



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO PSICOLÓGICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA CON DEPRESIÓN

Línea de investigación:

Salud Mental

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

Autora

De los Santos Gonzalez, Yeimy Carem

Asesor

Injante Mendoza, Raúl

Codigo ORCID 0000-0002-5016-4340

Jurado

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Flores Vásquez, María Elizabeth

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Lima - Perú

2024



CASO PSICOLÓGICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA CON DEPRESIÓN

INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

28%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	17%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
4	simap.eu.int Fuente de Internet	<1%
5	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
6	idoc.pub Fuente de Internet	<1%
7	www.aeesme.org Fuente de Internet	<1%
8	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
9	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CASO PSICOLÓGICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL
EN UNA MUJER ADULTA CON DEPRESIÓN

Línea de Investigación: Salud Mental

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

Autora:

De los Santos Gonzalez, Yeimy Carem

Asesor:

Injante Mendoza, Raúl

(ORCID: 0000-0002-5016-4340)

Jurado:

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Flores Vásquez, María Elizabeth

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Lima - Perú

2023

Pensamientos

“Si nuestro pensamiento es sencillo
y claro estamos mejor
equipados para alcanzar nuestras
metas”

Aarón Beck

“Hay tres frases que nos impiden
avanzar: tengo que hacerlo bien; me
tienes que tratar bien;
y el mundo debe ser fácil”

Albert Ellis

Dedicatoria

A Dios y a mi madre Elizabeth.

A mis abuelitos Franco y María por su apoyo, cariño y enseñanzas durante toda mi vida por acompañarme en mis aciertos y errores.

A mis sobrinos Bastián y Mía por su cariño y motivación.

A mis hermanos Jeans y Luis por su compañía apoyo y toda la alegría que me transmiten siempre.

A mi esposo Luis por su amor comprensión, y apoyo en todos los momentos que pasamos juntos y las experiencias compartidas.

Agradecimientos

A Dios y mi madre, por su apoyo incondicional, quien sacrificó muchas cosas por mí, su dedicación hacia mí contribuyó a mi superación personal.

A la Universidad Nacional Federico Villareal y todos los docentes que me formaron durante la Segunda Especialidad, por sus consejos apoyo y asesoría durante el proceso de adquisición de conocimientos; adquiriré mucha experiencia.

A mi familia, que siempre me apoya cuando los necesito y es mi motivo para seguir creciendo profesionalmente, desde siempre hemos sido unidos.

Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de Tablas	viii
Índice de Figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
I. Introducción	1
1.1. Descripción del problema	2
1.2. Antecedentes	4
1.2.1 Antecedentes nacionales	4
1.2.2 Antecedentes internacionales	6
1.2.3 Fundamentación teórica	7
1.2.3.1 La depresión	7
1.2.3.2 Modelos cognitivos	13
1.2.3.3 Terapia cognitivo conductual	18
1.3 Objetivos	19
1.3.1 Objetivo general	19
1.3.2 Objetivos específicos	19

1.4	Justificación	20
1.5	Impactos esperados del trabajo académico	21
II.	Metodología	22
2.1	Tipo y diseño de investigación	22
2.2	Ámbito temporal y espacial	22
2.3	Variables	22
2.3.1	Variables independiente y dependiente	22
2.4	Participante	23
2.5	Técnicas e instrumentos	23
2.5.1	Técnicas	23
2.5.2	Instrumentos	27
2.5.3	Evaluación psicológica	30
2.5.4	Evaluación psicométrica	39
2.5.5	Informe psicológico integrador	42
2.6	Plan de intervención	46
2.6.1	Plan de intervención y calendarización	46
2.6.2	Programa de intervención	47
2.7	Procedimiento	48
2.8	Consideraciones éticas	57
III.	Resultados	59
3.1	Resultados pre y post intervención	59
3.1.1	Línea base	59
3.1.2	Línea de intervención	63

3.2 Seguimiento	69
3.2 Discusión de resultados	70
IV. Conclusiones	73
V. Recomendaciones	75
VI. Referencias	76
VII. Anexos	82

Índice de Tablas

Tabla 1.	Datos familiares	38
Tabla 2.	Resultados de aplicación del Inventario de Depresión de Beck	41
Tabla 3.	Línea base de conductas	43
Tabla 4.	Diagnóstico funcional	44
Tabla 5.	Diagnóstico cognitivo	45
Tabla 6.	Criterios diagnósticos según el CIE-10	46
Tabla 7.	Sesión 1: Entrevista y observación psicológica	48
Tabla 8.	Sesión 2: Alianza terapéutica, búsqueda de información relevante	48
Tabla 9.	Sesión 3: Psicoeducación	49
Tabla 10.	Sesión 4: Psicoeducación, técnicas de respiración	49
Tabla 11.	Sesión 5: Psicoeducación, triple columna, distorsiones cognitivas	51
Tabla 12.	Sesión 6: Modificación del pensamiento automático distorsionado 1	52
Tabla 13.	Sesión 7: Modificación del pensamiento automático distorsionado 2	53
Tabla 14.	Sesión 8: Modificación del pensamiento automático distorsionado 3	54
Tabla 15.	Sesión 9: Modificación del pensamiento automático distorsionado 4	54
Tabla 16.	Sesión 10: Psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales	55
Tabla 17.	Sesión 11: Psicoeducación, resolución de problemas	56
Tabla 18.	Sesión 12: Autorregistros, evaluación de la depresión post test	57
Tabla 19.	Registro de frecuencia de pensamientos de la usuaria, línea base	60
Tabla 20.	Registro de frecuencia e intensidad de emociones, línea base	61
Tabla 21.	Registro de frecuencia y duración de conductas problema, línea base	63

Tabla 22.	Resultados de la aplicación del inventario de depresión pre y post test	65
Tabla 23.	Registro de frecuencia de pensamientos pre y post test	65
Tabla 24.	Registro de frecuencia e intensidad de emociones perturbadoras Pre y post test	66
Tabla 25.	Registro de frecuencia y duración de conductas problema pre y post test	67

Índice de Figuras

Figura 1.	Frecuencia de pensamientos negativos	61
Figura 2.	Frecuencia de intensidad de emociones perturbadoras, línea base	62
Figura 3.	Frecuencia y duración de las conductas problema	62
Figura 4.	Resultados de la aplicación del inventario de depresión pre y post test	65
Figura 5.	Frecuencia de pensamientos pre y post test	66
Figura 6.	Frecuencia e intensidad de emociones perturbadoras pre y post test	67
Figura 7.	Frecuencia de conductas problema pre y post test	68
Figura 8.	Duración de conductas problema pre y post test	68

RESUMEN

Se presenta la intervención del caso de una mujer adulta de 25 años con diagnóstico de Depresión moderada, quien presentaba emociones perturbadoras de tristeza, cólera, vergüenza culpa y ansiedad, así como la presencia de constantes pensamientos negativos de sí misma en su relación de pareja, acompañado de conductas de aislamiento, llanto frecuente, insomnio e impulsividad. En términos de la intervención fue realizada a través de terapia cognitiva conductual con el objetivo de disminuir la sintomatología depresiva. Dicho programa tuvo una duración aproximada de 3 meses donde se realizó una sesión por semana con una duración de 45 minutos, teniendo un total de 12 sesiones. La investigación fue de tipo experimental y utilizo el diseño pre experimental, siendo la variable independiente el programa de intervención cognitivo conductual y como variable dependiente el cuadro clínico de depresión moderada, en este sentido los instrumentos empleados fueron el Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionado Multiaxial de Millon y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck, así como registros de frecuencia, intensidad y duración. El resultado obtenido evidencia disminución de la sintomatología depresiva de un nivel moderado a un nivel mínimo según el cuestionario de Beck; así mismo se muestra la disminución en frecuencia de los pensamientos negativos, así como disminución de frecuencia e intensidad de emociones perturbadoras y conductas problema.

Palabra clave: depresión moderada, intervención cognitivo-conductual, pensamientos negativos

ABSTRACT

The intervention is presented in the case of a 25-year-old adult woman with depression moderate, who presented disturbing emotions of sadness, anger, shame, guilt and anxiety, as well as constant negative thoughts about herself and her relationship with her partner and behaviors such as isolation, frequent crying, insomnia, impulsivity. The intervention was carried out through cognitive behavioral therapy; the objective was to reduce depressive symptomatology. The program lasted approximately 3 months where one session per week lasting 45 minutes was held, with a total of 12 sessions. The research is of an experimental type and the pre experimental design is used, the independent variable and the cognitive behavioral intervention program the dependent variable being the clinical picture of a moderate depressive episode as, the instruments used were the Beck Depression Inventory, the Questionnaire Millon's Multiaxial, and Eysenck's Personality Questionnaire, as well as records of frequency, intensity and duration. The result obtained shows a decrease in depressive symptomatology from a moderate level to one considered minimum according to the Beck questionnaire; likewise, the decrease in frequency of negative thoughts is shown, as well as the decrease in frequency and intensity of disturbing emotions and problem behaviors.

Keywords: moderate depression, cognitive behavioral intervention, negative thoughts.

I. INTRODUCCIÓN

En términos mundiales, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) ha reportado 280 millones de personas que sufren de depresión, ya que es una condición de salud mental seria que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de quienes la padecen. La depresión es más que simplemente variaciones normales en el estado de ánimo o respuestas temporales a desafíos cotidianos. Es una enfermedad mental crónica que afecta el funcionamiento emocional, cognitivo y físico de una persona de manera prolongada. Por otro lado, se ha identificado que la depresión puede terminar siendo un problema de salud importante que resulta ser recurrente e intenso por sus moderadas a graves consecuencias (Gobierno de México, 2022).

Así mismo, la OMS (2023) ha mencionado que, aunque existe tratamientos reconocidos y eficaces para trabajar los trastornos mentales, más del 75% de las personas que padecen alguno en los países de ingresos bajos y medianos no logran recibir tratamiento alguno. Por lo tanto, se ha hablado que en general en todos los países, las personas que experimentan depresión suelen no ser correctamente diagnosticados, mientras que otros que en realidad no padecen de ninguna patología mental por lo tanto suelen más bien ser diagnosticados erróneamente y se les administra antidepresivos sin necesidad de requerirlos (Pérez-Padilla, 2017). Esto revela la importancia y motivación de desarrollar un programa de intervención que permita realizar un abordaje eficiente de este trastorno que actualmente ha cobrado relevancia.

En el primer apartado se contextualiza el problema de investigación, así mismo se presentan los antecedentes nacionales e internacionales, su fundamentación teórica, y tanto los objetivos generales como específicos, además la justificación e impacto esperado con la realización del presente trabajo. En el segundo apartado se expone el tipo y diseño de investigación, las variables de estudio, la presentación de la usuaria, técnicas de intervención,

evaluación e informe psicológico además del plan y programa de intervención y las consideraciones éticas que se tomaran en cuenta. En la tercera parte se exponen los resultados de pre y post test, la discusión y seguimiento. Las últimas partes incluyen las conclusiones, las recomendaciones, referencias y, por último, los anexos.

