



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO PSICOLÓGICO: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN MAYOR

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad
profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora:

Cornejo Domínguez, María Belén

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado:

Díaz Hamada, Luis Alberto

Del Rosario Pacherez, Orlando

Campana Cruzado, Frey Antonio

Lima - Perú

2024



CASO PSICOLÓGICO: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN MAYOR

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

24%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	6%
2	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	5%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
4	core.ac.uk Fuente de Internet	1%
5	vsip.info Fuente de Internet	1%
6	es.scribd.com Fuente de Internet	1%
7	diagnosticopsicologico2016.blogspot.com Fuente de Internet	1%
8	qdoc.tips Fuente de Internet	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO PSICOLÓGICO: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE

DEPRESIÓN MAYOR

Línea de investigación

Salud mental

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

Cognitivo Conductual

Autora:

Cornejo Domínguez, María Belén

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado:

Díaz Hamada, Luis Alberto

Del Rosario Pacherez, Orlando

Campana Cruzado, Frey Antonio

Lima-Perú

2024

Pensamientos

"No somos víctimas pasivas de nuestras circunstancias. Tenemos la capacidad de cambiar nuestros pensamientos, lo que a su vez transforma nuestras emociones y nuestra vida."

Aaron T. Beck

“Aceptar nuestras emociones sin juzgarlas es el primer paso hacia el cambio. La compasión hacia uno mismo es esencial en la recuperación de la depresión.”

Marsha Linehan:

Dedicatoria

A mis amados padres, por su amor incondicional y su constante apoyo, que me han enseñado el valor de la perseverancia y el esfuerzo. Gracias por ser mi inspiración y mi mayor apoyo en cada paso de este camino.

A mis hermanos, por ser mis compañeros de vida, por compartir sueños y desafíos, y por su aliento en los momentos difíciles.

Agradecimientos

A Dios, por guiarme y darme la fortaleza necesaria para superar cada desafío en este camino académico. Su luz ha sido un faro en mis momentos de duda.

A mi familia, por su amor incondicional y su apoyo constante. Gracias por estar siempre a mi lado, brindándome ánimo y motivación. Su confianza en mí ha sido fundamental para alcanzar este logro.

A los docentes de la Universidad Federico Villarreal, por compartir su conocimiento y pasión por la enseñanza. Sus enseñanzas han enriquecido mi formación y me han preparado para enfrentar el futuro con confianza.

Índice

Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción del problema.....	2
1.2. Antecedentes.....	3
1.2.1. Antecedentes Nacionales.....	3
1.2.2. Antecedentes internacionales	5
1.2.3. Fundamentación Teórica	7
1.2.3.1. Terapia Cognitivo Conductual.....	17
1.2.3.2. Depresión.....	23
1.2.3.3. Modelo cognitivo conductual en depresión.....	26
1.3. Objetivos	17
1.4. Justificación.....	18
1.5. Impactos esperados del trabajo académico.....	19
II. METODOLOGIA.....	20
2.1. Tipo y diseño de Investigación	20
2.2. Ámbito temporal y espacial.....	20
2.3. Variables de Investigación	20
2.3.1. Variable independiente: Programa de intervención cognitivo conductual	20
2.3.2. Variable dependiente: Depresión.....	21
2.4. Participante	22
2.5. Técnicas e instrumentos	22
2.5.1. Técnicas.....	22
2.5.2. Instrumentos	23
2.5.3. Evaluación psicológica.....	27
2.5.4. Evaluación Psicométrica	32
2.5.5. Informe psicológico integrador	34
2.6. Intervención.....	41
2.6.1. Plan de intervención y calendarización.....	41
2.6.2. Programa de intervención.....	41
2.7. Procedimiento	43
2.8. Consideraciones éticas	43
III. RESULTADOS.....	44

3.1. Análisis de Resultados	44
3.2. Discusión de Resultados.....	47
3.3. Seguimiento	51
IV. CONCLUSIONES	52
V. RECOMENDACIONES	53
VI. REFERENCIAS	54
VII. ANEXOS	60

Índice de tablas

Tabla 1	Definición operacional del programa de intervención	22
Tabla 2	Ficha técnica del Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis	23
Tabla 3	Ficha técnica del Inventario de depresión de Beck	24
Tabla 4	Resultados del registro de pensamientos	36
Tabla 5	Resultados del registro de conductas disfuncionales	37
Tabla 6	Criterios según DSM-V para el Trastorno depresivo mayor, recurrente (F32.2)	37
Tabla 7	Análisis funcional	38
Tabla 8	Análisis cognitivo	40
Tabla 9	Diagnóstico funcional	40
Tabla 10	Programa de intervención cognitivo conductual	42

Índice de Figuras

Figura 1	Autorregistro de pensamientos	25
Figura 2	Autorregistro de conductas	25
Figura 3	Resultados pre y post test del Inventario de Depresión de Beck - II	44
Figura 4	Resultados pre y post test del cuestionario de creencias irracionales de Ellis	44
Figura 5	Registro Semanal de Intensidad de Emociones	45
Figura 6	Registro de Frecuencia de Conductas	45
Figura 7	Registro de las conductas del programa de actividades	46

Resumen

El presente estudio de caso de intervención cognitivo conductual tuvo por objetivo disminuir la sintomatología cognitiva, fisiológica y conductual de la depresión mayor, a través de la aplicación de un programa cognitivo conductual. Se realizó en una mujer joven de 23 años con depresión mayor. El estudio fue de tipo experimental de caso único, con un diseño A B con evaluaciones pre y post test. Los instrumentos utilizados en la obtención de datos fueron: la entrevista, autorregistros, línea base, el Inventario de Depresión de Beck- II y el Inventario de Creencias Irracionales de Ellis. Por otro lado, la intervención constó de 3 sesiones de evaluación, 20 sesiones de intervención y 2 sesiones de seguimiento, con una duración de entre 50 a 60min. Las técnicas cognitivo conductuales que se aplicaron fueron: psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva de Jacobson, auto instrucciones, plan de actividades y técnica de resolución de problemas. Los resultados alcanzados al concluir el programa de intervención indicaron que se consiguió una mejoría de los síntomas depresivos a nivel fisiológico, cognitivo, emocional y conductual, mostrando la efectividad de la terapia cognitiva conductual en los casos de depresión.

Palabras clave: estudio de caso, depresión mayor, terapia cognitivo conductual.

Abstract

The present cognitive-behavioral intervention case study aimed to reduce the cognitive, physiological and behavioral symptoms of major depression, through the application of a cognitive-behavioral program. It was conducted on a 23-year-old woman with major depression. The study was a single-case experimental type, with an A B design with pre- and post-test evaluations. The instruments used to obtain data were: interview, self-records, baseline, the Beck Depression Inventory-II and the Ellis Irrational Beliefs Inventory. On the other hand, the intervention consisted of 3 evaluation sessions, 20 intervention sessions and 2 follow-up sessions, with a duration of between 50 and 60 minutes. The cognitive-behavioral techniques applied were: psychoeducation, cognitive restructuring, Jacobson's progressive muscle relaxation, self-instructions, activity plan and problem-solving technique. The results achieved at the end of the intervention program indicated that an improvement in depressive symptoms was achieved at the physiological, cognitive, emotional and behavioral levels, showing the effectiveness of cognitive behavioral therapy in cases of depression.

Keywords: case study, major depression, cognitive behavioral therapy.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es una condición emocional marcada por una tristeza intensa, vinculada a la pérdida de disfrute e interés en actividades durante extensos períodos de tiempo esto puede generar problemas en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la vida en comunidad y doméstica, así como en el ámbito laboral y educativo, así también, aproximadamente de la población global el 3.8% padece depresión (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Según Panamerican Life (2022) indica que la depresión y ansiedad son los trastornos más frecuentes en el Caribe y América Latina; siendo la de mayor predominancia la depresión, la cual está relacionada con la edad y tiene un gran impacto en el total de años de vida con discapacidad; del mismo modo, de acuerdo con la data registrada los países que sufren de mayores cargas y han perdido más años debido a las depresiones son Paraguay, Perú, Brasil, Ecuador y Colombia.

Llamoza et al. (2022) realizó una revisión de la Encuesta Nacional Demográfica y de Estado de Salud (ENDES) del 2014 al 2019, para evaluar los problemas que afectan la esfera mental; los resultados que se obtuvieron fueron que encontraron un incremento en los trastornos depresivos severos entre ellos el trastorno de depresión mayor, donde en el último año hubo un incremento del 3% de los mismos; a la vez es importante resaltar que se apreció una afectación creciente en la zona norte del país, entre ellas la región Lambayeque.

El presente trabajo académico es un estudio de caso de una mujer de 23 con síntomas de un trastorno de depresión mayor que afecta en la realización de sus actividades diarias, para lo cual se empleó intervención cognitivo conductual con el propósito de reducir dicha sintomatología.

Además, el caso actual se divide en siete capítulos y se explica de la siguiente forma: en el I capítulo se expone la descripción del problema, antecedentes nacionales e internacionales, fundamentación teórica, los objetivos del caso, justificación e impactos

esperados del trabajo académico. En el capítulo II se precisa la metodología, tipo y diseño de investigación, variables de la investigación, participante, técnicas e instrumentos, análisis e interpretación de resultados de la evaluación, conclusiones y recomendaciones, así como, el programa de intervención con el objetivo general y específico correspondiente a cada sesión y las consideraciones éticas.

En el III capítulo se encuentra los resultados del pre test y post test con el análisis de los resultados. Por otro lado, en el IV capítulo se exponen las conclusiones y en el capítulo V se encuentran las recomendaciones.

Finalmente, en el capítulo VI se presentan las referencias y en el capítulo VII los anexos.

1.1. Descripción del problema

Según Celleri et al. (2023), el trastorno de depresión mayor es un problema serio que afecta el bienestar psicológico y que se distingue por un estado de ánimo deprimido y/o la falta de disfrute en la mayor parte de las actividades. Puede provocar un gran sufrimiento en la persona afectada, impactar negativamente sus tareas ocupacionales, educativas y familiares, y en ciertos casos, conducir al suicidio. Además, la OMS (2023) distingue la depresión de las modificaciones comunes en el estado de ánimo y los sentimientos del día a día; esta puede tener una influencia en todos los ámbitos de la vida de la persona, como las relaciones interpersonales, de comunidad, así como los resultados de problemas escolares y laborales.

En Perú, según el diario El Peruano (2023) señala que en el 2022 la cifra de casos atendidos por problemas de salud mental aumentó un 19.21% en comparación al 2021; siendo los problemas más recurrentes los relacionados a la depresión, ansiedad, reacción al estrés agudo y síndrome de maltrato.

En cuanto a las variables asociadas a la depresión una de ellas es el género, en ese sentido, el Ministerio de Salud (MINSA, 2022) señaló que de 247 171 casos atendidos de

depresión a nivel nacional el 75.24% correspondía a mujeres. Esto podría estar vinculado al rol social y familiar al que están expuestas, ello de acuerdo con el estudio realizado en Lima en mujeres adultas jóvenes de 19 a 40 años con depresión (Romero, 2023).

La Secretaria Nacional de la Juventud (SENAJU, 2023) informa que en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 2022, los jóvenes de 15 a 29 años reportaron una mayor cantidad de problemas relacionados con la salud mental, incluida la depresión, en contraste con la población adulta mayor.

En el presente estudio se describió un caso de depresión mayor de una paciente de 23 años la cual muestra sintomatología depresiva como: niveles altos en tristeza y desesperanza, llanto frecuente, autolesiones, pensamientos relacionados a querer morir y ser insuficiente y dificultad para realizar sus actividades cotidianas.

Existe una amplia gama de opciones para tratar la depresión, pero la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) es uno de los principales estudiados y relevantes, ya que pertenece al grupo de terapias basadas en pruebas y, por lo tanto, está respaldada por evidencia científica. Barlow (2018) afirma que la TCC es una de las opciones más destacadas y eficaces de tratar la depresión. Esto se debe a dos razones: primero, porque es el enfoque de psicoterapia que ha sido más investigado, y segundo, porque los estudios han demostrado que su intervención funciona bien en comparación con otros modelos.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Chuchon (2022) expuso un caso clínico de una mujer de 36 años que sufría de depresión recurrente. Para llevar a cabo la evaluación, utilizó el Inventario de Personalidad de Eysenck forma B, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Pensamientos Automáticos y el Inventario Multiaxial de Millon. Para el tratamiento, utilizó una intervención cognitiva conductual durante catorce sesiones que incluyó técnicas como reestructuración cognitiva,

reasignación, relajación muscular progresiva y juego de roles. El programa demostró una disminución considerable de los signos de depresión recurrente después de su implementación. Llegó a la conclusión que el programa de intervención tenía un efecto beneficioso en la vida de la paciente y cumplió con los objetivos propuestos.

