aplicación

- Aplicación individual en ambiente privado.
- Explicación de las instrucciones y verificación de comprensión.
- Calificación conforme al manual del instrumento.
- Comparación de resultados pretest y posttest.

Aspecto	Resultado
Pretest	29 puntos (Depresión moderada)
Posttest	5 puntos (Depresión mínima)
Cambio	Disminución clínicamente significativa de la sintomatología

Interpretación clínica

Los resultados evidenciaron una reducción importante de la sintomatología depresiva tras el programa de intervención cognitivo-conductual, coherente con la evolución clínica descrita en el trabajo.

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

Objetivo

Identificar pensamientos automáticos negativos relacionados con el cuadro depresivo.

Procedimiento de aplicación

- Aplicación individual.
- Análisis de los patrones cognitivos predominantes.
- Integración con la entrevista clínica y registros cognitivos.

Registro de resultados

Aspecto	Resultado
Pensamientos predominantes	Fracaso, culpa, minusvalía y desesperanza
Frecuencia inicial	Alta
Frecuencia posterior	Disminución tras reestructuración cognitiva

Interpretación clínica

El análisis permitió identificar las cogniciones centrales que mantenían el problema emocional y orientar el trabajo terapéutico.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II)

Objetivo

Explorar patrones de personalidad y síndromes clínicos asociados.

Procedimiento de aplicación

- Administración individual.
- Revisión de consistencia de respuestas.
- Interpretación integrada con la entrevista clínica.

Registro de resultados

Aspecto	Resultado
Utilidad clínica	Complementó la formulación del caso
Integración	Apoyó la planificación terapéutica

Interpretación clínica

El instrumento se utilizó como apoyo para comprender el funcionamiento de personalidad y

enriquecer la formulación clínica, sin constituir el único criterio diagnóstico.

Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma B

Objetivo

Evaluar dimensiones generales de personalidad.

Procedimiento de aplicación

- Aplicación individual.
- Corrección mediante baremos correspondientes.
- Integración con el resto de la evaluación.

Registro de resultados

Aspecto	Resultado
Dimensiones evaluadas	Extraversión, Neuroticismo y Sinceridad
Utilidad	Complementó el perfil psicológico

Interpretación clínica

Los resultados permitieron comprender características estables de personalidad relevantes para la intervención y el pronóstico clínico.

Hoja de Registro de Sesiones

Sesión	Fecha	Objetivo	Técnicas	Observaciones
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

14				
15				

Formato de Observación Clínica

Nombre:

Fecha:

Aspecto físico:

Conducta motora:

Contacto visual:

Lenguaje:

Estado de ánimo:

Afecto:

Pensamiento:

Percepción:

Orientación:

Atención:

Memoria:

Juicio:

Insight:

Observaciones:

Registro de Pensamientos Automáticos

Situación	Pensamiento	Emoción	Intensidad	Respuesta alternativa
Recuerda infidelidad	Mi vida es un fracaso	Tristeza	8/10	Mi valor no depende de esa experiencia.
Discusión con pareja	Nadie se enamorará de mí	Culpa	8/10	Puedo construir relaciones saludables.

Registro de Emociones

Situación	Emoción	Inicial	Final	Comentario
Recuerdo de la infidelidad	Tristeza	8	3	Disminución posterior al tratamiento
Discusión	Cólera	7	3	Mejor regulación emocional
Autocrítica	Frustración	7	2	Mayor afrontamiento

Registro Conductual

Conducta	Pre	Post	Observación
Llanto	Frecuente	Ocasional	Disminución importante
Aislamiento	Frecuente	Escaso	Mayor interacción
Permanecer en cama	Frecuente	Infrecuente	Incremento de actividades
Evitación	Alta	Baja	Mayor afrontamiento