1.1. Descripción del problema

Actualmente la depresión es un problema de salud mental que afecta a nivel mundial y puede tener un impacto significativo en el funcionamiento de las personas cuando es crónica o severa. Los síntomas de la depresión pueden abarcar una amplia gama de áreas, como el estado de ánimo, las emociones, el pensamiento, el comportamiento y la salud física. que van a perturbar en el desarrollo de cualquier ser humano (OMS, 2023).

La OMS (2023) destaca la magnitud de la depresión como un problema de salud pública a nivel mundial. Los números muestran que la depresión afecta a 300 millones de personas en todo el mundo y tiene un impacto significativo en la carga global de morbilidad, lo que significa que es una de las principales causas de discapacidad y sufrimiento en la población.

Asimismo, Lugo y Pérez (2021) mencionan que la depresión afecta a una gran cantidad de personas en todo el mundo, con aproximadamente 350 millones de personas que sufren de esta enfermedad. Esto significa que aproximadamente uno de cada diez individuos experimenta depresión en algún momento de sus vidas. La prevalencia de la depresión puede variar significativamente en diferentes partes del mundo. Por ejemplo, la prevalencia va desde aproximadamente el 3% en Japón hasta el 16.9% en los Estados Unidos. Esto sugiere que factores culturales, socioeconómicos y de salud pueden influir en la incidencia de la depresión en diferentes regiones.

En ese sentido Calderón (2018) ha mencionado que, la incidencia anual de casos nuevos de depresión puede ser de alrededor del 15%. Esto indica que la depresión es una enfermedad

que sigue afectando a un número significativo de personas cada año. Los datos también sugieren diferencias en la prevalencia de la depresión entre hombres y mujeres en algunos países de América Latina. Por ejemplo, en Colombia, la prevalencia es más alta en mujeres (11.5%) que en hombres (4%), mientras que, en Chile, es más alta en hombres (16.3%) que en mujeres (7.6%). Estas diferencias pueden estar relacionadas con factores socioculturales y de género.

Ahora bien, según el Instituto Nacional de Salud Mental (INS, 2013) en 43 distritos de Lima y Callao, se encontró una prevalencia de trastornos psiquiátricos que oscila entre el 23.5% y el 37.3%. Específicamente, se informó una prevalencia de episodios depresivos del 9.9% y de distimia del 1.1%. Esto indica que una proporción significativa de la población en estas áreas experimenta trastornos psiquiátricos, incluyendo la depresión. Los estudios epidemiológicos realizados en diferentes regiones de Perú, como la sierra, la selva y las fronteras, también identificaron una alta prevalencia de episodios depresivos moderados a severos. Estas cifras fueron del 16.2%, 21.4% y 17.1% respectivamente. Esto sugiere que la depresión es un problema importante en diversas áreas del país. Es interesante notar que se registró un aumento del 12% en el número de casos de personas con depresión atendidas a nivel nacional durante la pandemia. Esto podría deberse a una variedad de factores, como el estrés, el aislamiento social y las dificultades económicas asociadas a la pandemia, que pueden haber exacerbado los problemas de salud mental existentes.

De igual manera, en el caso de Perú existe una prevalencia significativa de trastornos mentales en la población mayor de 12 años, con un 20.7% de la población afectada por algún tipo de trastorno mental. Además, la depresión es uno de los trastornos más frecuentes en el país, con un promedio nacional de 7.6% (INS, 2013).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una modalidad de tratamiento bien establecida para la depresión leve y moderada, y su eficacia ha sido respaldada por numerosos

estudios científicos y organizaciones de salud, incluida la OMS (2023). La TCC se basa en la idea de que los pensamientos, las emociones y el comportamiento están interconectados, y trabaja para identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento negativos o disfuncionales que pueden contribuir a la depresión (Feijoo, 2021).

1.2. Antecedentes

Últimamente se han realizado diversos estudios de casos clínicos que tienen relación con depresión moderada; estos estudios están orientados a proponer tratamientos de intervención, con relación a ello se ha hecho la búsqueda de investigaciones en diferentes repositorios, a continuación, pasamos a detallar.

1.2.1. Antecedentes nacionales

Dentro de las investigaciones encontradas, Gabino (2022) se planteó un programa de intervención cognitivo conductual hacia una paciente de 23 años la cual presentaba un cuadro depresivo, por lo que el objetivo principal era disminuir dichos síntomas. En este sentido midió a través de varios cuestionarios, entrevista clínica y observación conductual las condiciones de la paciente, cabe destacar que parte de los instrumentos eran: el inventario de depresión de Beck, Cuestionario de personalidad de Eysenck, Inventario de pensamientos automáticos de Beck, entre otros. Ahora bien, en el caso de la intervención se usaron técnicas como la psicoeducación, relajación diafragmática, entrenamiento de solución de problemas, etc. Dentro de sus resultados encontrados en el post test lograron concluir que los síntomas depresivos habían logrado disminuir debido a la eficacia de la terapia cognitivo conductual.

Por otro lado, Calderón (2021) igualmente abordó la depresión moderada de una paciente de 29 años bajo el mismo enfoque teórico antes mencionado. Dentro de la evaluación realizada, le administraron a la paciente el Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario

de personalidad de Eysenck y el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon, entrevista y observación psicológica. Por su parte la intervención manejo las técnicas básicas del modelo cognitivo conductual, encontrando en los resultados finales una disminución significativa de los síntomas depresivos, por lo que la intervención logro hacer el efecto esperado.

Huarcaya (2022) estudió a una mujer de 27 años con síntomas depresivos en una intervención con la misma terapia descrita anteriormente. El objetivo es reducir los síntomas depresivos y el caso se evalúa mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y cuestionarios cognitivo-conductuales. El programa de intervención ahora incluye 13 sesiones de 45 minutos de contenido de intervención que incluyen habilidades de planificación de actividades, asignación progresiva de tareas, descubrimiento guiado, recompensas, dominio y agrado, tres columnas y resolución de problemas. En este sentido, los resultados muestran una reducción de los síntomas depresivos, lo que confirma la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con depresión.

Huaynates (2019) evaluó a una mujer con depresión moderada utilizando un enfoque cognitivo conductual. En este sentido, la fase terapéutica confirma la efectividad de este enfoque, se utilizan herramientas para determinar el nivel de síntomas, y luego se utilizan métodos cognitivo-conductuales, lo que resulta en una disminución del nivel de depresión y pensamientos negativos, sentimientos y comportamientos, es decir, sustituir el pensamiento inadecuado por un pensamiento flexible y racional.

Feijoo (2021) realizo un plan de intervención con el objetivo de mejorar el estado emocional de la paciente, reducir así los síntomas depresivos, modificar pensamientos erróneos y alternarlos por otros más adecuados. Para ello aplico una investigación experimental a una mujer adulta, empleando la escala de depresión de Beck, el inventario multiaxial de Millon, inventario de pensamientos automáticos como instrumentos de evaluación. Los métodos de

intervención utilizan la activación conductual mediante el control y planificación de actividades, técnicas de agrado y dominio, identificación de pensamientos distorsionados o errores cognitivos, reestructuración cognitiva, ejercicios de respiración diafragmática, termómetros emocionales y autorregistros, gráficos de apoyo y seguimiento. Los resultados de este estudio mostraron que su estado emocional mejoró, sus pensamientos distorsionados cambiaron, mejoraron su autonomía y confianza en sí misma y mostró un mejor funcionamiento a nivel personal, social y laboral.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Espinosa, en el 2019, tuvo como propósito de estudio la intervención en terapia Cognitiva de Aaron Beck en pacientes con síntomas depresivos, en 10 pacientes del centro de salud de Panamá, con edades de 18 hasta 35 años. Dentro de sus principales resultados señalaron que al inicio de la intervención las puntuaciones en el inventario de depresión de Beck se encontraban entre 21 a 40 puntos lo se catalogaba como depresión moderada a severa, pero al finalizar la intervención los resultados disminuyeron a un rango entre 0 a 16 lo que ubica en un nivel ligero y normal.

Gaitán et al., en el 2023, llevó a cabo una investigación en un caso de una mujer de 46 años la cual presentaba síntomas de ansiedad y depresión. Para ello se enfocó en una intervención de tipo cognitiva conductual. Los resultados mostraron una reducción considerable de la sintomatología depresiva de la consultante y una mejora en su adaptación y calidad de vida, son muy alentadores y sugieren que la terapia fue efectiva en su caso.

Lugo y Pérez, en el 2021, llevaron a cabo un programa de 9 sesiones bajo el enfoque cognitivo conductual empleando como instrumento la entrevista conductual, escala de ansiedad y depresión HAD, y como principales técnicas la psi coeducación, reestructuración cognitiva, entretenimiento en solución de problemas, planeación de actividades. El estudio de caso se

desarrolló en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con la finalidad de disminuir los síntomas de ansiedad y depresión en una paciente mujer de 30 años con diagnóstico de ansiedad y depresión. En este sentido, los resultados mostraron una reducción de la ansiedad (-45%) y la depresión (-75%), lo que los llevó a concluir que la intervención psicológica debe formar parte de un tratamiento multidisciplinar para promover una mejora en la calidad de vida, y así reducir el impacto emocional de la depresión y la ansiedad.

González, en el 2019, realizó en la Universidad Especializada de las Américas en Panamá una investigación centrada en mujeres que eran víctimas de violencia psicológica y que también experimentaban síntomas de depresión. Este grupo de población es especialmente vulnerable y puede enfrentar múltiples desafíos emocionales y psicológicos. Para evaluar los niveles de síntomas depresivos, se utilizó la Escala de Depresión de Beck, que es una herramienta ampliamente reconocida y validada para medir la gravedad de los síntomas de la depresión. Se destaca la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento de mujeres víctimas de violencia psicológica que también presentan síntomas depresivos.

Pérez, en el 2018, realizó un estudio en la Universidad Pontificia Bolivariana con una mujer que padecía de depresión moderada. En este sentido se empleó la observación, la entrevista y el cuestionario de depresión de Beck para medir dichos síntomas, los cuales luego fueron intervenidos por técnicas del enfoque cognitivo de Beck como la reestructuración cognitiva, auto instrucciones, solución de problemas, etc. Los resultados destacados en esta investigación confirman la disminución de los síntomas depresivos y mejoras en las actividades sociales, así como un fortalecimiento de las redes de apoyo.