García (2021) presentó un estudio de caso clínico en Lima sobre una mujer de 39 años con rasgos de personalidad dependientes y trastorno depresivo recurrente. Como objetivo del estudio tuvo modificar sus cogniciones des adaptativas y disminuir la sintomatología depresiva para recurrar su funcionalidad. Para ello utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon y el Inventario de depresión de Beck II. El tratamiento incluyó quince sesiones de intervención cognitiva conductual, que incluyeron reestructuración cognitiva, modelado, ensayo conductual y técnicas de resolución de problemas. Luego de la implementación del programa concluyó que debido a la intervención cognitivo conductual la paciente presentó nuevas conductas que le permitieron adaptarse al medio y la remisión del diagnóstico de trastorno depresivo recurrente.

Llamo (2022) presentó un caso único en Lima de una joven adulta con depresión, cuyo objetivo era reducirla mediante el uso de un programa de terapia cognitivo conductual. Las 13 sesiones de intervención incluyeron psicoeducación, asignación de tareas, control y satisfacción, relajación progresiva, ensayo conductual y entrenamiento en habilidades sociales. Los hallazgos mostraron una reducción en los síntomas depresivos.

Candela (2022) llevó a cabo un proyecto de investigación en Lima titulado: “Efectos de un programa cognitivo conductual en el nivel de depresión en un caso único” en Lima, es un estudio experimental de caso único en un varón de 18 años de edad. Su objetivo principal de la investigación fue evaluar el impacto de un programa cognitivo conductual en un caso de depresión. Empleó como instrumentos de evaluación el inventario de depresión de Beck (BDI-II). Así mismo, el programa de intervención consistió de 10 sesiones agrupadas en tres

módulos, donde trabajó técnicas de relajación de Jacobson, TREC, programación de actividades y habilidades sociales. Y concluyó que el programa cognitivo conductual reduce el grado de depresión en la implementación de casos individuales.

Pissani (2022) presentó la intervención de un caso singular en Chiclayo en el que una mujer de edad adulta fue diagnosticada con el diagnóstico de trastorno depresivo moderado. El objetivo general era minorar las creencias irracionales significativas que mantenían a la usuaria deprimida. Se utilizó para la evaluación el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de autoestima de Cooper Smith y el Inventario de Creencias Irracionales de Ellis. Se realizaron 21 sesiones de intervención utilizando el modelo cognitivo conductual y se emplearon varias técnicas, como psicoeducación, TREC, reestructuración cognitiva, técnica de relajación progresiva de Jacobson, afirmaciones racionales positivas, refuerzos y asignación de tareas. Después de implementar el programa, la usuaria logró reducir sus síntomas depresivos, mejorar su confianza en sí misma y cambiar sus creencias irracionales que perpetuaban la depresión.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Anton, et al. (2016) investigaron un caso clínico en España de una mujer de 18 años que padecía depresión para lo cual emplearon la intervención cognitivo conductual en la reducción de su sintomatología depresiva y una mejora en su estado de ánimo. Para la evaluación, utilizó el inventario de depresión de Beck, la escala de autoestima de Rosenberg, la escala de Alexitimia de Toronto y el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. Usó respiración diafragmática, autoinstrucciones, asertividad y reestructuración cognitiva.

Robayo (2022) llevó a cabo un caso clínico de una mujer en Barranquilla con diagnóstico de trastorno depresivo mayor persistente. Para la evaluación, utilizó el inventario de pensamientos automáticos, el inventario de depresión de Beck y el cuestionario de esquemas de Young. Se usó el enfoque cognitivo conductual para llevar a cabo la intervención, que incluyó métodos como la reatribución, la búsqueda de alternativas, la flecha descendente y la

programación de actividades. Finalmente llegó a la conclusión de que la intervención cognitivo conductual fue efectivo para lograr sus objetivos terapéuticos.

Acevedo y Gelvez (2018) realizaron un estudio de caso único en Colombia sobre una mujer de 35 años con diagnóstico de depresión persistente. Se utilizaron el modelo cognitivo conductual durante catorce sesiones y se consideraron las fases de evaluación, intervención, cierre y seguimiento. En la etapa de evaluación se utilizaron los instrumentos IDER y BDI, que se utilizaron como pruebas previas y posteriores. Por lo tanto, se utilizaron técnicas de psicoeducación, retribución, registro de pensamientos inadecuados, flecha descendente, discusión y debate de creencias, debate socrático, solución de problemas y entrenamiento en autoestima para la intervención. La intervención fue efectiva, ya que el consultante no tuvo más síntomas y su salud mental mejoró.

Goyeneche (2018) lleva a cabo un análisis de caso sobre una mujer de 39 años en Bolivia con diagnóstico de trastorno de depresión mayor empleando un enfoque cognitivo conductual. El inventario de depresión de Beck, la escala de estrategias de afrontamiento y el inventario de expresión de ira Estado-rasgo (STAXI-2) se utilizaron para la evaluación. La intervención consistió en diez sesiones utilizando técnicas de psicoeducación, detección de pensamientos, reestructuración cognitiva, respiración diafragmática y resolución de conflictos. Luego se descubrió que la intervención cognitivo conductual redujo los pensamientos de minusvalía, soledad, dependencia y comportamientos impulsivos.

Cruz (2019) lleva a cabo un estudio en Bucaramanga con un adolescente de 17 años diagnosticado con trastorno depresivo recurrente y episodios depresivos graves sin signos psicóticos. Para la evaluación, utilizó los registros cognitivos conductuales, la Escala de Estrategias de Coping Modificadas (EEC-M), la Escala de Riesgo Suicida, el inventario de depresión de Beck y otros recursos. La terapia cognitiva conductual fue utilizada para llevar a cabo la intervención, que consistió en doce sesiones que incluyeron métodos como

psicoeducación, reestructuración cognitiva, detección y control de pensamientos automáticos y resolución de problemas. Al concluir el tratamiento, demostró una disminución de los síntomas de depresión tanto cognitivamente como en su comportamiento.

1.2.3. Fundamentación Teórica

1.2.3.1. Terapia Cognitivo Conductual. “La terapia cognitivo conductual (TCC) puede definirse como aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente” (Plaud, 2001, p.36). Así también, Vernon y Doyle (2018), comentan que la terapia cognitivo conductual es una forma de terapia psicológica que trata de solucionar problemas, emociones y comportamientos disfuncionales que están surgiendo. Además, considera aspectos como el contexto, pensamientos, el aprendizaje y las verbalizaciones. Es así como los objetivos de la TCC según Puerta y Padilla (2011) son: reducir el pensamiento disfuncional, mejorar el autocontrol, mejorar la capacidad para resolver problemas, incrementar los niveles de refuerzo positivo y fortalecer las habilidades sociales.

Según Ruiz et al. (2021), podemos identificar cuatro características evidentes de la TCC actual:

- Primero. La psicoterapia cognitivo conductual es una forma de tratamiento que trata las respuestas desadaptadas. A medida que se han practicado, estas respuestas se han transformado en rutinas en el repertorio de comportamiento de la persona. La terapia cognitivo conductual (TCC) sostiene que el individuo es responsable de los procesos que le influyen y tiene dominio sobre ellos.

- Segundo. la psicoterapia TCC es un área para el avance en el campo de la salud porque dispone con estrategias y programas dirigidos a una diversidad de problemas y trastornos, en contraste con otras psicoterapias de largas duración.

- Tercero. La TCC generalmente tiene un enfoque educativo, que puede ser más o menos explícito. La mayoría de los procedimientos incluyen lecciones.

- Cuarto. A lo largo de todo el proceso, la TCC se enfoca en la validación empírica de los tratamientos y hace referencia constantemente a la metodología experimental.

La TCC se basa principalmente en la psicología del aprendizaje como actividad terapéutica. Hoy en día, un componente de sus intervenciones está basada en la psicología científica, la cual tiene como objetivo servir como su punto de referencia. Además, destaca los factores que influyen en el comportamiento actual, pero también considera los factores históricos que explican la situación actual (Ruíz et al. 2021).

Kosovsky (2018) destaca que la terapia cognitivo conductual ha experimentado un cambio significativo desde la década de 1970 hasta el presente. La primera generación de este modelo se fundamentó en el desarrollo de la conducta, así como en un mayor conocimiento e investigaciones sobre el aprendizaje. Con su teoría del aprendizaje, Bandura contribuyó con sus ideas al inicio de los tratamientos de TCC.

A. Modelos de la terapia cognitivo conductual. Alarcón, (2022) indica que la TCC se fundamenta en cuatro modelos: el condicionamiento clásico u operante, de aprendizaje social y el modelo cognitivo.

A.1. Modelo clásico: Ivan Pvllov contribuyó significativamente a la creación de teorías del aprendizaje. Él lideró el uso de técnicas experimentales en la terapia conductual. El condicionamiento clásico, descubierto de manera inesperada a finales del siglo XIX, tuvo un impacto significativo en la psicología y la terapia conductual en general. Un método común para producir un condicionamiento clásico es mostrar un estímulo neutro (EN) y un estímulo con cierto valor (estimulo incondicionado). El organismo que se está investigando no está afectado por un estímulo neutro. Se repite de manera constante hasta que se ignora de manera consistente para garantizar de que el estímulo es verdaderamente neutro.

Se ha considerado que el condicionamiento clásico es el mecanismo de adquisición de conocimientos fundamental para una amplia gama de fenómenos. Este paradigma también se puede aplicar a una variedad de situaciones de aprendizaje, como los contextos de percepción, la formación de juicios causales y las asociaciones básicas (Ruiz, et al. 2012).

A.2. Modelo operante: Skinner y Pavlov fueron los creadores más importantes de la terapia conductual. Skinner abrazó el conductismo y rechazó la psicología convencional y todas sus ideas, tachándolas de “mentalistas”, y centró su investigación en el comportamiento.

Skinner estableció los principios básicos de condicionamiento operante (refuerzo, castigo, extinción, control estimular y entrenamiento en discriminación) y las variables que contribuyen a la conducta operante; entre ellos, el concepto de refuerzo resulta central. Este concepto se refiere a la frecuencia, intensidad o duración de una respuesta a la que siguen inmediatamente ciertas consecuencias. De esta forma, a cualquier consecuencia que consiga este efecto, es decir, fortalezca la respuesta a la que sigue, se le denomina refuerzo (Ruiz et al, 2012, p.48).

Una forma de estudiar el comportamiento que se basó en las ideas de Skinner fue el análisis experimental del comportamiento. Este enfoque se centró en la investigación entre la conducta y los estímulos del entorno. El análisis experimental de la conducta tenía como objetivo crear una disciplina científica del comportamiento capaz de describir, anticipar y modificar el comportamiento (Ruiz et al. 2012).

El análisis experimental de la conducta aplicada facilitó abordar una variedad de problemas relevantes en el ámbito social, como dificultades en el salón de clases, dificultades de comportamiento en menores de edad sin trastornos del desarrollo, y el desarrollo de lenguaje, entre otros. Como resultado, se desarrolló la guía del análisis conductual aplicado. Hoy en día, los procedimientos operantes son una parte habitual en el tratamiento de la TCC y juegan un papel fundamental en áreas específicas, como el aprendizaje (Ruiz et al, 2012).

A.3. Aprendizaje social: Bandura enfatizó la noción del proceso de aprendizaje basado en la observación (imitación) es un método de superar las restricciones impuestas a través del enfoque experiencial de adquirir conductas. Bandura distingue el aprendizaje observacional del condicionamiento vicario de otros paradigmas de condicionamiento (Bandura 1969, como se cita en Ruiz et al, 2012).

La investigación de Bandura ha tenido un impacto relevante en la aplicación del aprendizaje observacional, en el desarrollo del aprendizaje a través de las relaciones sociales y en el uso de los componentes del pensamiento y la idea de control personal. Bandura define el aprendizaje vicario como una forma de desarrollo del condicionamiento que aclara fenómenos de aprendizaje que no se derivan de eventos directivos (Bandura 1969, como se cita en Ruiz et al, 2012).

Como resultado, Bandura (1977) extendió su modelo explicativo hacia enfoques más cognitivos y enfatizó la importancia de los procesos cognitivos intermedios para controlar las variables externas que pueden ser consecuentes o antecedentes y el comportamiento expresado o aprendido. En última instancia, estos procesos cognitivos determinarán cómo se atenderán, se percibirán y se codificarán, organizarán, procesarán y recuperarán durante la realización de una conducta.

A.4. Modelo cognitivo: Según Beck (1967, como se cita en Beck et al., 2019) “Este modelo se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo” (p.13).

Tanto Beck como Ellis son los principales terapeutas de orientación cognitiva y sirven como criterio para una gran cantidad de tratamientos de este tipo. Ambos autores comenzaron con una educación dinámica, pero se quedó corta en su práctica clínica diaria. Después de descubrir los beneficios de la Terapia de Conducta, Beck creó su modelo de depresión y su

Terapia Cognitiva para la depresión (Ruiz et al, 2012).

Una extensa gama de técnicas cognitivas y conductuales se utilizan en la terapia cognitiva. El propósito de las estrategias cognitivas es identificar y evaluar las creencias irracionales y desadaptativas particulares de la persona. La estrategia utiliza experiencias de aprendizaje extremadamente precisas para instruir al paciente en las habilidades como: (1) manejar los pensamientos automáticos irracionales; (2) Reconocer las conexiones entre cogniciones, emociones y comportamientos; (3) Analizar las pruebas con argumentos en favor o en contra de sus ideas distorsionada; (4) remplazar estas creencias erróneas por explicaciones más ajustadas a la realidad; y (5) aprender a reconocer y ajustar las creencias incorrectas que distorsionan sus experiencias (Beck et al., 2019).

B. Técnicas de la terapia cognitivo conductual. En relación a las técnicas de intervención de este modelo, Caballo (2007) describe las más representativas:

B.1. Programación de actividades: La depresión está relacionada con altas tasas de experiencias negativas y bajas tasas de refuerzo positivo, de manera que una escasa frecuencia de refuerzo positivo asociado a la respuesta puede ser un factor que contribuye a la depresión. Basándose en esta formulación, crearon un programa conductual muy organizado de doce sesiones para lograr optimizar la disposición y frecuencia de las interacciones de los pacientes deprimidos con su entorno.

B.2. Entrenamiento en solución de problemas: La intervención de solución de problemas de Nezu es un programa de intervención que utiliza técnicas como: la instrucción, el modelado, las tareas para el hogar, el moldeamiento, el refuerzo y la retroalimentación, con el fin de optimizar la habilidad de resolución de problemas y disminuir los síntomas depresivos.

B.3. Psicoeducación. La psicoeducación es un aprendizaje práctico sobre uno mismo, el proceso o trastorno que se experimenta, y las mejores estrategias para enfrentar las consecuencias del trastorno. Busca informar al usuario sobre el conocimiento científico

relacionado con su problema. Se espera que este conocimiento se utilice para mejorar su vida, su crecimiento individual y el de su familia.

Así también, Ruiz, et al. (2012) describen las técnicas de reducción de síntomas fisiológicos, técnicas cognitivas y autoinstrucciones:

B.4. Entrenamiento en respiración: Estas técnicas enseñan a los individuos a optimizar el rol de sus pulmones. al mismo momento que controlan su velocidad natural en la respiración. Se busca que el individuo adquiera el conocimiento de controlar su respiración de manera voluntaria para poder aplicarlo en circunstancias en las que la respiración esté alterada. La respiración diafragmática y una frecuencia respiratoria baja disminuyen la activación fisiológica y psicológica, lo que genera una sensación general de calma y bienestar.

B.5. Entrenamiento en relajación progresiva Estas técnicas instruyen a las personas en cómo optimizar la función de sus pulmones mientras regulan su ritmo respiratorio natural. La meta es que el individuo adquiera el conocimiento de controlar su respiración de manera voluntaria para aplicarlo en situaciones en las que la respiración este agitada. La respiración diafragmática y una respiración lenta disminuyen la activación tanto fisiológica como psicológica, generando una sensación general de calma y bienestar.

B.6. Técnicas de reestructuración cognitiva: Se concentran en reconocer y corregir las cogniciones que mantienen la dificultad. Los enfoques de reestructuración cognitiva se enfocan en cuanto al sentido y examinan la lógica detrás de las ideas o convicciones, e instruyen al sujeto para pensar de forma adecuada, abordando las fallas o alteraciones que podrían surgir como resultado del error de procesamiento de la información. Algunos de los modelos más importantes son:

- **Descubrimiento guiado:** El cuestionamiento socrático ayuda al individuo a descubrir mejores perspectivas que cuestionen sus creencias disfuncionales. El terapeuta orienta al paciente a través preguntas abiertas para alcanzar los objetivos del cuestionamiento

socrático, pero permite que haga sus asociaciones y argumentos de manera libre.

- **Reatribución.** El objetivo era cambiar los prejuicios mentales asociados con la estabilidad, la especificidad y diferentes las dimensiones atribucionales del locus de control. Las personas con síntomas depresivos generalmente realizan tareas internas, constantes y generales.

- **Técnica de conceptualización alternativa:** Consiste en buscar activamente explicaciones distintas a las que el paciente encontró en un inicio y descubrir soluciones alternas a los problemas que se le presentan. Esta estrategia busca contrarrestar la inclinación hacia interpretaciones unilaterales y la dificultad para hallar soluciones a los problemas.

B.7. Autoinstrucciones. El objetivo del entrenamiento en autoinstrucciones es establecer o cambiar el diálogo interno en situaciones en las que lo que una persona se dice a sí misma que implique una interferencia en la realización de una tarea particular o bien dificulta enfrentar de manera adecuada una situación. Teniendo en cuenta la naturaleza fundamental de este tipo de recursos cognitivos, es evidente que su implementación y guía adecuados serán cruciales para el éxito en prácticamente cualquier proceso o actividad humana.

1.2.3.2. Depresión mayor.

A. Depresión. A mediados del siglo XIX, se inventó el término depresión para describir una alteración fundamental de las emociones, cuyas características más destacadas incluían deterioro, inhibición y disminución funcional. (Botto et al., 2014).

Soria (2011) menciona varias connotaciones de la depresión, como que puede presentarse como un solo síntoma o puede acompañarse de otros síntomas no relacionados. También puede presentarse como un síndrome en el que el síntoma principal es la tristeza y otros síntomas relacionados con un trastorno afectivo, o puede ser una enfermedad.

Mientras que la OMS (2023) define a la depresión como “un trastorno mental común, que implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades

durante largos períodos de tiempo” (p.1). Según la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2022), el trastorno depresivo impacta de manera negativa en la salud mental y es frecuente pero serio porque afecta la vida cotidiana, incluida la habilidad para desempeñar actividades laborales, descansar, estudiar, alimentarse y gozar del día a día. El trastorno depresivo resulta de una integración de aspectos psicológicos, genéticos, ambientales y biológicos.

Por lo tanto, la depresión se supone a manera de un trastorno psicológico por primera vez según Botto et al. (2014) en 1980 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales edición III (DSM-III). No obstante, en la edición actual del manual DSM-V (2013) se identifican varias diferencias y clasificaciones nuevas del trastorno de depresión entre ellas:

A.1. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Un estado de irritación constante, severa y duradera es el rasgo principal del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. La primera manifestación clínica de esta irritabilidad severa son los episodios recurrentes de ira. Estos episodios suelen ocurrir como resultado del sentimiento de frustración y tienen la capacidad de manifestarse de manera verbal o mediante comportamientos.

A.2. Trastorno depresivo persistente. Un estado emocional de depresión que se presenta durante la mayor del día, en la mayoría de los días, durante al menos dos años, o un año en niños y adolescentes, es el principal indicador del trastorno depresivo persistente. (distimia).

A.3. Trastorno disfórico premenstrual. La manifestación de variabilidad en el estado emocional, malestar emocional y manifestaciones de ansiedad que se manifiestan repetidamente en la fase premenstrual del ciclo o "que se presentan de manera recurrente durante la etapa premenstrual del ciclo y desaparecen al inicio de la menstruación o poco después de ella son los rasgos fundamentales del trastorno disfórico premenstrual. Estos signos pueden acompañarse de manifestaciones físicas o comportamentales.

A.4. Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento. Los criterios diagnósticos del trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos abarcan sintomatologías similares a los de un trastorno depresivo, como el trastorno depresivo mayor; sin embargo, esta sintomatología está relacionados con la inhalación, inyección y consumo de alguna sustancia (p. ej., droga de abuso, toxina, medicación psicotrópica, otra medicación) y los síntomas de depresión se extienden más allá del tiempo anticipado en relación con las repercusiones físicas o con el período de abstinencia.

A.5. Trastorno depresivo debido a otra afectación médica. La característica principal del trastorno depresivo inducido por otra condición clínica es una etapa prolongada y persistente de ánimo deprimido, o una reducción significativa en la motivación o disfrute en la mayoría de las actividades. Se cree que esto está asociado con los efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica que sufre la persona.

A.6. Depresión mayor. Madero et al. (2021) afirma que la depresión mayor es un trastorno que impacta de manera considerable a los individuos, especialmente en su bienestar general y en su rendimiento cotidiano, convirtiéndose en una cuestión de salud relevante a nivel global. Sin embargo, la depresión mayor puede originarse a partir de factores psicológicos y sociales, así como de factores genéticos, fisiológicos u hormonales. Además, el trastorno suele ser recurrente y está asociado con eventos o circunstancias estresantes.

Es así que el DSM V (2013) considera puntos importantes dentro del trastorno, los cuales son:

Características Diagnósticas

Las manifestaciones que satisfacen los criterios para diagnosticar el trastorno depresivo mayor incluyen, el período emocional deprimido, la reducción del interés o del disfrute en prácticamente todas las tareas, las variaciones en el peso, el insomnio o la hipersomnia, la agitación o el enlentecimiento psicomotor, la fatiga o la falta de energía, las dificultades para

enfocar la atención y los pensamientos sobre la muerte deben manifestarse casi a diario, excepto en el caso de los cambios de peso y la ideación suicida.

El rasgo distintivo de un episodio de depresión mayor es una etapa de al menos dos semanas caracterizado a causa de un estado emocional depresivo o una falta de motivación o disfrute en la mayoría de las acciones. Los niños y los adolescentes suelen sentirse irritables en lugar de tristes. Además, los pensamientos sobre la muerte, la ideación suicida o los intentos de suicidio son comunes. Estos son capacidad de abarcar a partir de un ahelo pasivo de no despertar en la mañana o la convicción de que los demás se beneficiarían más sin su presencia, incluso pensamientos efímeros pero recurrentes de suicidio o la formulación de un intento detallado para implementarlo.

Prevalencia

El trastorno depresivo mayor tiene una tasa de incidencia del 7% a los 12 meses, con considerables variaciones entre las distintas edades. Por ejemplo, es tres veces mayor en personas de 18 a 29 años de 60 años o más. Los índices para las mujeres son 1,5 a tres veces superiores a las de los varones, y el trastorno comienza en la etapa precoz de la adolescencia.

Desarrollo y Curso

El índice de incidencia del trastorno depresivo mayor es del 7 % a los 12 meses, con notables variaciones entre los rangos de edad. Por ejemplo, en individuos entre los 18 a 29 años, es equivalente a tres veces superior que en personas de 60 años o más. Los índices son 1,5 a 3 veces mayores para las mujeres que para los varones, y el trastorno se manifiesta en la adolescencia temprana.

1.2.3.3. Modelo de depresión en terapia cognitivo conductual. De acuerdo con Caballo (2007) en la terapia conductual cognitiva (TCC), existen diversos factores que influyen a la depresión, incluidas las experiencias estresantes y los problemas persistentes. En otras palabras, un individuo que exhibe características predisponentes, procesos cognitivos

negativos, dificultades en las habilidades sociales e interpersonales, escasas experiencias positivas, así como pocas actividades y refuerzos positivos.

Como resultado, el enfoque cognitivo-conductual se concentra en la reestructuración cognitiva, la planificación de actividades para incrementar los reforzadores, la representación de roles y el entrenamiento en habilidades sociales, además del impacto del pensamiento automático negativo y las suposiciones disfuncionales fundamentales.

Sin embargo, es fundamental señalar que, pese a que el modelo TCC es un modelo integrativo, el cual incluye técnicas y estrategias para abordar las distintas áreas problema del paciente, la prioridad que se le dé algunas técnicas o un área en específica va a depender del análisis funcional del caso. Esto se corrobora con lo referido por Beck et al. (2010) el cual señala que la intervención cognitivo-conductual se adapta a las necesidades específicas del individuo.

En ese sentido, en el presente trabajo se priorizó el factor cognitivo debido a que luego del análisis funcional de la conducta, este resultó ser el factor más afectado y el que limitaba en mayor medida la realización de conductas funcionales en la paciente. Esto también se corrobora con lo dicho por Beck et al. (2010) cuando indica que la TCC “se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo” (p. 13). Es decir, sus pensamientos y respuestas a estímulos o ideas se fundamentan en experiencias previas aprendidas.

1.3. Objetivos

Objetivo general

- Determinar el efecto de un programa de intervención cognitivo conductual a una paciente con depresión mayor.

Objetivos específicos

- Evaluar mediante un pre test el nivel de la afectación emocional en la paciente y que permita llegar a un diagnóstico.
- Concluir en un diagnóstico luego de la evaluación a la paciente.
- Aplicar el programa de intervención cognitivo conductual a la paciente.
- Aplicar un post test que permita evaluar el programa cognitivo conductual en el diagnóstico de la paciente.

1.4. Justificación

La OMS (2023) señala que aproximadamente el 5% de adultos en todo el mundo padecen depresión, que esta afecta en promedio a más cantidad de mujeres que a hombres y que entre los individuos de 15 a 29 años, el suicidio es la cuarta principal causa de fallecimiento. Por lo que es importante hacer diversos esfuerzos para reducir este índice, entre ellos hacer investigaciones, debido a lo cual este trabajo es un aporte en ese sentido, ya que la investigación es una línea de acción frente a las distintas problemáticas.

Desde una perspectiva teórica, el estudio actual comprende una revisión de aspectos teóricos de fuentes actualizadas y confiables de un marco referente a las variables de estudio, la cual en contraste con los resultados encontrados en la investigación permitirá corroborar y añadir mayor evidencia a la teoría mencionada. En ese sentido se describe aspectos teóricos de la TCC como definición, modelos y técnicas; y en cuanto a la depresión mayor se detalla aspectos como la definición y los tipos.