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1. La depresión. La Organización Mundial de la Salud (2023) define la depresión como una enfermedad común que afecta aproximadamente a 300 millones de personas en todo

el mundo y se caracteriza por tristeza, disminución del interés o placer en disfrutar la vida, sentimientos de culpa y problemas para dormir. y/o apetito, la fatiga convirtiéndose en un problema de salud con graves consecuencias, como el suicidio, se ha convertido en la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. En este sentido, la depresión puede afectar el rendimiento académico, laboral y familiar, reduciendo la capacidad de afrontar la vida.

Alcázar et al., (2017) mencionaban que la depresión implica una situación médica que aqueja el estado de ánimo de las personas, además de sus pensamientos y conductas, por lo tanto, va a terminar modificando la manera de pensar, sentir y actuar, en donde las actividades sencillas que se realizaban quizás frecuentemente, bajo estas condiciones se vuelven difíciles de realizar o requieren de mayor esfuerzo.

Beck (1983, como se citó en López, 2016) indicaba que este término hace referencia a un trastorno del estado de ánimo, el cual se caracteriza por presentar un pensamiento de tipo negativo sobre si mismo, las situaciones o el futuro, lo cual se conoce como triada cognitiva. En este sentido el autor hablaba que las atribuciones que una persona con depresión realiza son muy personales ya que ellos suelen estarse culpabilizando así mismos por cualquier situación mala que pueda suceder y cuando suceda algo bueno lo suelen atribuir a la suerte y no ha sus acciones o capacidades.

La Terapia Racional Emotiva (TRE), desarrollada por Albert Ellis, es una forma de terapia cognitivo-conductual que se centra en la relación entre los pensamientos, las acciones y los sentimientos de una persona. Ellis argumentó que muchas de las emociones negativas, como la depresión, son el resultado de patrones de pensamiento irracionales y desadaptados. En el contexto de la depresión, la TRE sugiere que los pensamientos negativos y distorsionados pueden contribuir a los sentimientos de tristeza y desesperanza (Aream, 2004, como se citó en Romero, 2006).

Por lo tanto, bajo este supuesto la identificación de pensamientos y acciones concretas que afectan el estado de ánimo de una persona es un paso crucial en el proceso de mejorar la salud mental y el bienestar emocional. Este enfoque se basa en la premisa de que los pensamientos irracionales, negativos o distorsionados pueden desencadenar emociones negativas, como la tristeza o la ansiedad, y que, a su vez, estas emociones pueden influir en el comportamiento (Rossélló & Bernal, 2007).

Beck & Perkins (2001) han indicado la relevancia que tiene el lograr determinar los síntomas objetivos que permitirán llevar a cabo una buena intervención en el proceso de tratamientos, las cuales son:

1. Afectos que incluyen la tristeza, pérdida de la alegría, y la gratificación.
2. Motivacionales: destacando el deseo de evadir dificultades inclusive las actividades del día a día.
3. Cognitivos: implica la dificultad en los procesos de atención, retención y concentración. Además de presencia de distorsiones cognitivas en el proceso de la información y dificultad para tomar decisiones.
4. Conductuales: hace referencia a la pérdida de interés, inactividad, poca energía, lentitud o al contrario se evidente agitación psicomotora.
5. Fisiológicos o vegetativos: incluye los problemas de insomnio o hipersomnias, alteración en el apetito o disminución del deseo sexual.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) de la OMS (1994) sitúa a los episodios de depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, donde es típico una baja de energía, actividad y capacidad de disfrutar las cosas, además del poco interés y concentración en las actividades, generándose más bien con frecuencia cansancio en ausencia de trabajo fuerte, variaciones en el apetito y sueño. Ahora bien, tanto la autoestima como la autoconfianza disminuyen sus niveles normales, y se vuelve

recurrente las ideas de culpa y minusvalía. En general las respuestas a situaciones externas se vuelven mínimas o nula y pueden presentarse algunos síntomas somáticos como lo son:

- 1- Pérdida del interés y de la capacidad de disfrute de las actividades
- 2- Desaparición de reacciones emocionales que generalmente generan una respuesta
- 3- Despertar prematuro en repetidas oportunidades antes de la hora regular
- 4- Agravamiento matinal del humor depresivo
- 5- Enlentecimiento a nivel psicomotor significativo o en otros casos agitación irregular
- 6- Pérdida del apetito
- 7- Disminución del peso corporal
- 8- Reducción de la libido

Según el número y grado de severidad de estos síntomas, el episodio depresivo podrá especificarse en diferentes grados que ira desde leve, moderado a grave. En este sentido para ser catalogado como un episodio debe haber estado presente el cuadro de síntomas en una duración como mínimo de dos semanas, además de no evidenciar señales hipomaniacas o suficientes para cumplir los criterios de este tipo de episodios en ningún periodo de la vida de dicha persona, debido a que según la severidad del episodio depresivo podrá especificarse como leve, moderad o grave.

A. *Episodio depresivo leve (F32.0).* se caracteriza por estar presente 2 o 3 síntomas mencionados a continuación, donde por lo general está afectando la vida de la persona, pero probablemente podrá seguir con mucha de las actividades que realiza. En este sentido debe cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32). Dentro de los síntomas a reportar están:

- El humor depresivo en rangos anormales para la persona, que están presente la mayor parte del día por varios días consecutivos, sin ser generados por circunstancias externas y que persisten durante al menos dos semanas.

- La pérdida de intereses o disminución de la capacidad de disfrute en actividades que anteriormente le eran placenteras.
- Disminución de la energía o aumento de la fatiga.
- Otros de los síntomas asociados son: la pérdida de confianza o disminución de la autoestima, sentimientos de auto reproche, sentimientos de culpa, pensamientos constantes de muerte o suicidio, conducta suicida, disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, alteración del sueño, cambio en el apetito y en algunos casos puede reportarse síntomas somáticos.

B. Episodio Depresivo Moderado (F32.1). En el cual están presenten cuatro o más síntomas, donde es muy probable que tengan grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias. En este sentido deben cumplirse los siguientes criterios generales de episodio depresivo (F32).

Deben estar presentes dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo anormal, presente la mayor parte del día que no tiene relación con alguna circunstancia externas durante al menos dos semanas, pérdida de interés en actividades que normalmente eran placenteras y disminución de la energía o aumento de la sensación de fatiga.
- Presencia de síntomas adicionales para sumar un total de al menos seis síntomas como: pérdida de confianza o disminución de la autoestima, sentimientos de autor, reproche o de culpa excesiva, pensamientos recurrentes de muerte o conductas suicida, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, cambio en la actividad psicomotriz, agitación o enlentecimiento, alteración del sueño cambio de apetito con disminución o aumento significativo y en algunos casos síndrome somático.

C. Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos (F32.2). Refiere que deben existir los 3 síntomas del criterio B y del C con un mínimo de 8, los síntomas suelen ser más marcados y dentro de los comunes son: la baja autoestima, sentimiento de culpa e inutilidad, así como ideas y acciones suicidas.

D. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3). El cual se refiere a las características del episodio depresivo grave y se le anexa los síntomas psicóticos como: presencia de alucinaciones, delirios, retardo psicomotor y puede llegar al estupor.

E. Otros Episodios Depresivos (F32.8). Este cuadro indica que no reúne las características de los episodios depresivos antes mencionados, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva, en este sentido incluye depresión atípica, y episodios aislados de depresión fuerte y sin especificación.

F. Episodio depresivo, no especificado (F32.9). Incluye depresión sin especificación y trastorno depresivo sin especificación. (OMS, 1997).

Según la OMS (1994) los trastornos depresivos se encuentran dentro de las patologías del estado de ánimo según la clasificación internacional de enfermedades, presentando dos síntomas base como lo es en primer lugar el estado de ánimo deprimido y en segundo lugar la disminución de interés en las actividades. Ahora bien, se ha agregado la desesperanza como un síntoma cognitivo adicional ya que la evidencia ha mostrado el valor predictivo para este tipo de diagnóstico. Así mismo refiere que el grado moderado en los trastornos depresivos puede estar presente con síntomas psicóticos. En el CIE-10 la presentación de síntomas psicóticos es considerado de por sí como graves.

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su decimoprimer edición (CIE-11) representa un cambio importante en la forma en que se diagnostican y se clasifican los trastornos mentales, incluidos los trastornos depresivos y bipolares. Los cambios son significativos y tienen el potencial de mejorar la precisión de los diagnósticos y la atención

clínica. Uno de los cambios notables en el CIE-11 es la eliminación de umbrales arbitrarios para el diagnóstico. En lugar de depender de un número específico de síntomas o de una duración predeterminada, el enfoque se basa en la evaluación de la gravedad de los síntomas y en una comprensión más completa de la presentación clínica de cada individuo. Esto refleja mejor la práctica clínica real, donde la evaluación se adapta a las necesidades individuales de los pacientes. La inclusión de subcategorías como "remisión parcial" o "remisión total" es un avance importante. Esto reconoce que los trastornos depresivos y bipolares pueden tener una evolución variable y que la respuesta al tratamiento puede ser parcial en algunos casos. Esta clasificación más detallada refleja la complejidad de estos trastornos y permite un seguimiento más preciso del progreso del paciente (Gallego y Gómez, 2021).

La distimia, que se caracteriza por una tristeza crónica y síntomas depresivos menos graves que la depresión mayor, puede manifestarse de manera diferente en niños y adolescentes. En lugar de la tristeza típica, los jóvenes pueden mostrar irritabilidad generalizada. Es importante que los profesionales de la salud mental estén alerta a estas diferencias en la presentación de la distimia en poblaciones más jóvenes para realizar diagnósticos adecuados y proporcionar el tratamiento necesario. La creación de la categoría de "trastorno mixto de ansiedad y depresión" en el CIE-11 reconoce que los síntomas de ansiedad y depresión a menudo se superponen y que algunas personas pueden experimentar síntomas de ambos trastornos de manera simultánea, cabe destacar que el trastorno disfórico menstrual también se incluye dentro del cuadro depresivo con el código GA34.41 (Gallego y Gómez, 2021).

1.2.3.2. Modelos cognitivos. Ahora bien, dentro de los principales modelos de adquisición de la depresión se han desarrollado los siguientes:

A. *Modelo cognitivo de la depresión de Beck.* Según Caro (2011) el autor Beck, fue el de mayor influencia en el desarrollo del modelo cognitivo el cual se ha venido basando

en conceptos claves como esquema, distorsión cognitiva, desarrollando así un conjunto de técnicas específicas que terminan siendo un conjunto de reestructuras y procesos cognitivos.

Albert Ellis y Aaron Beck se conocen como aquellos que establecieron el enfoque de este modelo, en el cual mencionaban que los síntomas depresivos se daban a la interpretación corta que se realiza de las situaciones. Es por ello que se habla de la tríada cognitiva negativa, la cual es producto de una concepción evidentemente negativa tanto de ellos mismos como del mundo que los rodea (Beck et al., 2010).