Por otro lado, desde una perspectiva metodológica, se espera que este trabajo sea una referencia útil para otros profesionales en psicología o estudiantes. Además de promover el estudio en ambas variables de distintas metodologías de investigación, estudios de otro tipo como estudios grupales, descriptivos, comparativos, experimentales o con diversas poblaciones como: niños, adolescentes o adultos mayores; incluso estudios de correlación con otras variables como personalidad, autoestima, resiliencia y ansiedad.

De manera práctica este estudio se justifica en tanto sería una herramienta útil para aquellos que están directamente involucrados con la temática abordada, es decir, personas que padecen depresión, psicólogos que aplican la terapia cognitivo conductual y que pretendan abordar casos psicológicos depresión mayor, pues se presenta un modelo estructurado con sesiones y resultados que puede servir de guía.

Finalmente, desde una perspectiva social es fundamental la constante investigación de la variable depresión dado que, de forma global al constituir la causa predominante de discapacidad en todo el mundo, esta tiene un impacto económico, social y una presión significativa en los sistemas de salud. Y de manera específica, en la región Lambayeque ya que según el último informe del estado situacional de la depresión en el Perú la región se encuentra dentro de las regiones con menos densidad de psicólogos y psiquiatras. Por lo que se espera con esta investigación contribuir a la mejora del estado emocional de estas personas con depresión a través de la disminución de su sintomatología, pero además a su inserción a la sociedad.

Es por lo que, se considera crucial diseñar y aplicar un plan de intervención cognitivo-conductual para depresión mayor en una joven, que permitirá la aplicación de estrategias de tratamiento para pacientes con características similares al caso planteado.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Se anticipa que los síntomas del cuadro depresivo se reduzcan y que la persona afectada experimente una mejora en su salud emocional y física. Esto se manifestará en sus relaciones familiares, desempeño académico y repertorio conductual con la intervención cognitiva propuesta que reduce el desarrollo de pensamientos irracionales, reduce las respuestas fisiológicas perturbadoras y disminuye las conductas de evitación. Dado que se basa en técnicas concretas y pruebas de cambio en el comportamiento, esta intervención podrá ser repetida en casos análogos.

II. METODOLOGIA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

De acuerdo con Kerlinger (2002), El presente estudio es de tipo aplicada pre experimental ya que busca generar conocimientos concretos que pueden ser utilizados para resolver problemas prácticos o mejorar situaciones específicas en la vida real. Además, porque tiene un objetivo práctico ya que utiliza el conocimiento de investigación con el propósito optimizar la naturaleza del fenómeno analizado.

El modelo empleado fue el tipo de caso único tipo A-B, que implica una estrategia que comienza con la determinación de una línea base (sin intervención) y posteriormente se lleva a cabo la intervención, registrando una nueva serie de datos una vez que se estabiliza. (León y Montero 2002). de caso único, ya que el sujeto del estudio era un solo (Hernández et al., 2014).

2.2. Ámbito temporal y espacial

Debido a la situación actual, el estudio de caso actual se realizó entre junio y noviembre de 2023 y consistió en 20 sesiones presenciales de 50 a 60 minutos cada una, manteniendo los protocolos de seguridad. La actividad tuvo lugar un Centro Psicológico Particular Chiclayo, que se encuentra en el distrito de Chiclayo, provincia de Lambayeque, Perú.

2.3. Variables de Investigación

2.3.1. *Variable independiente: Programa de intervención cognitivo conductual*

Definición conceptual: es el modelo psicológico con la mayor cantidad de aplicaciones; actualmente se utiliza para tratar una gran cantidad de trastornos y su ámbito implementación se ha expandido rápidamente (Lega et al., 2002).

Definición operacional:

Para el presente caso el programa de intervención TCC queda descrito de la siguiente manera:

Tabla 1*Definición operacional del programa de intervención*

OBJETIVOS	SESIONES	TECNICAS
Brindar información sobre la TCC. Así como, los síntomas cognitivos, conductuales y emocionales de la depresión y distorsiones cognitivas	1 y 2	Psicoeducación
Modificar los pensamientos de la usuaria mediante técnicas cognitivas	3,4,5 y 6	Reestructuración cognitiva
Aumentar la regulación emocional en la usuaria mediante relajación	7,8,9,10 y 11	Respiración diafragmática y técnica de relajación de Jacobson
Aumentar la regulación y confianza en las conductas mediante autoinstrucciones	12 y 13	Autoinstrucciones
Aumentar conductas en déficit y debilitamiento de la paciente mediante un plan de actividades.	14, 15 y 16	Psicoeducación y plan de actividades
Identificar posibles situaciones problemáticas de la paciente y mediante una técnica de resolución de conflictos instaurar habilidades resolutivas	17 y 18	Técnica de resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfriend
Evaluar el logro de los objetivos terapéuticos	19 y 20	Evaluación y comparación de los autorregistros y post test

2.3.2. Variable dependiente: Depresión mayor

Definición conceptual: Clínica Mayo (2018) hace referencia a que la depresión mayor, asimismo llamada como depresión, trastorno unipolar, trastorno depresivo mayor o depresión clínica, es una alteración emocional que provoca tristeza constante, así como una reducción del interés en llevar a cabo varias tareas. Asimismo, afecta las emociones, cogniciones y el comportamiento de un individuo, y puede generar diversos problemas físicos y emocionales. Los pacientes con depresión tienen problemas para realizar tareas diarias y experimentan sentimientos negativos que pueden llevarlos a no desear vivir. En el presente trabajo denominaremos a la variable depresión mayor.

Definición operacional: Para el presente estudio la depresión queda descrita a través de la siguiente sintomatología:

Síntomas cognitivos: “no puedo hacer nada bien”, “Solo soy un fracaso”, “solo soy una carga”, “Mejor estuviera muerta”, “Nunca voy a estar bien”, “me quiero morir”, “nadie me entiende”, “lo mejor para las dos es que yo muriera”.

Síntomas fisiológicos: Llanto

Sintomatología motora: Autolesión, no come y no se asea.

Síntomas emocionales: Tristeza, desesperanza, enojo y frustración.

2.4. Participante

E.M.V es una joven de 23 años nacida en la ciudad de Chachapoyas, soltera estudiante universitaria, quien vive con su madre en la ciudad de Chiclayo.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

Entrevista: El método empleado por el investigador para recoger información de forma oral e individual se denomina entrevista. La información se enfocará en experiencias personales y elementos subjetivos del individuo, como creencias, actitudes, perspectivas o principios vinculados con la situación en cuestión.

Evaluación psicométrica: Es un procedimiento de evaluación en el que se recoge una muestra de comportamiento en un área específica, la cual se evalúa y puntúa utilizando un proceso estandarizado.

Observación: es un proceso de evaluación en el que se recoge una muestra de comportamiento en un área particular y se evalúa y califica mediante un procedimiento estandarizado.

Línea base: El rendimiento del proyecto a lo largo del tiempo se compara utilizando Una línea base del proyecto, que sirve como un punto de referencia constante. Los encargados

de proyectos emplean las líneas base a medida que avanzan en el alcance, la planificación y el costo del proyecto.

Post test: Es una técnica de investigación utilizada para recopilar datos y medir el impacto, el progreso o la efectividad de un programa, curso o intervención.

2.5.2. Instrumentos

Historia clínica: En psicología, la historia clínica es un registro profesional Donde el psicólogo o terapeuta recoge diversas características que constituyen el contexto del paciente. Esta información confidencial sirve como base para el diagnóstico y la formulación de los objetivos que definirán el plan de intervención.

Tabla 2

Ficha técnica del Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis

Nombre de la Prueba	Inventario de Creencias Irracionales.
Autor	Albert Ellis.
Año	1968.
Traducido por	Davis Mc. Kay y Eshelman; Robleto Navas.
Editado por	Psicho <i>Métric</i> (2008).
Administración	Individual o colectiva.
Dirigido a	Personas de 12 años a más.
Duración	30 minutos aproximadamente.
Número de Ítems	100
Objetivo	Este inventario tiene el propósito de identificar la posible presencia de creencias irracionales en el individuo y determinar si esas creencias, en caso de ser elevadas, están afectando negativamente diversos aspectos de su vida

Descripción	Este inventario, en uso desde 1968, fue traducido al español por Davis McKay y Eshelman en 1986, y por Navas Robleto en 1987. Consiste en un registro de opiniones que incluye diez creencias irracionales propuestas por Albert Ellis. Estas creencias, que se originan en nuestras experiencias, ayudan a crear y mantener perturbaciones emocionales en las personas
Forma de corrección	Los enunciados van del 1 al 100, y cada grupo de 10 ítems corresponde a una creencia irracional; es decir, cada categoría está formada por 10 ítems. Las opciones de respuesta son dos: “ <i>Estoy de acuerdo</i> ” y “ <i>No estoy de acuerdo</i> ”. Se asigna un “1” a las creencias irracionales y un “0” a las racionales, permitiendo que cada categoría obtenga una puntuación entre 0 y 10. Hay ítems tanto directos como indirectos, que son los siguientes.

Tabla 3*Ficha técnica del Inventario de depresión de Beck*

Características	Descripción
Nombre del test	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
Autor	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
Año de Publicación	1979 última versión y traducido en el Perú por Conde y Useros en 1974.
Significación de la Prueba	Detección y cuantificación del Síndrome depresivo
Constructo evaluado	Depresión El BDI-II es un cuestionario autoadministrado que evalúa la presencia y severidad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años en adelante. Consta de 21 ítems que reflejan síntomas como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y culpa, pensamientos o deseos suicidas, pesimismo, entre otros.
Área de aplicación	Psicología clínica, forense y Neuropsicología

Soporte	Papel y lápiz y administración oral
Validez	Concurrente. Correlación media con la Escala de Hamilton de 0.73 para pacientes psiquiátricos y de 0.74 para sujetos no psiquiátricos.
Confiabilidad	Confiabilidad test retest $r= 0.69$ a 0.90 y dos mitades: $r= 0.58$ a 0.93 , y validez concurrente $r= 0.62$ a 0.77 .

Autorregistros: Estos métodos se emplean al inicio del tratamiento para recopilar información sobre el estado emocional diario del paciente y entender qué comportamientos, situaciones y relaciones personales agravan o alivian su malestar. Además, sirven como punto de partida para evaluar el progreso del paciente, comparando su situación actual con la que tenía al comenzar la terapia.

Figura 1

Autorregistro de pensamientos

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN O CONDUCTA

Figura 2

Autorregistro de conductas

FECHA	ANTECEDENTE (QUE PASÓ ANTES?)	CONDUCTA	DURACIÓN/INTENSIDAD MINUTOS/INTENSIDAD (0-10)	CONSECUENCIAS ¿QUÉ HICISTE DESPUÉS?

2.5.3. Evaluación psicológica

Datos de filiación

Nombres y apellidos: E.M. V

Edad: 23 años

Lugar y fecha de nacimiento: Chachapoyas, 12 de mayo del 2000

Lugar de residencia: Chiclayo

Grado de instrucción: Superior incompleto

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltera

Fecha de entrevista: Junio del 2023

Motivo de consulta:

La paciente acude a consulta refiriendo: “vengo porque tengo días que no puedo dormir bien a pesar de que siempre me siento cansada y ya no sé qué hacer”. Además, manifiesta tener mucho tiempo de sentirse “mal” y no sabe si eso le está ocasionando problemas para dormir. Así mismo, sostiene que siente mucha tristeza la mayor parte del tiempo debido a que se siente muy sola.

Problema Actual

La paciente señala que, desde que llegó a Chiclayo hace cinco meses ha estado presentando problemas para dormir durante las noches. Los cuales han ido en aumento primero una o dos veces a la semana y en la actualidad todos los días, teniendo dificultad para conciliar el sueño y despertando continuamente durante la noche. Esto refiere que le parece extraño pues ella suele sentirse cansada la mayor parte del tiempo y no presenta dificultad para dormir durante la mañana y/o tarde pero sí durante las noches.

Así también, indica que la relación con su madre no es buena ni cercana y no le agrada que la haya “obligado a mudarme con ella y haber dejado todo lo que conocía”. Esto ha afectado

su relación teniendo discusiones de manera constantes por la convivencia, universidad, reclamos por parte de la paciente y debido a que no sale de su cuarto y tiene una actitud irritable la mayor parte del día. Estos conflictos con su madre la llevan a pensar: “nadie me quiere”, “creo que lo mejor para los dos es que yo me muera”, “ni siquiera ella es capaz de comprenderme”.

Por otro lado, comenta que se encuentra teniendo poco apetito desde hace cuatro semanas. Comiendo solo una ración de comida al día o hasta dos si su madre la obliga hacerlo cuando antes comía las tres raciones al día.

Manifiesta que con anterioridad le gustaba bailar pues tenía un grupo de baile en Chachapoyas donde asistía dos veces a la semana y practicaba en casa. Sin embargo, desde hace tres meses ya no siente deseos de hacerlo a pesar de la insistencia de su madre.