Según Beck et al. (2010) el modelado cognitivo es parte de la terapia cognitivo-conductual (TCC), un enfoque de tratamiento ampliamente utilizado para tratar una variedad de problemas de salud mental, como depresión, ansiedad, fobias y otras enfermedades mentales. Este es un tipo de terapia que se centra en la relación entre pensamientos, sentimientos y conducta. Se basa en la idea de que los patrones de pensamiento contribuyen a los problemas psicológicos e intenta identificar y cambiar estos patrones para mejorar la salud emocional y la calidad de vida del paciente.

El modelo cognitivo de la depresión es propuesto por Beck *et al.* (2010) en donde establece esquemas y errores cognitivos como conceptos centrales en este modelo teórico además de la tríada cognitiva. Tanto es así que afirma que la tríada cognitiva constará de tres estados cognitivos básicos que llevarán a las personas a pensar en sí mismas, su futuro y sus experiencias en una visión holística particular.

- **Componente cognitiva de la tríada.** Conocida como aquella visión negativa que una persona elabora sobre sí mismo, en la cual se categoriza como desdichado, torpe, enfermo, con poca fuerza o valentía, e interpretando las experiencias desagradables como parte de un defecto personal de tipo mental, moral o físico. Es por ello que por tener esta visión termina creyendo que a causa de estos defectos es una persona inútil que carece de valor, por lo que va a subestimarse de manera recurrente con críticas y

señalando sus defectos. Por otro lado, el segundo componente de la triada esta tendencia depresiva a interpretar su experiencia de manera negativa, en donde siente que el mundo externo es muy exigente y con obstáculos que son imposibles de superar, por lo que su interacción con el entorno estará guiada por frustración.

Estas interpretaciones negativas se definen en como orienta la persona las situaciones en una dirección negativa, siendo difícil realizar análisis alternativos más plausibles. Es por ello que, la TCC trabaja en ayudar a las personas a reconocer y cambiar estos patrones de pensamiento disfuncionales y distorsionados. Se anima a los individuos a cuestionar y desafiar sus pensamientos automáticos negativos y a considerar explicaciones alternativas más realistas y equilibradas para las situaciones que enfrentan. Al hacerlo, pueden modificar su percepción de sí mismos, del mundo y del futuro, lo que a su vez puede contribuir a una mejora en su estado de ánimo y bienestar. El proceso de identificar y cambiar estos patrones de pensamiento negativo es un aspecto fundamental de la TCC y puede ayudar a las personas a romper el ciclo de la depresión y desarrollar una perspectiva más positiva y realista de sí mismas y de su entorno. (Beck et al., 2010).

El modelo cognitivo como manifiesta Beck et al. (2010) mencionada que los demás síntomas depresivos son consecuencias de los patrones cognitivos negativos, dando como ejemplo que si la persona piensa erróneamente que va a ser rechazado reaccionara con el mismo efecto negativo que implica la presencia de tristeza y rabia que cuando el rechazo es real. En este sentido cuando se tienen pensamientos erróneos sobre vivir marginado dentro de la sociedad, será mayor el sentimiento de soledad que se genere, donde además se intensificaran los síntomas depresivos, en donde al tener pensamientos de rechazo inmediatamente su comportamiento será de tristeza y aislamiento. Además, estas consecuencias pueden extrapolarse a nivel motivacional, en donde se observa

poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación de las situaciones, producto de un pensamiento negativo marcado por pesimismo y desesperación del usuario, lo cual genera un poco compromiso y disposición a las tareas ya que el sentimiento de inutilidad pensara que puede hacer las cosas mal que no tiene la capacidad para realizarlas o que sería mejor que estuviera muerto.

En términos generales el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos que se presentan en los cuadros depresivos, en donde la creencia negativa del futuro puede producir una inhibición psicomotriz (Beck et al., 2010).

- **Organización estructural del pensamiento depresivo.** López (2016) refiere según lo señalado por Beck, que las personas con depresión tienden a procesar la información de una manera característica que contribuye a su estado de ánimo negativo y a su visión pesimista de la vida. Las personas con esquemas cognitivos negativos tienden a ser más vulnerables a las emociones negativas. Esto significa que son propensas a experimentar tristeza, desesperanza o ansiedad con mayor facilidad, incluso ante eventos o situaciones que otras personas podrían considerar menos estresantes. Los esquemas cognitivos son estructuras mentales que almacenan información y experiencias pasadas. En el contexto de la depresión, las personas pueden desarrollar esquemas negativos o distorsionados sobre sí mismas, los demás y el mundo en general. Estos esquemas influyen en cómo interpretan las situaciones y en cómo procesan la información. James et al. (2004, como se citó en Caro, 2011) identificaron que dichos esquemas podían ser activados de manera consciente, por ejemplo, cuando se realizan tareas procedimentales, como el hecho de montar bicicletas, en este sentido los esquemas en las personas con depresión generan sufrimiento ya que una persona al enfrentar una situación el esquema base localiza, diferencia y codifica los estímulos de manera negativa, generando una experiencia desagradable para la persona.

- **Errores en el procesamiento de la información.** Beck (1963, como se citó en Caro, 2011) refiere que el objetivo clave es hacer que las personas cambien el procesamiento distorsionado que realizan de la información. Ya que no es únicamente identificar los esquemas inadecuados sino también las distorsiones cognitivas, las cuales son individuales según como sea procesada la información, distorsionando o no la realidad y generando pensamientos automáticos de la misma manera errónea. Por lo tanto, al ocurrir estos errores, la persona deprimida necesita modificarlos para no seguir sintiéndose perturbados por ellos.

Unas de las primeras distorsiones cognitivas identificadas y propuestas según Beck et al. (2010) son:

- **Inferencia arbitraria es relativo a la respuesta:** el cual hace referencia al proceso de adelantar una conclusión sin tener evidencias que la apoyen o cuando la evidencia sea opuesta a las conclusiones.
- **Abstracción selectiva es relativo al estímulo:** se refiere al hecho de interesarse en un detalle extraído fuera de su contexto, desconociendo otras características que puedan ser más notables en determinadas situaciones y conceptualizando toda la experiencia en función de la frustración.
- **Generalización excesiva es relativo a la respuesta:** haciendo referencia al proceso de confeccionar una regla o una determinada conclusión a partir de uno o varios acontecimientos, pero aislados, y además emplear e concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones aisladas.
- **Maximización y minimización es relativo a la respuesta:** la cual puede observarse en función de los errores cometidos al valorar la disminución de un determinado acontecimiento, al punto de contribuir a una distorsión.

- **Personalización es relativo a la respuesta:** implica la tendencia y facilidad de un individuo para imputar a sí mismo las situaciones externas cuando no existe una base contundente para hacer dicha relación.
- **Pensamiento absolutista, dicotómico es relativo a la respuesta:** hace referencia a la predisposición de clasificar todas las experiencias con base a categorías que sean opuesta, en este caso la persona se describe a sí mismo, seleccionando cualidades del extremo negativo.

1.2.3.3. Terapia cognitivo conductual. La terapia cognitiva conductual forma parte de los modelos más utilizados en el tratamiento de diferentes trastornos mentales como en el caso de la depresión, en este sentido la TCC para este diagnóstico requiere que las personas modifiquen sus pensamientos, emociones y comportamientos. Basándose en las teorías del condicionamiento clásico, operante, el aprendizaje social y los modelos cognitivos que forman parte de la teoría cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis. Dicho tratamiento entonces busca generar un cambio en condiciones, emociones y conductas inadecuadas en procesos cognitivos más funcionales (Puerta & Padilla, 2011).

Así mismo, Puerta & Padilla (2011) señala que una de las piedras angulares de la TCC es identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos o disfuncionales que contribuyen a la depresión. Esto implica aprender a cuestionar y desafiar los pensamientos automáticos negativos y reemplazarlos por otros más realistas y positivos. Este proceso ayuda a cambiar la interpretación de la experiencia y reducir las emociones negativas.

La teoría de la indefensión aprendida de Martin Seligman es un concepto importante en la psicología que se ha relacionado con la depresión y otros trastornos emocionales. Esta teoría se originó a partir de investigaciones con animales y posteriormente se aplicó a la comprensión de la depresión en humanos (Perez & Ferrándiz, 1997).

Yako (2006, como se citó en Hernández, 2010) se enfocaba en la idea de que este modelo tiene como objetivo clave identificar y modificar los pensamientos disfuncionales y las creencias irracionales que pueden contribuir a los síntomas depresivos o a otros trastornos mentales. Esto implica aprender a cuestionar y desafiar pensamientos automáticos negativos y reemplazarlos por pensamientos más realistas y equilibrados. Esta parte de la terapia ayuda a cambiar la interpretación de las experiencias y a reducir la carga emocional negativa.

Según Beck y Emery (1983) El modelo cognitivo-conductual se centra en la estructura cognitiva de una persona, que incluye sus pensamientos, creencias, valores y actitudes. Se reconoce que esta estructura cognitiva desempeña un papel fundamental en la forma en que una persona percibe y reacciona ante el mundo. A lo largo de la vida, las personas aprenden actitudes y creencias a través de sus experiencias. Algunas de estas actitudes pueden ser realistas y adaptativas, mientras que otras pueden ser distorsionadas o irracionales. Estas actitudes pueden influir en la forma en que una persona interpreta eventos y toma decisiones, lo cual va a ayudar en la predicción del comportamiento, lo mismo que ayudará a mejorar actitudes y pensamientos.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Disminuir los niveles de depresión moderada en una mujer adulta a través de un programa de intervención cognitivo conductual.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Reducir pensamientos automáticos distorsionados en la usuaria.
2. Regular las respuestas emocionales evidenciadas por la participante.
3. Incrementar conductas de afrontamiento en la usuaria en mención.

1.4. Justificación

Aspectos como el limitado acceso a establecimientos especializados para el abordaje de la depresión sumado a los mitos, creencias socioculturales al respecto; interfieren con un diagnóstico y sobre todo con un tratamiento oportuno; es en este contexto, que resalta la importancia de esta intervención dado que; muestra el nivel teórico, pues implica la revisión bibliográfica las cuales permiten aportar al conocimiento de las variables en estudio, así mismo los resultados podrán sistematizarse en una propuesta para ser incorporado como conocimiento en el área de la salud mental, en este sentido se evidencia a nivel práctico ya que se estaría demostrando la efectividad de un programa de intervención mediante el enfoque cognitivo conductual sumando con ello evidencia científica de su eficacia lo cual permitirá que la presente investigación sirva como referente para futuras investigaciones en el área y contribuya a mejorar siempre.

Tal es así que el diseño de la intervención permite un abordaje individualizado ya que si bien es cierto la depresión tiene síntomas generales a todos los individuos también presenta particularidades haciendo único a cada caso requiriendo un manejo adecuado a las características y este enfoque cuenta con diversas técnicas que permiten adaptarse a dichas particularidades; es preciso dar solución a este problema porque puede llevar a tener pensamientos suicidas.

Finalmente contribuye como alternativa de solución frente a un problema de alta incidencia en la actualidad y que merma el desempeño saludable de las personas y por ende su bienestar, lo que va a permitir alcanzar el bienestar personal y tener buenas habilidades sociales con su entorno. Es importante disminuir los niveles de depresión porque se está previniendo que se desencadene en pensamientos suicidas que hasta podría llevarla a la consumación del hecho, ahí radica la justificación del caso.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Se pretende lograr la reducción de la sintomatología depresiva, contribuyendo al bienestar en la usuaria, además de evidenciar la funcionalidad en las diferentes áreas de su vida, en las interacciones saludables que efectúe logrando desempeñarse de modo adaptativo.

Por otro lado, esta intervención podrá ser replicada ya que se fundamenta en procedimientos específicos y evidencias de cambios conductuales así mismo, permitirán sumar evidencias científicas en la psicología que generan cambios a nivel personal, familiar y social.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El presente trabajo es una investigación de tipo experimental, debido al grado mínimo de control que se ejercerá. Por otro lado, presenta un diseño de pre y post test con un solo grupo, ya que requiere de una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, donde posteriormente se administrará el tratamiento y finalmente se aplicará la prueba posterior (Hernández et al., 2014).

En este sentido, el diagrama de este diseño se plantea de la siguiente manera: G 01 X 02.

En donde G primero se asigna a los participantes al azar al grupo 1.

01: segundo, se aplica una medición previa

X: tercero, se administra el estímulo

02: cuarto en donde se aplica la medición posterior.

2.2. Ámbito temporal y espacial

Este estudio se desarrolló en los meses de marzo a mayo del 2023, en cual se ejecutó en la jurisdicción de la comunidad autogestionaria de Huaycán, donde reside la usuaria, específicamente en el Centro de Salud Mental Comunitario-Santa Rosa de Huaycán.

2.3. Variables

2.3.1. *Variables dependientes e independientes*

El programa de intervención cognitivo conductual constituye la variable independiente y el cuadro clínico depresivo moderado sería la variable dependiente. La variable independiente es la que el investigador manipula o controla en un estudio. Se considera la "causa" o la condición antecedente en la relación entre variables. El

investigador realiza cambios o manipula esta variable para observar cómo afecta a la variable dependiente. En este sentido se le denomina variable dependiente, a aquella que se mide o se observa en respuesta a la manipulación de la variable independiente (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2.4. Participante

Usuaría de 25 años, vive junto a su esposo, no tiene hijos. Estudió administración técnica. Es la primera vez que participa de terapia psicológica, evidencia un cuadro clínico compatible con un cuadro depresivo moderado hace 8 meses aproximadamente. Hija única de padres separados pero que aún viven juntos.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

1. Entrevistas Conductuales para la Depresión. Caballo (1997) recomienda usar la entrevista clínica en la que se representen situaciones problemáticas que hayan sido reportadas por la misma persona, donde el encargado de entrevistar deberá observar cuidadosamente la actuación del paciente, el volumen, el tono, su manera de expresar, mirar, y hasta sus gestos y postura ya que todo eso dará información sobre el acontecimiento.

2. Psicoeducación. La psicoeducación es una técnica terapéutica que se utiliza en el campo de la salud mental y la psicología para proporcionar información relevante y educación a las personas que enfrentan problemas de salud mental o trastornos psicológicos. Su objetivo principal es empoderar a las personas al brindarles conocimientos sobre su afección, sus síntomas, las opciones de tratamiento y estrategias para afrontar y gestionar mejor su situación. (Bulacio et al., 2004).

3. Técnica de respiración. La cual es considerada como trascendental en la regulación de la actividad metabólica del organismo ya que contribuye indispensablemente en las funciones celulares.

4. Respiración diafragmática. También conocida como respiración profunda, es una técnica de respiración que se utiliza para promover la relajación y la regulación de las emociones. Como mencionaste, involucra el uso del diafragma, un músculo importante que separa el tórax del abdomen, para respirar de manera más eficiente y efectiva (Rivera y Alcázar, 2019).

5. Registros. Beck (2010) considera fundamental que los usuarios registren sus pensamientos para identificar aquellos que son negativos y la relación de éstos con sus emociones, conductas y el entorno. Refiere que para ello es necesario seguir cinco pasos:

- Aclarar qué se entiende por pensamiento automático.
- Demostrar la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamiento.
- Verificar las cogniciones negativas antes que el comportamiento y las emociones.
- Identificar tareas de registro de autoservicio que se pueden realizar en casa
- Revisar los registros de usuarios para generar impulsores sociales.

5. Reestructuración cognitiva. En la reestructuración cognitiva, trabaja en identificar patrones de pensamiento negativo, distorsiones cognitivas y creencias irracionales que pueden contribuir a problemas emocionales como la depresión y la ansiedad. Una vez identificados, estos pensamientos disfuncionales se cuestionan y se reemplazan por pensamientos más realistas y equilibrados. Esta técnica ayuda a los individuos a desarrollar una comprensión más precisa y objetiva de las situaciones y a reducir la influencia negativa de los pensamientos irracionales en su estado emocional (Beck, 1979, como se citó en Caro, 2011)

6. Descubrimiento guiado. Según Beck (1979, como se citó en Caro, 2011) es una estrategia de enseñanza y aprendizaje que se utiliza en la educación para fomentar la exploración activa y la resolución de problemas. Esta técnica se basa en la idea de que se aprende de manera más efectiva cuando están involucrados en el proceso de descubrimiento y construcción de conocimiento en lugar de simplemente recibir información de manera pasiva.

7. La programación de actividades positivas. Santa y D'Angelo (2020) la describe como una estrategia utilizada en psicología y terapia para mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida de las personas. Esta técnica se basa en la premisa de que participar en actividades que generen emociones positivas y satisfacción puede tener un impacto beneficioso en la salud mental y ayudar a contrarrestar los efectos de la depresión, la ansiedad y otros trastornos emocionales.

8. Técnicas de dominio y agrado. Según Beck y Emery (1983) son estrategias de persuasión y comunicación utilizadas en diversos contextos para influir en las opiniones, actitudes y comportamientos de otras personas. Estas técnicas se aplican en situaciones donde se busca ganarse la confianza y el favor de alguien o lograr que alguien esté de acuerdo con un punto de vista o propuesta.

En relación a ello, Caro (2011) mencionaba que la práctica de este tipo de técnicas presenta una triple ventaja, debido que, en primer lugar, el usuario elige las actividades placenteras que quiere realizar y se supera su depresión al apreciar la sensación de alcanzar metas y la alegría que proviene de lograrlas, y en segundo lugar, se identifican y modifican las actividades. En tercer lugar, los usuarios califican los cambios en sus sensaciones utilizando niveles de dominio y disfrute que pueden oscilar entre 0 y 10.

9. Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales. El entrenamiento en asertividad y habilidades sociales es una intervención importante en la terapia cognitivo-

conductual que puede ser beneficiosa para las personas que experimentan problemas de depresión y otros trastornos emocionales. Esta forma de entrenamiento se enfoca en mejorar la capacidad de comunicación y la interacción social de una persona (Caballo, 1997).

10. La técnica de la triple columna. Es una herramienta utilizada en la terapia cognitivo-conductual para ayudar a las personas a identificar, analizar y modificar sus patrones de pensamiento disfuncionales. Consta de varias columnas en una hoja de registro, y cada columna se utiliza para registrar información específica (Caro, 2011).

11. Tareas para casa. Las tareas para casa son una parte esencial de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y son utilizadas por terapeutas para ayudar a los pacientes a aplicar y practicar las habilidades y estrategias aprendidas durante las sesiones de terapia en situaciones del mundo real. Estas tareas tienen varios propósitos y beneficios en el contexto de la terapia cognitivo-conductual (Beck y Emery, 1983).

12. El entrenamiento en solución de problemas. Nezu et al. (1997, cómo se citó en Caro 2011) es una técnica terapéutica que se utiliza en la terapia cognitivo-conductual (TCC) para ayudar a las personas a desarrollar habilidades efectivas para abordar y resolver problemas en su vida cotidiana. Se basa en la idea de que la solución de problemas es un proceso que implica la identificación de problemas, la generación de alternativas y la toma de decisiones.

El enfoque de Nezu sobre la solución de problemas se basa en un proceso estructurado que consta de cinco etapas. Estas etapas son esenciales para abordar problemas de manera efectiva y racional. Orientación hacia el Problema: En esta etapa inicial, la persona se enfoca en reconocer que existe un problema que requiere atención. Definición y Formulación del Problema: Una vez que se ha identificado el problema, la siguiente etapa implica definirlo con claridad y formularlo de manera específica.

Generación de Alternativas: En esta etapa, se anima a la persona a generar una variedad de posibles soluciones o enfoques para resolver el problema. Toma de Decisiones: Una vez que se han generado varias alternativas, se procede a evaluar y comparar estas opciones. Puesta en Práctica de las Soluciones: La última etapa implica implementar la solución elegida (Caro, 2011).

2.5.2. Instrumentos

Ficha técnica 1

Nombre	: Beck Depresión Inventory-Second Edition
Autores	: Aarón T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
Año	: Versión modificada por Carranza (2013)
Objetivo	: Medir la depresión en adultos y adolescentes
Forma de aplicación	: Individual o colectiva
Tiempo de aplicación	: 20 minutos aproximadamente
Ámbito de aplicación	: Psicología clínica, forense y neuropsicología.
Principales usos	: Permite apreciar la intensidad de la depresión en pacientes psiquiátricos y detectar posible depresión en la población.
Descripción	: es una herramienta de evaluación diseñada para medir la gravedad de los síntomas de la depresión en adultos y adolescentes. Fue desarrollado por el psicólogo Aaron T. Beck y sus colaboradores y se considera una de las pruebas más utilizadas para evaluar la depresión en contextos clínicos y de investigación. La segunda edición (BDI-II) es una revisión y actualización del BDI original. El BDI-II consta de 21 preguntas o ítems que evalúan una variedad de síntomas y estados de ánimo relacionados con la

depresión, como la tristeza, la fatiga, la pérdida de interés en actividades, la autocrítica y la agitación. Cada ítem presenta cuatro declaraciones que representan diferentes grados de intensidad de un síntoma particular. El individuo evalúa cada ítem eligiendo la declaración que mejor describe cómo se ha sentido en los últimos siete días, incluido el día de la evaluación (Puelles, 2022).