En cuanto a sus emociones refiere sentir tristeza (10/10) desesperanza (9/10) irritabilidad (7/10) y enojo (8/10) desde hace tres meses aproximadamente entre cuatro a seis días a la semana. Estas emociones generan en ella el deseo de estar en su habitación la mayor parte del día llorando y/o durmiendo, saliendo solo para comer en algunas ocasiones o incluso evitando comer y asearse para no salir. El inicio de esto se da luego del divorcio de sus padres que fue refiere ella “repentino” sumado al término de su relación amorosa con su pareja y el cambio de universidad y ciudad.

Así también, manifiesta que ha tenido pensamientos relacionados a querer morir de manera continua, ha llegado a planificar su muerte y en un momento hace aproximadamente un mes y medio ha tenido un intento de suicidio tomando pastillas para dormir. Sin embargo, en esa oportunidad solo logró dormir por más de 24 horas seguidas. Actualmente indica que, aunque ya no lo ha vuelto a planificar, mantiene los pensamientos relacionados a querer morir.

Por otro lado, indica que ha reducido notablemente su interacción con otras personas, teniendo solo un amigo cercano con el cual se comunica una vez por semana aproximadamente.

Así también, en la universidad evita las interacciones con sus compañeros respondiéndoles con monosílabos o ignorándolos ya que señala “no tengo energía para hacer nuevos amigos”.

Así también en el área académica señala que desaprobó la mitad de sus cursos durante el ciclo académico ya que no “tenía ganas de estudiar ni hacer trabajos académicos” esto la llevó a pensar: “nada puedo hacer bien”, “mejor me muero”, “solo soy una carga para mis papás”, “ojalá me pasara algo para dejar de sentirme así”, “nunca voy a estar bien” y “nadie me quiere”. Finalmente ha tenido conductas autolesivas con una navaja para depilación de cejas opta por empezar a cortarse los brazos y/o las piernas, ya que indica “no sé por qué, pero cuando siento mucho enojo es la única forma de calmarme”.

Actitud frente al problema

La paciente muestra actitud y disposición para incrementar su bienestar y salud psicológica.

Tratamientos anteriores

La paciente indica que mantuvo una sola sesión con una psicóloga en Chachapoyas el año pasado con quien refiere luego de contarle como se sentía se sintió juzgada y no continuo con las sesiones.

Desarrollo cronológico

La paciente indica que luego del fallecimiento de su abuela materna a la edad de 15 años se sentía muy triste debido a que eran bastante cercanas y era su persona de confianza. Es así que pensaba: “nadie me querrá tanto como me quería mi abuela “y “mejor me voy con mi abuela”. En algunas ocasiones incluso planeaba su muerte cuando miraba los cuchillos o las pastillas para dormir de su madre.

A los 17 años manifiesta que tuvo un alejamiento con sus amigas del colegio debido a que ellas ingresaron a la universidad y se encontraban ocupadas. Sin embargo, ella pensaba “ya se cansaron de mi” y “difícilmente volveré a encontrar amigas nuevas”, “seguro soy muy

aburrida y prefieren a sus nuevos amigos que a mí”. Esto la llevo a encerrarse en su cuarto la mayor parte del día, con episodios de llanto continuo y bajo apetito”.

A los 21 años descubrió revisando el celular de su padre que tenía conversaciones amorosas con otras mujeres, esto la decepcionó y se lo contó a su madre. Luego, esto desencadenó un conflicto entre sus padres que los llevó a separarse durante cinco meses. Durante estos tres meses se sintió culpable y triste y empezó a autolesionarse con una navaja pequeña los brazos. Además, su padre durante el primer mes de separación le enviaba mensajes culpándola por la separación y por cómo se encontraba él.

A los 23 años después de la segunda separación y divorcio definitivo de sus padres ella, el cual ella lo califica como “repentino” ya que al retomar sus padres la relación había llegado acuerdos y se encontraban bien. De la misma manera, su pareja terminó la relación con ella ya que iba a trabajar en otra ciudad y no quería tener una relación a distancia. Su madre al no querer tener contacto con su padre decide buscar trabajo en otra ciudad y mudarse con la paciente.

Historia personal

Desarrollo inicial. Recuerda que su madre le dijo que la concibió mediante parto natural a los 9 meses de gestación con peso y talla adecuados y aparentemente no tuvo ninguna complicación durante ese periodo.

Niñez. La paciente recuerda que solía jugar sola ya que ambos padres trabajaban y la dejaban encargada con su abuela la cual le brindaba cariño, compañía y comida, pero no jugaba con ella. Sus primos al ser mayores que ella no querían jugar con ella y recuerda sentirse sola.

Educación. La paciente empezó su escolaridad a la edad de 3 años a nivel inicial donde se adaptó de manera rápida a quedarse sin sus padres. Sin embargo, se le complicaba relacionarse interpersonales con sus compañeros y prefería jugar sola. En primaria mantenía una amiga quien señala a veces la dejaba sola por irse con su otro grupo de amigas y ella volvía

a sentirse sola y triste. En secundaria tuvo un grupo de amigas de cuatro mujeres con quienes ella se sentía segura y en confianza. Su rendimiento académico era promedio ya que no buscaba sobresalir, sin embargo, intentaba aprobar todos sus cursos. Sin embargo, luego del fallecimiento de su abuela no quiso estudiar ni realizar sus actividades académicas y refiere haber estado por perder el año. No obstante, su madre habló con la directora del colegio y finalmente aprobó el año.

Historia psicosexual. La paciente refiere que en casa no hablaban sobre el tema de la sexualidad. Cuando su madre se enteraba de que estaba saliendo con algún hombre le decía: “cuidadito me salgas con tu domingo 7” esto ella indica que no lo entendía, pero asentía y le decía a su mamá que no se preocupara. Inició su vida sexual con su última pareja donde manifiesta que ella con el fin de que no la deje por otra persona accedió a tener relaciones sexuales a pesar de que muchas ocasiones no lo deseaba.

Religión. La paciente refiere ser de religión católica, ya que sus padres lo son. A lo largo de su vida acudía a misas ocasionales, por costumbre y a veces porque le interesaban. Sus padres fueron permisivos en el tema religioso, pero si le instaron a seguir los sacramentos. No piensa mucho en el tema religioso, salvo cuando le suceden accidentes, llega a pensar que Dios la está castigando.

Historia Familiar. Padre: Armando, 55 años, natural de Chachapoyas, grado de instrucción superior. Madre: Luisa, 50 años, natural de Bagua, grado de instrucción superior.

2.5.4. Evaluación Psicométrica

Informe Psicológico del Inventario de Depresión de Beck

Datos generales:

Nombre y apellido:	E.M. V
Edad:	23
Estado civil:	Soltera
Grado de instrucción:	Superior incompleta
Examinador:	María Belén Cornejo

Motivo de evaluación:

Evaluación de conductas depresivas

Resultados:

La evaluada obtiene un puntaje de 59 ubicándola en el nivel de indicadores de depresión severa. Esto se puede corroborar con lo manifestado por ella refiriendo que últimamente siente mucha tristeza (10/10) y desesperanza (9/10), llora constantemente y desmotivación en la realización de sus actividades diarias. También presenta distorsiones cognitivas como: “ojalá me dejara de sentir así” “nadie me quiere” y “no vale la pena estar aquí”. Así también se observa presencia de desvalorización a si misma lo que denota en sus conductas de autolesión. Finalmente, se obtiene puntajes altos en cuanto problemas de sueño y falta de apetito.

Conclusión:

La evaluada obtiene un puntaje de 59 ubicándola en el nivel de indicadores de depresión severa. Suele estar emocionalmente triste y decaída, presenta distorsiones cognitivas, así como problemas de sueño y falta de apetito.

Informe del Cuestionario de Creencias Irracionales de Albert Ellis

Datos generales:

Nombre y apellido:	E.M. V
Edad:	23
Estado civil:	Soltera
Grado de instrucción:	Superior incompleta
Examinador:	María Belén Cornejo

Motivo de evaluación:

Evaluación de ideas irracionales

Resultados:

La evaluada presenta creencias irracionales basadas en que “es horrible cuando las cosas no van como le gustaría a uno que fuera” lo que se demuestra cuando manifiesta síntomas como: llanto, autolesiones, tristeza y frustración frente a una discusión con su madre o cuando no obtiene la calificación que esperaba en la universidad cuando es imposible que absolutamente todo lo que hagamos salga tal y cual lo esperamos.

Así mismo, presenta la idea irracional de que es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente lo que se corrobora en las conductas de evitación quedándose en su cuarto o en casa cada vez que siente malestar o tiene algún conflicto, en lugar de hacer frente al problema buscando una solución.

Por otro lado, se encuentra conformidad con la idea irracional de “para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos” esto lo manifiesta con emociones como desesperanza, tristeza y frustración cada vez que suele pensar “solo soy una carga” o “nadie me entiende” cada vez que no obtiene la respuesta que espera por su entorno.

Conclusiones

- La evaluada presenta creencias irracionales basadas en que es horrible cuando las cosas no van como le gustaría a uno que fuera. Así también, es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.

- Además, presenta también una puntuación alta en la idea irracional de para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.

2.5.5. Informe psicológico integrador

I. Datos de filiación

Nombres y Apellidos:	E.M.V
Edad:	23 años
Estado civil:	Soltera
Grado de Instrucción:	Superior Incompleta
Ocupación:	Estudiante
Creencia religiosa:	Católica
Lugar de entrevista:	Consultorio particular
Psicóloga:	María Belén Cornejo
Fecha de evaluación:	Junio 2023

II. Motivo de consulta:

Paciente acude a consulta refiriendo: La paciente acude a consulta refiriendo: “vengo porque tengo días que no puedo dormir bien a pesar de que siempre me siento cansada y ya no sé qué hacer”. Además, manifiesta tener mucho tiempo de sentirse “mal” y no sabe si eso le está ocasionando problemas para dormir. Así mismo, sostiene que siente mucha tristeza la mayor parte del tiempo debido a que se siente muy sola.

III. Técnicas e instrumentos utilizados

- a) Inventario de depresión de Beck

- b) Cuestionario de creencias irracionales de Albert Ellis

IV. Interpretación de Resultados

La paciente refleja en sus pensamientos de: “mejor estuviera muerta”, “nunca voy a estar bien, solo me quiero morir” y “lo mejor para las dos es que yo muriera” sus ideaciones suicidas. De la misma manera, cuando la evaluada no encuentra disfrute al momento de realizar sus actividades diarias, tales como asearse, cambiarse, alimentarse, dormir, o estudiar y acudir a su centro de estudios.

Esto se corrobora con los indicadores de depresión mayor ya que emocionalmente siente mucha tristeza, desesperanza, enojo y llanto constantemente, y falta de deseo y motivación en la realización de sus actividades diarias. Así también se observa presencia de desvalorización a si misma lo que denota en pensamientos relacionados a quitarse la vida. Finalmente, se ve repercusión en cuanto a problemas de sueño y falta de apetito.

De igual forma, presenta creencias irracionales basadas en “tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familias y amigos”, así mismo, que “es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente”, además de “para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos”. Estas creencias le afectan en la actualidad y repercute en su dinámica familiar creando constantes conflictos intensos verbales, sintiéndose irritada y con deseos de morir, además, de un deterioro significativo en sus actividades cotidianas.

V. Conclusiones

- Presenta indicadores de depresión, lo cual se observa desde su adolescencia hasta la actualidad, ya que presenta ideaciones suicidas, desvalorización de sí misma y sensación de vacío.
- En lo relacionado a sus ideas irracionales, están presentes la de que es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familias y amigos.

Así también, mantiene la idea irracional de que se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida o incierta, al igual que se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.