El cuestionario, por otro lado, no tiene límite de tiempo, por lo que no tardarás más de 15 minutos en responderlo. Este sistema de codificación tendrá en cuenta la cantidad de síntomas informados por el usuario, ya que cada síntoma tiene su propia calificación numérica y la intensidad de cada síntoma está marcada con un valor graduado basado en 21 categorías, o con 0 indicando que ocurrió el síntoma. y nunca ocurrió. De lo contrario, a medida que aumenta la gravedad, la puntuación total del usuario refleja una combinación del número de categorías de síntomas y la gravedad del síntoma particular.

En este sentido las categorías de puntaje total van desde 0 a 10 indicando que no hay depresión, 11 a 20 depresión leve, 21 a 30 se interpreta como moderada y al pasar 31 o más implica depresión severa (Maldonado et al., (2021).

Validación: El Inventario de Depresión -II (BDI-II) de Aaron T. Beck, fue validado en el año 2013 por Carranza Esteban Renzo Felipe, en su investigación Propiedades Psicométricas del Inventario De Depresión De Beck II en Universitarios de Lima (Carranza, 2013).

Ficha técnica 2

Nombre	: Inventario de personalidad Eysenck-Forma B Adultos.
Autores	: II.J. Eysenck
Año	: Validación en el Perú por Anicama (1974)
Objetivo	: Evalúa las diferencias individuales a través de las dimensiones de personalidad (E y N)
Forma de aplicación	: Individual o colectiva
Tiempo de aplicación	: 20 minutos aproximadamente
Ámbito de aplicación	: A partir de los 16 años en adelante
Principales usos	: Dentro de un contexto psicoterapéutico con técnicas racional emotivas con fines de investigación
Descripción	: El cuestionario de Personalidad Eysenck fue creado por Eysenck con el objetivo de evaluar las dimensiones de personalidad, ellas son: Neuroticismo, extraversión y psicoticismo. Esta prueba consta de tres principales escalas y una cuarta llamada mentira, la cual pretende detectar si la persona intenta falsear sus respuestas, en total la escala tendrá 78 ítems. Por otro lado, el ámbito de aplicación es jóvenes y adultos los cuales pueden llenar el formato de manera individual en un promedio de 20 minutos. Por otro lado, se inicia la calificación por la escala de mentira, para conocer así el grado de validez ya que al ser mayor de 4 implica que es invalida la prueba y la persona respondió de manera incongruente. Posteriormente se califica por escala, si la clave coincide con la respuesta se califica con 1 de lo contrario 0. Y después se realiza las sumatorias por columna o escala (Montesinos, 2018). Validación y Adaptación: Validación en el Perú por Anicama (1974).

Ficha técnica 3

Nombre	: Inventario Clínico Multiaxial de Millon.
Autores	: Theodore Millon
Año	: Validación en el Perú por Anicama (1974).
Objetivo	: Evaluación de la personalidad para la toma de decisiones de tratamiento sobre personas con trastornos de la personalidad y dificultades emocionales e interpersonales.
Forma de aplicación	: Individual o colectiva
Tiempo de aplicación	: Aproximadamente 45 o 60 minutos.
Ámbito de aplicación	: Sujetos de 18 años a más.
Descripción	: Se trata de un instrumento diagnóstico consonante con un formato nosológico y una terminología conceptual de un sistema oficial.

2.5.3. Evaluación psicológica

Nombre: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre Original: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)

Autores: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Autor de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez,

Historia Psicológica**Datos de Filiación**

Nombres y apellidos : M. G. G.

Edad : 25 años

Sexo : Femenino

Lugar y fecha de nacimiento	: La Oroya
Fecha de nacimiento	: 03 de julio de 1997
Estado civil	: Conviviente
Grado de instrucción	: Técnico
Lugar de residencia	: Huaycán-Lima.
Lugar de entrevista	: C.S.M.C

Observaciones. Paciente acude al servicio por indicación de médico psiquiatra después de haber participado como acompañante de su madre en las sesiones de intervención que ésta requiere por haber sido víctima de maltrato psicológico. Muestra una ligera sonrisa, toma asiento y permanece callada, frota sus manos una con otras varias veces, emplea bajo tono de voz, escaso contacto visual y una postura encorvada.

Descripción de la examinada. Se trata de una paciente adulta, que parece estar físicamente sana y limpia, lo que indica un buen autocuidado personal. Muestra signos de ansiedad, como frotarse las manos, intranquilidad y llanto frecuente. Sin embargo, sigue siendo colaboradora y responde a las preguntas. Demuestra estar orientada en cuanto a tiempo, espacio y persona, lo que sugiere una buena conciencia de la realidad. A pesar de la ansiedad evidente, la paciente muestra un lenguaje fluido y una memoria conservada. Su estado de ánimo se describe como intranquilo. Sus pensamientos son adecuados y muestra comprensión de las indicaciones durante las pruebas psicológicas. La paciente menciona frases como "no sé si podré con esto" y "no es justo que esté pasando esto", lo que sugiere un malestar emocional y una percepción de dificultades en su vida actual.

Motivo de consulta. Examinada acude al servicio de psicología refiriendo "...estoy aquí porque la doctora de mi madre dice que necesito ayuda y creo es cierto estoy triste, sin ganas de nada, tengo tantas cosas tristes que no creo poder son esto,". Paciente llora, expresando: "...yo soy débil, no puedo estar fuerte no quiero salir, no quiero contestar

cuando me llaman mis amigas, estoy cansada, enterarme que mi pareja me engaño me derrumbó él es todo para mí ” “tal vez yo sea el problema, no tengo decisión, me doy pena yo misma, no voy a poder estar sin él, él dice que no ocurrió así que no me fue infiel pero pienso que sí, que me miente q nuestra relación es una mentira, me va a dejar” Los síntomas y el discurso de Mónica sugieren la presencia de un cuadro clínico que podría corresponder a un trastorno del estado de ánimo, como la depresión, menciona: “estoy triste, no tengo ganas de levantarme, pero cuando voy al trabajo me olvido un poco, la mayor parte del tiempo esas ideas están ahí, pienso que sin mi esposo nada será lo mismo, soy débil, nada hago bien, no quiero salir para no encontrarme con mis amigas, tal vez me pregunten lo de mi esposo.

En lo referente al ámbito social manifiesta: “no soy la misma en el trabajo antes cerraba ventas rápido ahora no, me distraigo no tengo ánimos y cuando me dicen “qué pasa contigo” me molesto y quiero llorar, me han llamado la atención por llegar tarde y porque he faltado algunas veces con mentiras”. “No tengo ganas de hablar con mis compañeros almuerzo sola, no contesto cuando mis amigas me llaman para comer como antes, ni a los cumpleaños de mi familia quiero ir”.

La usuaria manifiesta tener dificultad para conciliar el sueño, falta de apetito, desgano, irritabilidad, vergüenza, dolor de cabeza, pesadez en los hombros, sentimientos de culpa, del mismo modo evidencia pensamientos negativos en cuanto a la relación con su esposo y en relación consigo misma.

Problema actual. El paciente acudió a sugerencia de médico psiquiatra porque su estado de ánimo había cambiado en los últimos ocho meses, afectando su comportamiento y estabilidad emocional; También tenía constantes pensamientos negativos sobre sí misma y sus relaciones. Tristeza (7/10), vergüenza (7/10), ira (9/10). Cuando regresa a casa y vé a su esposo, tenía dolor de cabeza, hiperventilación y sudoración, lo que sugiere que se

sentía con malestar; mostraba desgano para realizar actividades cotidianas después del trabajo, pasaba largos periodos de tiempo sentada en los muebles, tenía dificultades para conciliar el sueño y se sentía cansada, pérdida de apetito y culpa (7/10) porque creía que su marido le había sido infiel por culpa de ella. Deja de ir con sus amigos y si insisten dice excusas para no asistir, o tiende a molestar y tirar cosas.

En lo que respecta a sus pensamientos éstos son negativos: “mi esposo está conmigo porque me tiene pena” “me dejará en cualquier momento se va a ir con ella” “esto es mi culpa por no estar pendiente, por descuidada y pensar más en el trabajo” siente tristeza (8/10) y ansiedad (6/10) y culpa (6/10), llora, va a su habitación donde ahora duerme sola, en ocasiones lanza las cosas como su ropa o algún objeto cercano.

Así mismo, refiere pensamientos como: “no es justo, no me merecía que me engañe”, “Quisiera no ver a nadie”, “sé que se irá con ella y yo quedaré sola”. Siente tristeza (8/10), ansiedad (6/10) y cólera (8/10) llora e intenta o dormir para no pensar en su problema o ver revistas de moda, maquillaje.

A nivel laboral evidencia cansancio y desgano al levantarse y tener que ir al trabajo, no tiene deseos de arreglarse, afirma ha dejado de maquillarse y hacerse peinados elaborados como antes pues piensa “qué sentido tiene si igual me engañó, se reirá de mi si me maquillo porque al final se irá con ella”. En ocasiones llega tarde al trabajo y alguna vez inventó sentirse mal de salud para no asistir. Experimenta tristeza (7/10), ansiedad (5/10) y cólera (7/10), llora, evidencia desinterés en la ejecución de su trabajo denotado en pocas ventas concretadas.

Ante las llamadas o invitaciones de sus amigas o cuando preguntan por su esposo piensa “ya lo saben estoy segura, que vergüenza tan grande, creerán que fracase” “no quiero verlos, no quiero estar aquí”, evita asistir a reuniones sociales, incluso evitar ver a

sus amigas cercanas y familiares. Siente tristeza (8/10), ansiedad (6/10) y vergüenza (7/10), discute con su esposo y luego llora.

Ha perdido peso, prefiere comer sola durante el horario de almuerzo del trabajo para que sus compañeros de trabajo no le pregunten por su marido y, a veces, se salta el almuerzo porque no tiene apetito o no quiere. Suele decir: "Lo siento, pero no tengo hambre. Comeré más tarde".

En casa cuando ve o escucha por teléfono, o lee los mensajes o ve videos o fotos con su esposo, siente tristeza (8/10), cólera (7/10) y ansiedad (6/10) llora, discute, le pide que se vaya de la casa, pero luego se disculpa. Le cuesta conciliar el sueño en esos momentos piensa: "es seguro que se irá con ella, se cansará de fingir querer estar a mi lado y se irá"; continua, con ideas como: "el ya no me quiere, en cualquier momento me va dejar y es mi culpa"; experimenta tristeza (8/10) y culpa (7/10), llora, y finalmente se duerme. Al despertar al día siente debilidad, desgano, cansancio, sueño.