VI. Recomendaciones:

Intervención cognitivo conductual

Evaluación conductual:

En el registro de intensidad de pensamientos el cual se realizó durante una semana se evidencia que, frente a acontecimientos desagradables para la paciente, esta presenta pensamientos automáticos como:

Tabla 4

Resultados del registro de pensamientos

Pensamiento automáticos	Emoción
“No puedo hacer nada bien”	Tristeza (10/10)
“Solo soy un fracaso”	Enojo (9/10) y Tristeza (8/10)
“Mejor estuviera muerta”	Desesperanza (9/10)
“Nunca voy a estar bien, solo me quiero morir”	Tristeza (10/10) Frustración (10/10)
“Nadie me entiende”	Enojo (10/10)
“Solo soy una carga”	
“Lo mejor para las dos es que yo me muriera”	
“Seguro es mi culpa”	

En el registro de frecuencia o intensidad de conductas el cual se realizó durante una semana y se obtiene que frente a situaciones como: recuerdos de su ex relación o de la ciudad donde vivía, discusiones con su madre o con su padre y bajas calificaciones presenta conductas como:

Tabla 5

Resultados del registro de conductas disfuncionales

Conductas disfuncionales	Frecuencia a la semana
Llanto	7/7
Autolesión	4/7
Se queda en su habitación	6/7
No sale con amigos	7/7
No baila	7/7
No se asea	5/7
Falta a clases	5/7
No come o no come alguna comida al día	4/7

Presunción diagnóstica

F33.2 [296.33] Trastorno de depresión mayor, grave

Tabla 6

Criterios según DSM-V TR para el Trastorno de depresión mayor, grave (F32.2)

Criterios DSM-V	Presentes en el paciente
A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.	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

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	Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
Insomnio o hipersomnia casi todos los días	Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
Fatiga o pérdida de energía casi todos los días	Pensamientos de muerte recurrentes.
Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.	
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	

Análisis funcional

Tabla 7

Análisis funcional

E^D	C	E^R
EXTERNO Discusión con su madre Se comunica con su padre Obtiene una mala calificación en la universidad	NIVELES Cognitivo: “No puedo hacer nada bien” “Solo soy un fracaso” “Solo soy una carga” “Mejor estuviera muerta” “Nunca voy a estar bien, solo me quiero morir”	EXTERNO: Permanecer en su habitación Mantener la discusión con su madre Falta a clase

<p>INTERNO Recuerda a su expareja Recuerda a su padre</p>	<p>“Nadie me entiende” “Lo mejor para las dos es que yo me muriera” “Seguro es mi culpa” Fisiológico: Llorar Cansancio Motor: Autolesión Come 2 o 1 ración al día No se asea No baila No sale con amigos o familia Estudia menos horas en promedio que antes Emocional: Tristeza (10/10) Desesperanza (9/10) Enojo Frustración DIMENSIONES Frecuencia: una vez durante el día Latencia: de manera inmediata Duración: 40 min Magnitud/intensidad: 10 (1-10)</p>	<p>INTERNO: “Ni mi madre es capaz de comprenderme” Alivio</p>
--	---	--

Análisis cognitivo

Tabla 8

Análisis cognitivo

A	B	C
Obtiene una baja calificación	“No puedo hacer nada bien”	Tristeza
Discusión con su madre	“Solo soy un fracaso”	Llorar
Dificultad para dormir	“Solo soy una carga”	No come
	“Mejor estuviera muerta”	Frustración
	“Nunca voy a estar bien, solo me quiero morir”	Enojo
	“Nadie me entiende”	Se encierra en su cuarto
	“Lo mejor para las dos es que yo me muriera”	
	“Seguro es mi culpa”	

Diagnostico funcional

Tabla 9

Diagnóstico funcional

Exceso	Déficit	Debilitamiento
Llanto	No baila	Poco aseo
Autolesiones	No sale con amigos ni familia	Come 2 o 1 ración al día.
Ideación suicida		Estudia menos horas en promedio que antes.
Cansancio		

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

El plan de intervención consta de 20 sesiones las cuales se desarrollarán entre 50 a 60 min por cada sesión en un plazo aproximadamente de 5 meses Conforme a la entrevista y evaluación, se plantea un plan de intervención basado en intervenciones terapéuticas para el cuadro clínico de depresión mayor, el cual se desarrollará bajo el modelo de terapia cognitivo conductual. Empleando técnicas como: psicoeducación, reestructuración cognitiva, detección de pensamiento, respiración diafragmática, técnica de relajación de Jacobson, programa de actividades, auto instrucciones y resolución de problemas. Estas se sesiones se llevarán a cabo en un consultorio particular.

2.6.2. Programa de intervención

Objetivos:

Objetivo general

- Disminuir la sintomatología cognitiva, fisiológica y conductual de la depresión mayor, través de la aplicación de un programa cognitivo conductual.

Objetivos específicos

- Brindar información sobre los síntomas cognitivos, conductuales y emocionales de la depresión y distorsiones cognitivas.
- Disminuir las ideas irracionales y distorsiones cognitivas, a través de la reestructuración cognitiva y detección de pensamientos.
- Aumentar la regulación emocional en la usuaria y disminuir la intensidad, duración y frecuencia de la sintomatología fisiológica mediante relajación.
- Aumentar las conductas en déficit y debilitamiento que presenta, a través de un programa de actividades diarias y autoinstrucciones.

- Incrementar habilidades sociales a través de la técnica de resolución de problemas.
- Evaluar el logro de los objetivos terapéuticos.

Tabla 10*Programa de intervención cognitivo conductual*

OBJETIVOS	SESIONES	TECNICAS	ACTIVIDADES
Brindar información sobre la TCC. Así como, los síntomas cognitivos, conductuales y emocionales de la depresión y distorsiones cognitivas.	1	Psicoeducación	Brindar información al paciente sobre la TCC y la depresión según la TCC
	2	Psicoeducación	
	3	Reestructuración cognitiva: Descubrimiento guiado	
Modificar los pensamientos de la usuaria mediante técnicas cognitivas	4	Reestructuración cognitiva: Descubrimiento guiado	Debate de pensamiento y generar pensamientos alternativos más reales
	5	Reestructuración Cognitiva: Reatribución	
	6	Reestructuración cognitiva Reatribución	
	7	Respiración diafragmática	
Aumentar la regulación emocional en la usuaria mediante relajación	8	Técnica de relajación progresiva de Jacobson	Explicar y enseñar sobre la respiración y la técnica de relajación
	9	Técnica de relajación progresiva de Jacobson	
	10	Técnica de relajación progresiva de Jacobson	
	11	Técnica de relajación progresiva de Jacobson	
Aumentar la regulación y confianza en las conductas mediante autoinstrucciones	12	Autoinstrucciones	Explicar sobre las autoinstrucciones y generarlas
	13	Autoinstrucciones	
Aumentar conductas en déficit	14	Psicoeducación y plan de actividades	Explicar sobre el plan de actividades y

y debilitamiento de la paciente mediante un plan de actividades.	15	Plan de actividades	elaborar uno junto con la usuaria
	16	Plan de actividades	
Identificar posibles situaciones problemáticas de la paciente y mediante una técnica de resolución de conflictos e instaurar habilidades resolutivas	17	Técnica de resolución de problemas de D’Zurilla y Goldfriend	Se explicará sobre la importancia de aprender sobre la resolución de conflictos y se enseñará la técnica
	18	Técnica de resolución de problemas de D’Zurilla y Goldfriend	
Evaluar el logro de los objetivos terapéuticos	19	Aplicación del inventario de depresión de Beck y prevención de recaídas	Evaluación y comparación de los autorregistros y post test
	20	Prevención de recaídas	

2.7. Procedimiento

El programa de intervención se realizó utilizando la terapia cognitivo-conductual a través de 20 sesiones, cada una con un tiempo de duración de aproximada de 50-60 minutos, y se efectuó una vez por semana en un consultorio privado en Chiclayo. Estas se orientaron a reducir los síntomas de depresión utilizando diversas técnicas de la TCC.

Estas se orientaron a reducir los síntomas depresivos utilizando diversas técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual.

2.8. Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado y voluntario para la intervención, asegurando que se respetara la información proporcionada por la paciente y preservando su confidencialidad en la divulgación del estudio de investigación.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de Resultados

A continuación, se visualizará el análisis de los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas aplicadas, diagnóstico funcional, autorregistros y el análisis funcional de la conducta sobre los síntomas depresivos.

Figura 3

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

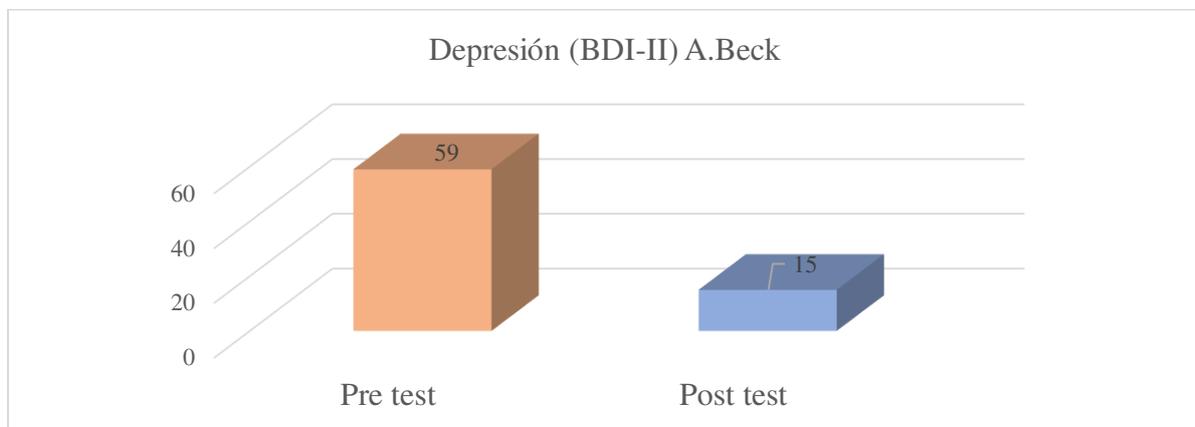


Figura 4

Resultados pre y post test del cuestionario de creencias irracionales de Albert Ellis

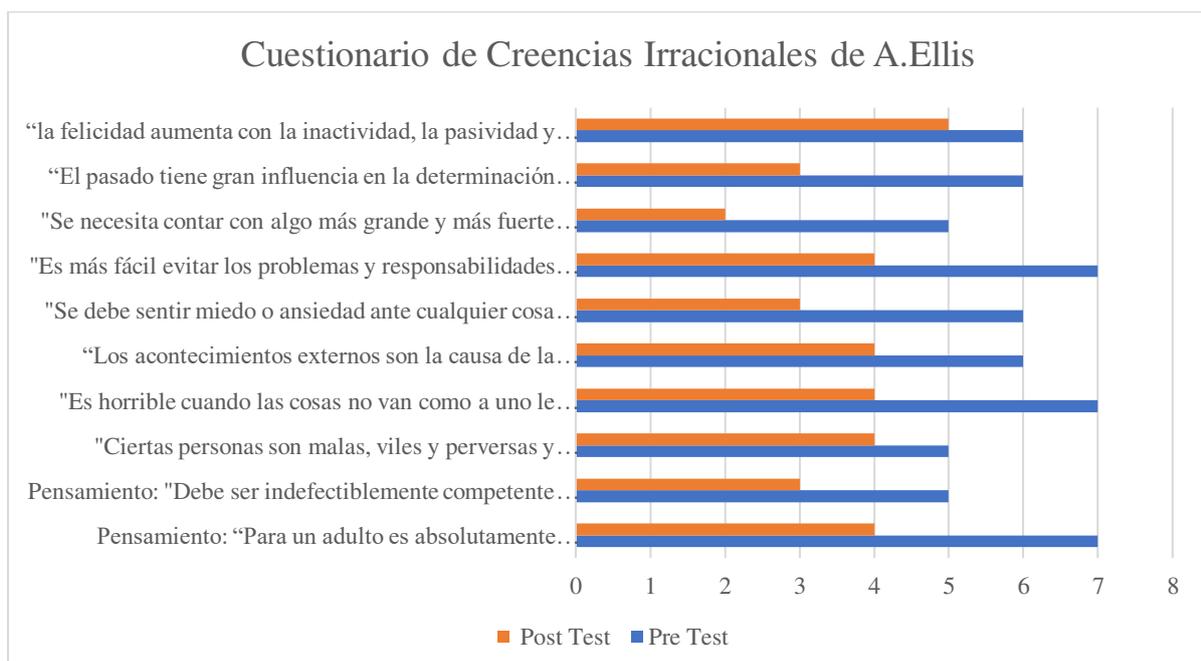
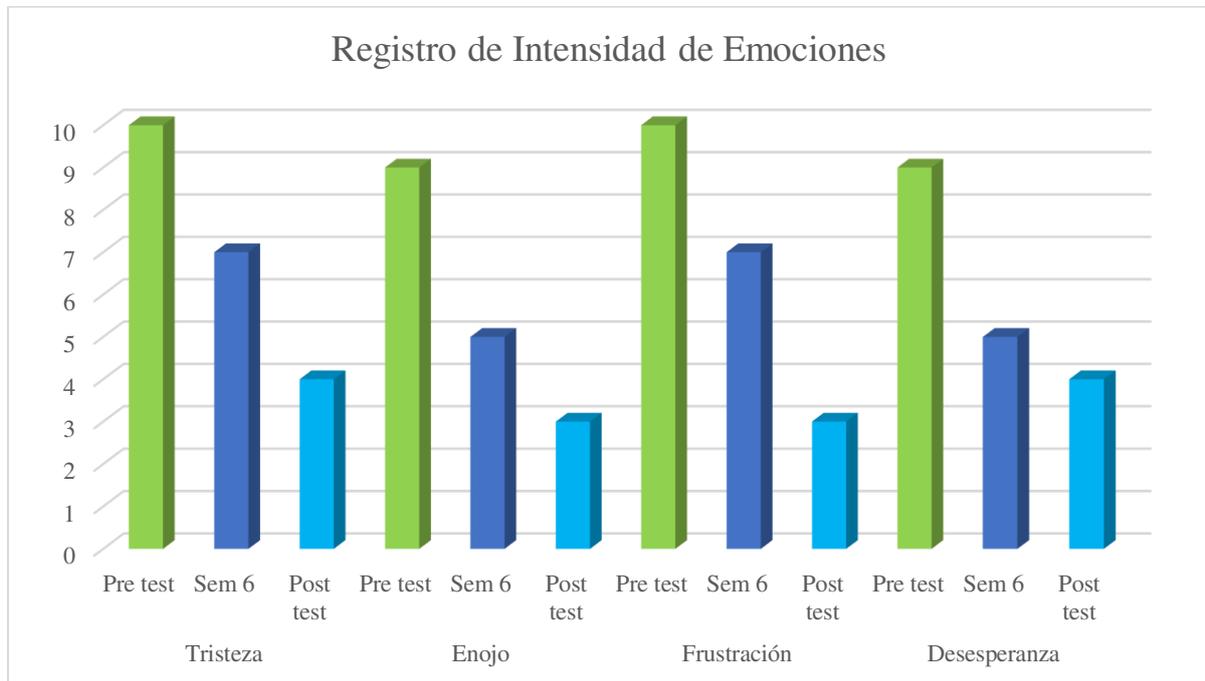