Cuando su esposo se disculpa y se muestra complaciente y cariñoso con ella, piensa, "el ya no me quiere, lo hace para calmarme, mentiroso", "se burla de mí, porque sigo con él", siente cólera (7/10) tristeza (7/10) dolor de cabeza, tensión física. Luego le reclama e insulta para arrepentirse y disculparse. Luego piensa: "tal vez si podemos salvar esta familia, yo sí lo amo aún".

Desarrollo cronológico del problema. La usuaria vivió su niñez en la Oroya, tenía un soporte materno estable, recuerda sin embargo que su padre trabajaba en la mina por lo que generalmente no estaba en casa, venía cada 15 días o un mes y cuando estaba con ella solía ser complaciente, aunque recuerda también que era estricto y renegón con su madre quien obedecía en todo a papá según recuerda. Recuerda además que solía sentirse muy triste cuando papá se iba, lloraba hasta quedarse dormida, refiere "tenía miedo, pensaba ¿y si no vuelve?"

A la edad de 10 años, empezó a notar que mamá solía llorar después de hablar por teléfono con papá y empezó a ser consciente de que papá pasaba incluso más de un mes fuera de casa y era su madre quien lo llamaba y simulaba que era el quien llamaba para hablar con la usuaria.

A los 13 años al escuchar una conversación entre su madre y abuela paterna confirma que su padre engañaba a su madre e incluso tenía otro hijo. Es entonces donde refiere empieza a notar la ausencia de su padre en acontecimientos importantes para ella como cumpleaños, premios obtenidos. Es a esta misma edad cuando ella y su madre se mudan a vivir a Lima pues su padre adquirió una casa y mudarse significaba un contexto de mejoría. Admite que se le hizo difícil adaptarse a vivir en Lima, sin embargo, refiere que le ayudó mucho el hecho de que coincidentemente una amiga suya también se mudó por temas familiares y desde entonces se ha convertido en su mejor amiga y es con quien comparte sus anhelos temores y preocupaciones.

Cuando ella tenía 16 años su madre le admite que su padre la engañaba constantemente pero que no podía separarse de él porque ella nunca había trabajado y no podría salir adelante con ella. Comenta que en su adolescencia se relacionaba muy poco con los varones pues refiere no sabía cómo interactuar con ellos y temía se burlaran de ella. A la edad de 17 años, sus padres deciden terminar su relación de pareja sin embargo acuerdan seguir viviendo en la misma casa.

Su primer enamorado fue a la edad de 17 años, comenta que inició esta relación inicialmente por la presión de sus amigas y por probarse a sí misma que podría ser feliz con una pareja a diferencia de su madre, refiere que con el transcurrir del tiempo se enamoró y tuvo una relación de 3 años, comenta que él solía mostrarse imponente y ella solía ceder, finalmente deciden terminar porque ya no sentían lo mismo, refiere que él tomó la iniciativa y ella estuvo de acuerdo.

Después de ello no volvió a tener una relación de pareja hasta la edad de 21 años cuando tuvo una relación de 6 meses, fue el quien decidió terminar la relación mencionando que ella no tenía tiempo para él, pues refiere ella priorizaba sus estudios. A la edad de 22 años conoce a otro chico con quien inicia una relación a los 6 meses de conocerlo y quien es actualmente su esposo, refiere que se sentía muy bien a su lado tenían muchos objetivos en común y a la edad de 23 años terminando sus estudios deciden convivir, menciona que su esposo siempre ha sido cariñoso y complaciente, sin embargo, admite que en ocasiones se ha mostrado imponente frente a las decisiones de la usuaria.

Menciona que los problemas con su esposo iniciaron hace unos 9 meses aproximadamente cuando escuchó una conversación entre los amigos de su esposo donde hacían referencia a una compañera de trabajo con quien él tenía una relación de pareja, y que no sería la primera vez que la engañaba. Su esposo rechaza tal afirmación y comenta que es cosa de sus amigos admite que existió una salida a comer, pero no fue a solas con esa compañera de trabajo, no existen pruebas reales de tal infidelidad, ya que cuando la usuaria encaró a la compañera de trabajo de su esposo ella negó tal suceso, tampoco tiene evidencias reales de las otras infidelidades que mencionaron los amigos de su esposo, ellos por su parte han negado lo dicho aduciendo que la usuaria escuchó mal lo que comentaban. Es importante mencionar que hace 3 meses ha tomado conocimiento que su padre ejercía violencia psicológica contra su madre desde que la usuaria decidió convivir con su esposo y su madre se lo había ocultado. Comenta ha intentado que su madre vaya a vivir junto a ella y su esposo, pero su madre se niega.

Historia personal. El embarazo fue un parto normal sin contratiempo, fue una bebé no planificada. Refiere su madre: “ella era obediente, muy pegada a su padre, era callada no se acercaba rápido a otras personas, creo que era callada porque era pegada a su papá y cómo el casi no estaba con nosotros”.

Su desarrollo post natal estuvo dentro de los hitos del desarrollo, cuando era niña no le gustaba participar en actividades del colegio, pero en la casa si bailaba, cantaba, pero no le gustaba que otras personas la observen; desde muy pequeña siempre fue tímida. En cuanto a las medidas correctivas empleadas por parte del padre eran gritos en ocasiones mientras que su madre casi siempre accedía a las solicitudes de la usuaria

Usuaría comenta: “recuerdo que cuando mi mamá tenía que acompañar a mi abuelita al médico o algún lugar y me dejaba con mis tías yo lloraba mucho y pensaba que no volvería que me dejaría como mi padre, lloraba mucho”.

Estudió en un colegio estatal inicial, primario, siendo siempre su conducta y rendimiento escolar óptimos, refiere: “tenía diplomas, me gustaba estudiar”. En secundaria cuando se mudó a Lima su rendimiento académico bajó, pero luego se recuperó, tenía mucho más interés por cursos como matemáticas, termina su secundaria con un buen promedio.

En la adolescencia tenía pocas amigas, pero era muy insegura en su relación con los varones, siendo una alumna promedio en el colegio.

Tuvo su primer enamorado a los 17 años con el que duro 3 años. Terminaron a sus 20 años, se mantuvo soltera un tiempo hasta que conoció a su actual esposo iniciaron su relación y después de 6 meses deciden mudarse a vivir juntos, actualmente tienen 3 años de convivencia.

Estudié Gestión Tecnológica en la Facultad de Banca y comencé a trabajar en mi último año. Hasta ahora, trabaja en ventas y se lleva bien con sus colegas, "soy educada y trato de llevarme bien con todos", su mejor amiga de la escuela la apoya constantemente y es una socialité bienvenida. , no quiere salir con amigos o compañeros ni participar en actividades sociales por problemas con su marido. Actualmente se siente rechazada por

su marido y carece de contacto físico. "Me siento triste, siento que voy a perder a mi familia", comentó.

Historia familiar. La paciente vive a la actualidad con su esposo. Es hija única de padres separados que actualmente viven la misma casa. Tiene una relación emocionalmente cercana con su madre y una relación distante con su padre, refiere que se debe al maltrato psicológico que su padre ejercía hacia su madre. Refiere saber que tiene hermanos de parte de su padre conoce a uno de ellos con quien refiere tener una relación cordial.

Tabla 1

Datos familiares

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de instrucción	Ocupación	Características
Madre	Ana	52	Secundaria completa	Ama de casa	Relación cercana, conversan todos los días. Relación distante, con esporádicas llamadas telefónicas, comenta se distancia más hace 3 meses aproximadamente al conocer la denuncia que su madre realiza por maltrato psicológico.
Padre	Pedro	56	Secundaria completa	Negocio independiente (bodega)	Relación distante se comunican ocasionalmente por redes sociales. Relación cercana hasta hace 9 meses aproximadamente, donde ella tiene información de presunta infidelidad. Actualmente relación tensa y distante por desconfianza.
Hermano	Franz	23	Superior en curso	estudiante	
Esposo	Antony	27	Superior	Administrador	

2.5.4. *Evaluación psicométrica*

1. **Informe del Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon**

Datos de Filiación

Apellidos y Nombres : M.G.G

Edad : 25 años

Estado civil : Conviviente

Grado de instrucción : Técnico en administración

Ocupación : Asesora de ventas

Lugar de procedencia : Huaycán.

Psicólogo : Carem de los Santos González

Fecha de evaluación : 09 y 16 de marzo del 2023

Instrumentos aplicados. Cuestionario de Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon.

Resultados. Respecto a la dimensión patrones clínicos de personalidad la usuaria obtuvo puntajes de 93 y 95 que la ubican en la categoría evitativa y dependiente respectivamente.

En cuanto a la dimensión síndromes clínicos el mayor un puntaje fue 89 en ansiedad; respecto a síndrome severo el mayor puntaje fue de 92 en depresión.

Interpretación de resultados. La usuaria evidencia rasgos de una personalidad de tipo evitativa, suele ser crítica consigo misma, o se preocupa por lo que piensen de los demás y su imagen a nivel social, que puede provocar ansiedad, que a su vez puede indicar depresión severa o moderada, llanto fácil, cambios de humor, trastornos del sueño, pensamientos negativos sobre el presente y sentimientos de inferioridad, limitando el desarrollo en el mejor.

Recomendaciones. Continuar con la prescripción médica e iniciar las sesiones de intervención psicológica.

2. Informe del Cuestionario de Personalidad de Eysenck

Datos de Filiación

Apellidos y Nombres : M.G.G

Edad : 25 años

Estado civil : Conviviente

Grado de instrucción : Técnico en administración

Ocupación : Asesora de ventas

Lugar de procedencia : Huaycán.

Psicólogo : Carem de los Santos González

Fecha de evaluación : 09 de marzo del 2023

Instrumentos aplicados. Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

Resultados. En la dimensión E obtuvo un puntaje de 10, lo cual evidencia indicadores de personalidad introvertida con temperamento melancólico. En la dimensión N, obtuvo un puntaje de 15 que la ubica en una categoría diagnóstica de inestable emocional y finalmente en la dimensión L obtuvo un puntaje de 2 lo cual indica que la evaluación es válida.

Interpretación de los resultados. Los resultados de las pruebas muestran que es introvertido, de temperamento melancólico y emocionalmente inestable. Es una persona pasiva, tranquila y ordenada que tiende a establecer buenos hábitos y costumbres en la vida. Además de ser muy introvertido, tiende a ser relativamente introvertido. Amigo íntimo, puede ser un poco pesimista e inseguro, propenso a la ansiedad y la impulsividad, concede gran importancia a la moralidad y le resulta difícil adaptarse al cambio.

Recomendaciones. Continuar las sesiones de intervención psicológica.

3. Informe del Inventario de Depresión de Beck

Datos de Filiación

Apellidos y Nombres : M.G.G

Edad : 25 años

Estado civil : Conviviente

Grado de instrucción : Técnico en administración

Ocupación : Asesora de ventas

Lugar de procedencia : Huaycán.