Figura 5

Registro Semanal de Intensidad de Emociones

**Figura 6**

Registro de Frecuencia de Conductas

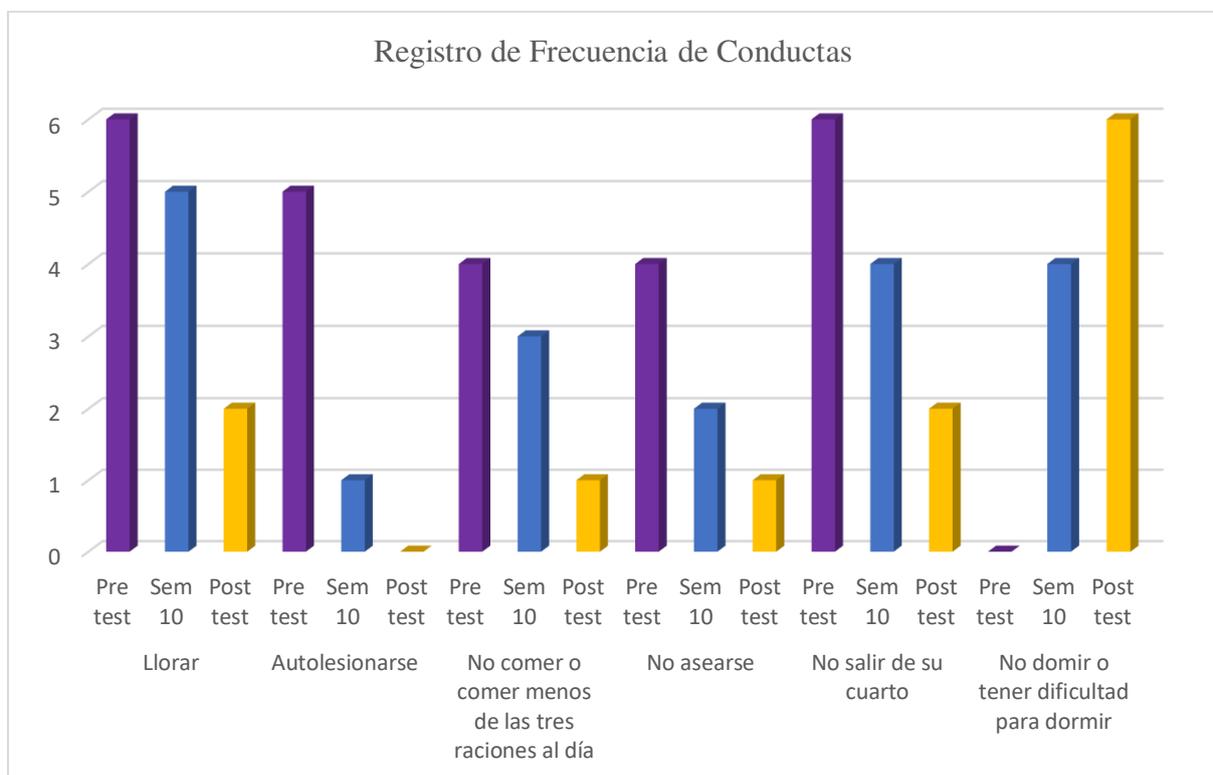
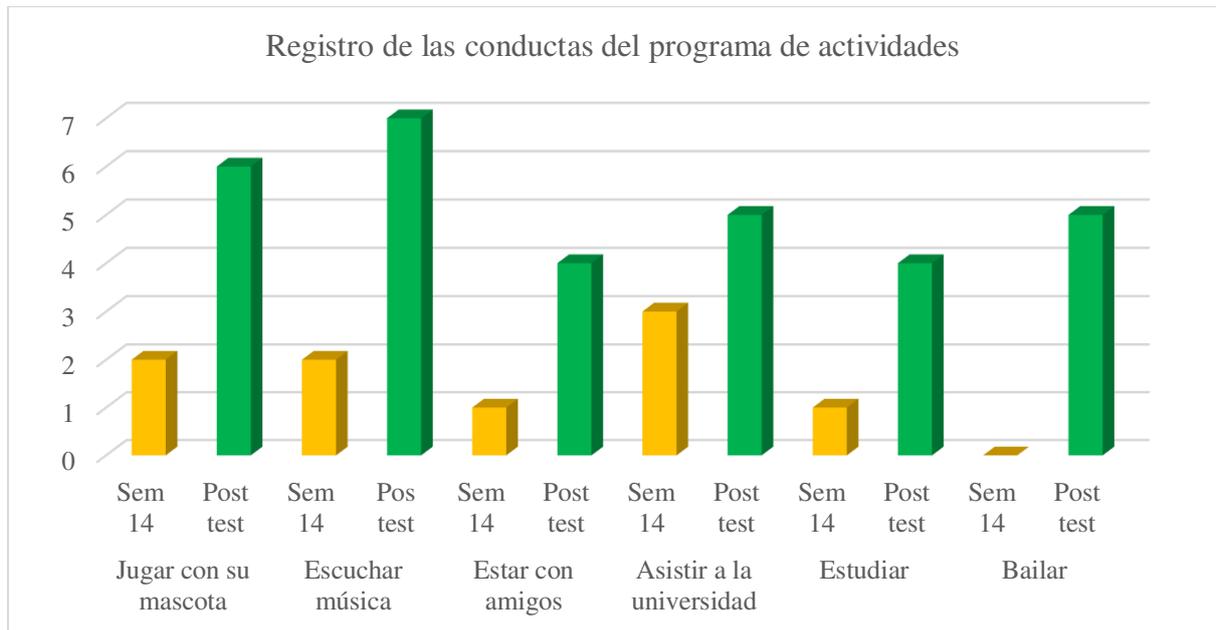


Figura 7

Registro de las conductas del programa de actividades



3.2. Discusión de Resultados

Con respecto al objetivo general planteamos disminuir la sintomatología cognitiva, fisiológica y conductual de la paciente con depresión mayor, través de la aplicación de un programa cognitivo conductual. y en base a los resultados se observó que esta disminución se dio de una manera significativa. Los hallazgos obtenidos coinciden con los estudios realizados por Anton et al. (2016), quienes también aplicaron un programa de TCC a una mujer con diagnóstico de depresión mayor, con el objetivo de disminuir la sintomatología depresiva conllevando a la reducción de estos síntomas. Esta coincidencia en los resultados obtenidos puede deberse a que en ambos casos se empleó un tratamiento cognitivo conductual integrador; es decir, se utilizaron técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva para reducir las distorsiones cognitivas; el entrenamiento en respiración para regulación emocional y técnicas como la activación conductual o el programa de actividades para aumentar conductas en déficit y debilitamiento. Esto se refuerza con lo explicado por Hallis (2015) quienes señalan que ofrecer distintas técnicas en la TCC brinda a las pacientes más alternativas para abordar los pensamientos y emociones que generan malestar, y así mejorar la eficacia de la terapia.

Así también, esta misma conclusión se puede observar al nivel del análisis psicométrico de los resultados mostrados del Inventario de depresión de Beck que denotan que la paciente ha tenido una reducción significativa en cuanto a la sintomatología que describe el inventario, obteniendo una disminución del puntaje del pre test (59) y el post test (15). Esto se asemeja con los resultados alcanzados del estudio de caso realizado por Chuchon (2022) quien, en su programa también aplica un pre test (28) y un post test (7) del Inventario de depresión de Beck a una paciente con depresión recurrente, con una disminución significativa de la misma. Por lo que, se corrobora la idea que las técnicas de la terapia cognitivo conductual han logrado un efecto importante en el alivio de la sintomatología cognitiva, emocional y conductual de la paciente abordada, alcanzando la conclusión acerca de la eficacia de la terapia cognitivo-

conductual. para el diagnóstico de depresión mayor.

En cuanto al objetivo de disminuir las ideas irracionales y distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva y detección de pensamientos, los resultados obtenidos fueron los esperados ya que se evidencia una disminución en el puntaje inicial de cada uno de los tipos de creencias irracionales del test de Creencias Irracionales de Ellis. Así como de la reestructuración de estas en el autorregistro de TREC. De esta manera, podemos decir que se ha logrado en gran mayoría reestructurar sus pensamientos de manera más racional. Esto se asemeja al estudio de caso realizado por Chuchon (2022) quien en su programa también aplica la técnica de reestructuración cognitiva con el objetivo de disminuir pensamientos automáticos y reemplazarlos por pensamientos más adaptativos, con la cual también obtuvo un resultado satisfactorio. Estos resultados se constatan por lo mencionado por Ruiz et al (2012) quien señala que los modelos de reestructuración cognitiva evalúan la coherencia de los pensamientos y guían al paciente para desarrollar un pensamiento correcto y evitar los errores por procesamiento de información. Es por lo que la paciente logró reducir los pensamientos automáticos que le ocasionaban malestar y en cambio fueron cambiados por pensamientos que contribuyen a una mejora en su calidad de vida.

Con relación al objetivo de aumentar la regulación emocional en la usuaria y disminuir la intensidad, duración y frecuencia de la sintomatología fisiológica mediante relajación. Los resultados obtenidos muestran una diferencia significativa en la disminución de la intensidad de las emociones desagradables en el pre test alcanzando un nivel SUD de 10/10 mientras que en el post test se obtiene un nivel SUD de 3/10. De la misma manera, con la respuesta fisiológica de llanto se obtuvo una disminución en la frecuencia semanal de 6/7 días durante la segunda semana de intervención a 2/7 días en la última semana de intervención. Mientras, que la conducta de autolesión disminuyó de 5/7 días a 0/7 días.

Estos resultados tienen similitud con la investigación de Chuchon (2022) quien también

aplicó las técnicas de respiración diafragmática y técnica de relajación progresiva de Jacobson con el objetivo de reducir la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas fisiológicos, donde se obtuvieron los resultados esperados. Esto podría deberse a como lo señala Ruiz et al (2012) el entrenamiento en relajación tiene el propósito de reducir el estado de nivel fisiológico, promoviendo el retorno a un estado de calma y paz interior. Sus efectos traen beneficios en los procesos emocionales, cognitivos y conductuales.

Con relación al objetivo de aumentar las conductas en déficit y debilitamiento, a través de un programa de actividades diarias y autoinstrucciones, se constata de acuerdo con los resultados que hubo un aumento de frecuencia en las actividades agradables. Ya que teniendo una frecuencia semanal de entre 0 a 2 de estas actividades durante la semana 14, en el post test se registra una frecuencia semanal de 4 a 7 veces de estas. Estos resultados guardan similitud con los resultados encontrados en Llamo (2022) el cual incrementó la frecuencia de actividades placenteras y funcionales de la paciente mediante las técnicas de asignación de tareas y de dominio y agrado. Pese a que estas técnicas tienen un desarrollo distinto en la aplicación de estas, como indica Caballo (2007) el tratamiento conductual al que pertenecen tiene un mismo objetivo el cual es buscar el aumento del refuerzo positivo que recibe el individuo. Así también señala que la eficacia de estas técnicas radica en que se alienta a los pacientes a establecer metas alcanzables para garantizar experiencias iniciales satisfactorias y a recompensarse por lograr esos objetivos.

Por otro lado, es importante recalcar que dentro del programa de intervención se encontraron diferencias entre la efectividad de cada técnica. Es así como las técnicas de reestructuración cognitiva fueron las que mostraron mayor eficacia dentro del programa ya que se evidenciaron los mayores resultados luego de la aplicación de estas. Esto debido a que como lo menciona Beck et al. (2010) el principal foco de la depresión se encuentra en la forma única en que la persona percibe su propia identidad, sus experiencias y su futuro, es la “tríada

cognitiva” y a la manera particular en que el paciente interpreta la realidad, esto constituye el primer vínculo en la secuencia de síntomas.

Mientras que la técnica que mostró menos resultados significativos en la mejoría de la paciente a diferencia de las demás fue la técnica de resolución de conflictos. Esto posiblemente se deba que al ser la última técnica empleada en el programa se habían logrado controlar las contingencias de situaciones potencialmente estresantes en el entorno; además de la interpretación que tenía la paciente que frente a sus “problemas” por lo que la técnica a pesar de que brindó una nueva forma de analizar y solucionar problemas no se logró un cambio significativo. De la misma manera, se debería a que como postula Vásquez (2002) la mayoría de las psicoterapias para tratar la depresión como terapia de conducta y la terapia cognitiva de Beck (de las cuales se emplean técnicas al principio del programa) implícitamente, instruyen a los pacientes para que desarrollen sus habilidades de resolución de problemas. Sin embargo, es importante recalcar que las carencias en las habilidades para resolver problemas son un factor significativo de vulnerabilidad a la depresión (Nezu, 1987; Nezu et al., 1989 citado en Vásquez 2002). Es por lo que el entrenamiento en solución de problemas además de conducir a una disminución de la sintomatología depresiva se le proporciona al sujeto herramientas para prevenir nuevos episodios.

Finalmente, es relevante resaltar que dentro de la ejecución del programa se destacó el compromiso de la paciente con la intervención terapéutica, así como con mejorar su funcionalidad a nivel personal, familiar, ocupacional y social como factor que más favoreció en los resultados obtenidos. De esta manera Quinceno et al. (2021) refieren que para el éxito del proceso terapéutico es necesario que el paciente, que necesita ayuda para el problema que enfrenta, debe mostrar al menos un mínimo de motivación. El psicoterapeuta se esfuerza por hacer que el paciente sea consciente de los problemas en su vida, asegurándose de que esté decidido a superarlos y dispuesto a colaborar en una alianza de trabajo para alcanzar un objetivo

común.

No obstante, el factor que dificultó los resultados del proceso de intervención fue el tiempo a mitad del desarrollo del programa, pues la paciente estaba interesada en intentar aprobar la mayoría de las materias que estaba cursando de la universidad y ello la llevo a postergar algunas sesiones debido a la priorización de sus estudios. Además del poco apoyo por parte de su padre quien presentaba algunos prejuicios relacionados a la terapia psicológica.

3.3. Seguimiento

Tras finalizar el programa de intervención cognitivo-conductual, se llevó a cabo un seguimiento que incluyó una cita cada tres semanas durante dos meses para reforzar lo aprendido y ofrecer asesoría psicológica en caso de problemas adicionales. Luego, se realizaron citas mensuales durante tres meses. Finalmente, se otorgó el alta clínica.

IV. CONCLUSIONES

A. Se logró resultados significativos en la disminución de la sintomatología depresiva de la paciente mediante la intervención cognitiva conductual, lo cual se corroboró a través de la medición del pre test (4) y el post test (2).

B. Se logró modificar las distorsiones cognitivas mediante las técnicas de reestructuración cognitiva por pensamientos más adaptativos y flexibles, lo que se evidencia con la disminución entre el puntaje inicial (7) y el pos test (4).

C. Se incrementó la frecuencia de actividades placenteras y funcionales de la paciente de un promedio de en la frecuencia de (1,5) a (5,2) a través de un programa de actividades y autoinstrucciones.

D. Se identificó que la técnica que obtuvo mayor eficacia dentro del programa de intervención fue la reestructuración cognitiva, mientras que la que la técnica que se observó menor eficacia fue la técnica de resolución de conflictos.

E. Se identifica que el factor que más favoreció a los resultados durante el programa de intervención fue el compromiso de la paciente, mientras que el factor que dificultó más los resultados fue el tiempo y la falta de apoyo por parte de su padre.

V. RECOMENDACIONES

A. Emplear el modelo de intervención cognitivo conductual con pacientes que tengan características similares al caso clínico presentado ya que demuestra efectividad en el abordaje de casos de depresión mayor.

B. Promover la práctica del uso de la técnica de reestructuración cognitiva, dado que demuestra su eficacia en la modificación de distorsiones cognitivas y creencias irracionales.

C. Fomentar el uso de las técnicas de autoinstrucciones y programa de actividades para el aumento de actividades en debilitamiento y déficit en futuros programas de intervención dado los resultados obtenidos.

D. Establecer por parte de los especialistas en salud mental un tratamiento a la familia de la usuaria, con el objetivo de lograr una mayor efectividad en el programa de seguimiento.

E. Promover el uso de la terapia cognitivo-conductual en casos de depresión en diversos contextos con el objetivo de investigar y verificar la eficacia de este enfoque.

VI. REFERENCIAS

- Acevedo, M y Gelvez, L. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* (55), 156-158. <http://34.231.144.216/index.php/RevistaUCN/article/view/1001/1449>
- Alarcon, M. (2022). *Caso Psicológico: Intervención Cognitivo Conductual en Depresión en una paciente en Hemodialisis*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6001>.
- Álvarez, H y Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 157-169. https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/28018_Psicopatologia_22_N2_WEB_Parte7.pdf.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition revised, DSM-5-TR*. American Psychiatric Publishing.
- Anton, V; Garcia, P y Garcia, J. (2016). Intervención cognitivo conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 3(1), 45-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288640>.
- Botto, A; Acuña, J y Jimenez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. <https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/3297>.
- Barlow, D. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso*. El Manual Moderno. https://books.google.com.pe/books?id=j_xuDwAAQBAJ&printsec=frontcov%20er&hl=es#v=onepage&q&f=false.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Beck, A; Rush, A; Shawn, B y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19ª ed.). Desclee de Browner.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo.
- Candela, C. (2022). Efectos de un programa cognitivo conductual en el nivel de depresión en un caso único. *Acta Psicológica Peruana*, 7(1), 28-43.
<https://doi.org/10.56891/acpp.v7i1.366>
- Celleri, M; Diaz, M y Poniaman, M. (2023). *Trastorno depresivo mayor epidemiología, psicopatología y diagnóstico*.
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/trastorno_depresivo_mayor.pdf
- Clínica Mayo. (2018). *Depresión (trastorno depresivo mayor)*.
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- Coryel, W. (octubre del 2023). Trastornos depresivos. *Manuales MSD*.
<https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-psiQUI%3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%3%A1nimo/trastornos-depresivos>
- Chuchon, A. (2022). *Caso psicológico: Terapia cognitivo conductual en un caso de depresión recurrente*. [Trabajo académico de segunda especialidad profesional, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional UNFV.
<https://hdl.handle.net/20.500.13084/6384>.

- Cruz, N. (2019). *Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en un caso de Trastorno Depresivo Recurrente*. [Proyecto de grado de Especialista, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio institucional UBP. <http://hdl.handle.net/20.500.11912/8435>.
- El Peruano. (2023). *Salud Mental: Casos atendidos por Minsa se incrementaron en casi 20% durante el 2022*. <https://www.elperuano.pe/noticia/210845-salud-mental-casos-atendidos-por-minsa-se-incrementaron-en-casi-20-durante-el-2022>.
- García, V. (2021). Estudio de caso clínico: *Intervención Cognitivo Conductual de un caso de Trastorno Depresivo Recurrente con rasgos de personalidad dependiente*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio académico USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/9177>.
- Goyeneche, T. (2018). *Intervención cognitivo conductual para un caso clínico de depresión mayor, episodio recurrente, especificador grave, con características atípicas*. [Monografía como requisito para optar el título de especialista en psicología clínica, Universidad Pontificia Bolivariana]. https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6246/digital_38291.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Hallis, L; Cameli, L; Dionne, F; y Knäuper, B. (2016). Combining Cognitive Therapy with Acceptance and Commitment Therapy for depression: A manualized group therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2), 186–201. <https://doi.org/10.1037/int0000028>
- Korman, G. (2011). Modelos Teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630257005>
- Kosovsky, R. (2018). El abordaje de las terapias cognitivas en niños, adolescentes y familias. *Intersecciones psi*, 8(27), 12-13. http://intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_num_27.pdf

- Laurente, M y Aguilar, M. (2020). *Depresión en estudiantes universitarios*. [Trabajo de investigación, Universidad Continental]. Repositorio Institucional Continental. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11231>
- León, G.O. y Montero, G. (2002). *Métodos de investigación en psicología y educación: las tradiciones cuantitativas y cualitativas*. Madrid: McGraw-Hill.
- Madero, M; Suarez, J; Mayancela, M y Villegas, E. (2021). Trastorno depresivo mayor. *RECIAMUC*, 5(1), 32-41. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.32-41](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.32-41).
- Ministerio de salud (2023, 19 de enero). *La depresión: un trastorno de salud mental que también afecta a niñas, niños y adolescentes y requiere la participación de la familia* [nota de prensa]. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/690010-la-depresion-un-trastorno-de-salud-mental-que-tambien-afecta-a-ninas-ninos-y-adolescentes-y-requiere-la-participacion-de-la-familia>
- Ministerio de salud (2022, 13 de enero). *MINSA: más de 3000 casos de depresión fueron atendidos durante el 2021*. [nota de prensa]. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>
- Mendoza, I. (2020). *Terapia Cognitivo Conductual: Actualidad y Tecnología*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia] Repositorio Institucional UPCH. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/8907>.
- Llamo, A. (2022). *Terapia cognitivo conductual para la depresión de una joven adulta*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/7269>.
- Organización mundial de la salud. (2023, marzo) *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización mundial de la salud. (2022, junio). *Trastornos mentales*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Pissani, G. (2022). *Estudio de caso clínico: intervención desde la terapia cognitivo conductual en un caso de depresión*. [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio académico USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/10603>
- Panamerican Life Insurance Group. (2022). *Salud mental en América Latina y el Caribe La pandemia silenciosa*.
<https://www.palig.com/Media/Default/Documents/Salud%20Mental%20White%20Paper%20PALIG.pdf>
- Plaud (2001). *Clinical science and human behavior*. Journal of Clinical Psychology. <https://doi.org/10.1002/jclp.1125>.
- Puerta Polo, J y Padilla, D (2011). Terapia cognitivo conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado de arte. *Duazary*, 8 (2), 251-257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- Perez, E; Cervantes, V; Hijuelos, N; Pineda, J y Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomedica*, 28(2), 75-91. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>.
- Quinceno, J; Santa Cruz, L y Henao, S. (2021). *Factores a fortalecer en el psicoterapeuta para promover la adherencia del paciente en terapia*. Una revisión bibliográfica [Tesis de pregrado, Corporación Universitaria Minuto de Dios] Repositorio Institucional UNMINUTO. <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/15548>.
- Ramírez, J. (2023). *Frecuencia de ansiedad y depresión en estudiantes del último semestre académico, en facultades de una universidad de Lambayeque, mayo julio 2021*. [Tesis de pre grado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio de tesis

USAT.

https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/5859/3/TL_RamirezChavezJarold.pdf

Robayo, B. (2022). *Terapia cognitivo conductual TCC en el tratamiento del trastorno depresivo mayor recurrente: estudio de caso clínico*. [Tesis de Maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional de la Universidad del Norte. <http://hdl.handle.net/10584/11634>.

Rodríguez, C. (2000). *De los principios de la psicología a la práctica clínica*. Madrid: Pirámide.

Romero, L. (2023). *Variables sociodemográficas asociadas a la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas según ENDES (2020)*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/14325>.

Ruiz, M; Diaz, M y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Descleé de Brower.

Secretaria Nacional de la Juventud. (20 de junio del 2023). *El 32.3 % de jóvenes de 15 a 29 años presentaron algún problema de salud mental*. [Nota de prensa]. <https://juventud.gob.pe/2023/06/el-32-3-de-jovenes-de-15-a-29-anos-presentaron-algun-problema-de-salud-mental/>.

Vasquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714302.pdf>

Vernon, A., & Doyle, K. (2018). *Cognitive Behavior Therapies: A Guidebook for Practitioners*. Wiley.

ANEXOS

FECHA	ANTECEDENTE (QUE PASÓ ANTES?)	CONDUCTA ¿QUÉ HICISTE?	DURACIÓN/INTENSIDAD MINUTOS/INTENSIDAD (0-10)	CONSECUENCIAS ¿QUÉ HICISTE DESPUÉS?
03/07	Me acuerdo cuando estaba con mi papá	Me fui a mi cuarto y lloré	40min (9/10)	me quedé dormida
04/07	Mi mamá me gritó por no ir a la universidad	Le grité y luego me puse a llorar, me corté el brazo	1h (10/10)	no quise almorzar, me quedé en mi cuarto
06/07	Mi papá llama para preguntarme cómo estoy y se pelea con mi mamá	Me moleste con mi mamá y no le hablé el resto del día	5h (7/10)	me fui a mi cuarto y no quise salir
09/07	Un compañero de la universidad me preguntó si me sentía bien	le dije que no me molestara	(6/10)	me senté en otro sitio
09/07	Mi mamá me pide que sola con ella	Disutimos porque le dije que no quiero salir un día	10min (9/10)	no quedo en casa
08/07	Me acuerdo de cuando lluvia en Chochabajas	llorar	30min (10/10)	no quise hacer nada, me quedé en mi cuarto

A (Situación)	B (Pensamiento)	C (Emoción o conducta)
- Saqué una mala calificación en mi examen	- "No puedo hacer nada bien", Solo soy un fracaso	- Tristeza, (10/10) me fui de la universidad, no entro a la siguiente clase
- mi mamá se ve molesta	- Seguro es por mi culpa, solo soy una carga	- Tristeza, lloro (10/10)
- mi amigo no me contestó el mensaje	- ni él me quiere, mejor estuviera muerta	- tristeza, enojo, no (10/10) quiero comer
- No puedo dormir	- Nunca voy a estar bien, solo me quiero morir	frustración, me levanto me corto los brazos unas 10 veces. (9/10)
- mi mamá me pide que ordene mi cuarto	- no quiero hacer nada, nadie me entiende	enojo, me encierro en mi cuarto (8/10)