Psicólogo : Carem de los Santos González

Fecha de evaluación : 02 de marzo del 2023

Instrumentos aplicados. Inventario de Depresión de Beck.

Resultados. El puntaje obtenido por la usuaria es de 26 puntos lo cual indica una Depresión moderada

Interpretación de los resultados. Muestra inestabilidad emocional, tristeza, soledad, culpa y desgana para realizar las actividades diarias, falta de interés en la interacción social, pensamientos irracionales sobre el futuro, pensamientos negativos sobre la situación actual, que afectan su comportamiento y expresión emocional.

Recomendaciones. Iniciar las sesiones de intervención psicológica

Tabla 2

Resultados de aplicación del Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck	
Puntaje	26
Categoría	Moderada

2.5.5. Informe psicológico integrador

Datos de filiación

Apellidos y Nombres	: M.G.G
Edad	: 25 años
Estado civil	: Conviviente
Grado de instrucción	: Técnico en administración
Ocupación	: Asesora de ventas
Lugar de procedencia	: Huaycán.
Psicólogo	: Carem de los Santos González
Fechas de evaluación	: 02,09,16,23 marzo del 2023

Motivo de consulta. Conocer el perfil psicológico de la evaluada.

Pruebas administradas. Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon.
Inventario de Depresión de Beck. Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

Análisis e interpretación de resultados. En la escala de personalidad la usuaria evidencia rasgos de una personalidad de tipo evitativa, suele ser crítica consigo misma, o se preocupa por la opinión de los demás y su imagen a nivel social, lo cual podría generar ansiedad.

En la escala de autosuficiencia, muestra indicadores de recurrir a los demás como fuente de protección y seguridad y de buscar relaciones en las que confiar en los demás para obtener afecto y seguridad. Por otro lado, en términos de síntomas clínicos, representa una depresión severa a moderada acompañada de llanto fácil, inestabilidad emocional, dificultad para dormir, pensamientos negativos sobre el presente y sentimientos de inferioridad que limitan el desarrollo óptimo.

Los resultados del cuestionario de personalidad de Eysenck indican que es introvertido, tiene un temperamento melancólico y emocionalmente inestable. Es una

persona pasiva, tranquila y ordenada con tendencia a desarrollar rutinas y hábitos bien estructurados. Al ser introvertida, salvo que no tenga amigos muy cercanos, puede ser un poco pesimista e insegura, propensa a la ansiedad y la impulsividad, concede gran importancia a la moralidad y tiene dificultades para adaptarse al cambio.

Según la escala de depresión de Beck mostró inestabilidad emocional, tristeza, soledad, culpa y desgana para realizar las actividades diarias, desinterés en la interacción social, pensamientos irracionales sobre el futuro, pensamientos negativos sobre la situación actual, etc. Afectó su comportamiento y sus emociones.

Presunción diagnóstica. Usaria experimenta emociones perturbadoras como tristeza, cólera, vergüenza, así mismo presenta pensamientos negativos de sí misma y su relación de pareja, del mismo modo se aísla, presenta insomnio, variaciones en su apetito y falta de concentración y motivación en el trabajo.

Tabla 3

Lista de conductas

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Dolor de cabeza		
Hiperventilación		
Inquietud motora		
Tensión muscular		
Insultar	Disminución del sueño.	
Discutir	Disminución del apetito	
Llorar	Pérdida de peso	Actividad física.
Culpa	Lanzar objetos	Actividades de relajación.
Ansiedad	Asertividad	No posee pensamientos adaptativos frente a la situación actual.
Tristeza	Desgano	Falta de búsqueda de alternativas de solución
Vergüenza	Desinterés	Habilidades sociales
Pensamientos negativos: es seguro que se irá con ella, se cansará de fingir querer estar a mi lado y se irá” “el ya no me quiere, en cualquier momento me va dejar y es mi culpa” “ya lo saben estoy segura, que vergüenza tan grande, creerán que fracase”	Desmotivación en sus actividades diarias. Sensación de cansancio Relaciones sociales saludables. Descuido en su apariencia personal	

Tabla 4*Diagnóstico Funcional*

Estímulo discriminativo	Conducta	Estímulo reforzador
En casa cuando ve o escucha por teléfono, o lee los mensajes o ve videos o fotos con su esposo.	<p>Fisiológico: Llora Insomnio</p> <p>Emocional: tristeza (8/10) cólera (7/10) ansiedad (6/10)</p> <p>Motor: Discute, le pide que se vaya de la casa, pero luego se disculpa.</p>	<p>Reforzamiento Positivo Logra dormir.</p> <p>Reforzamiento Negativo Al despertar al día siente debilidad, desgano, cansancio, sueño.</p>
Al levantarse y tener que ir al trabajo.	<p>Fisiológico: Llora</p> <p>Emocional: Tristeza (7/10), ansiedad (5/10) y cólera (7/10)</p> <p>Motor: Dejado de maquillarse y arreglarse</p>	<p>R. Negativo: Inventa excusas, no asiste.</p>
Cuando su esposo se disculpa y se muestra complaciente y cariñoso con ella.	<p>Fisiológico: dolor de cabeza, tensión física</p> <p>Emocional: cólera (7/10) tristeza (7/10)</p> <p>Motor: Reclama e insulta</p>	<p>R. Negativo: “Tal vez si podemos salvar esta familia, yo sí lo amo aún”.</p>
Ante las llamadas o invitaciones de sus amigas o cuando preguntan por su esposo	<p>Fisiológico: Llora.</p> <p>Emocional: Tristeza (8/10), ansiedad (6/10) y vergüenza (7/10)</p> <p>Motor: Discute con su esposo.</p>	<p>R. Positivo: Se niega a asistir, sus amigas dejan de insistir, disminuye la ansiedad.</p>

Tabla 5*Diagnóstico cognitivo*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
En casa cuando ve o escucha por teléfono, o lee los mensajes o ve videos o fotos con su esposo.	“esto es mi culpa por no estar pendiente, por descuidada y pensar más en el trabajo”	tristeza (8/10) cólera (7/10) ansiedad (6/10) Llora, discute, le pide que se vaya de la casa luego se disculpa.
Al levantarse y tener que ir al trabajo.	“es seguro que se irá con ella, se cansará de fingir querer estar a mi lado y se ira” ,,	Tristeza (7/10), ansiedad (5/10) y cólera (7/10). Inventa excusas, llega tarde o no asiste
Cuando su esposo se disculpa y se muestra complaciente y cariñoso con ella.	“no es justo no me merecía que me engañe”	cólera (7/10) tristeza (7/10) Reclama e insulta para luego arrepentirse y disculparse.
Ante las llamadas o invitaciones de sus amigas o cuando preguntan por su esposo	“ya lo saben estoy segura, que vergüenza tan grande, creerán que fracase” “no quiero verlos, no quiero estar aquí”	Tristeza (8/10), ansiedad (6/10) y vergüenza (7/10), discute y llora

Diagnóstico Nomotético

Según la CIE 10, un episodio depresivo moderado o grave (F32.1) debe tener dos de los siguientes síntomas: estado de ánimo patológicamente deprimido que se presenta casi todo el día, sin influencias externas durante al menos dos semanas, pérdida de interés en las actividades diarias, disminución felicidad y energía o aumento de la fatiga, pérdida de confianza en uno mismo o autoestima, culpa o culpa excesiva, reducción de la capacidad de pensar o concentrarse, cambios en la actividad psicomotora con irritabilidad o lentitud, alteraciones del sueño, cambios (aumentos o disminuciones) con el apetito), pérdida de peso Cambie en consecuencia. Los síntomas somáticos pueden estar presentes o no. A continuación, se muestra una correlación entre los criterios de diagnóstico y los síntomas experimentados por usuarios individuales.

Tabla 6*Criterios diagnósticos según el CIE-10*

Episodio depresivo: síntomas	Síntomas presentes
Animo bajo (A)	Menciona sentimientos de tristeza y desgano “estoy triste, no tengo ganas de levantarme”
Alteración del sueño (C)	Presenta dificultad para conciliar el sueño
Disminución de los procesos de atención y concentración (C)	Dificultad para prestar atención en el trabajo, se distrae con facilidad.
Pérdida de la capacidad de disfrute e interés (B)	Evidencia falta de interés para realizar actividades personales y sociales
Reducción de energía, reducción de la actividad (B)	Evade reuniones familiares o sociales
Presencia de sentimientos de auto reproche o culpa (C)	Manifiesta sentimientos de culpa en la situación actual con su pareja.
Cambio en el apetito (C)	Menciona falta de apetito
Pérdida de confianza o disminución de la autoestima. (C)	Menciona constantes frases de minusvalía respecto a sí misma “no voy a poder”
Perspectiva negativa del futuro	Presenta pensamientos anticipatorios negativos “sin él nada será lo mismo”
Pensamientos suicidad o auto lesiones (C)	No presenta
Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodio leve (F32.0), así como al menos tres y preferiblemente cuatro de los demás síntomas. Es probable que varios síntomas se presentan en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica (CIE 10).	

Nota: Criterios diagnósticos de CIE 10 relacionados con los síntomas que presenta la usuaria.

Recomendaciones. Terapia cognitivo conductual. Terapia de pareja.

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Se presentan las sesiones terapéuticas para el cuadro clínico de depresión moderada, trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, el objetivo específico de

regular las respuestas emocionales evidenciadas por la usuaria se trabajó en las sesiones 4,5,7 y 8 con el empleo de técnicas como respiración diafragmática, técnicas de dominio y agrado. El siguiente objetivo fue reducir los pensamientos automáticos siendo abordado en las sesiones 6 a la sesión 9, e incluye identificar el pensamiento, debatirlo y finalmente generar un pensamiento adaptativo; para el logro del objetivo se han empleado técnicas como, autorregistros, psico educación, reestructuración cognitiva, específicamente descubrimiento guiado; luego, en las sesiones 11 y 12 se trabajó el objetivo específico de incrementar conductas de afrontamiento a través de las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas adaptadas al caso clínico abordado. La sesión 13 estuvo designada al seguimiento del caso. El tratamiento consta de 13 sesiones, con una duración de 60 minutos en un periodo de tiempo de 3 meses aproximadamente desde el 02 de marzo del 2023 hasta 23 mayo del 2023. Estos procedimientos y actividades fueron registrados en tablas estadísticas de frecuencia intensidad.

2.6.2. Programa de intervención

Objetivo general

- Disminuir los niveles de depresión moderada en una mujer adulta a través de un programa de intervención cognitivo conductual.

Objetivos específicos

1. Diseñar un programa de intervención cognitivo conductual para disminuir la sintomatología del caso clínico de depresión.
2. Disminuir la frecuencia de respuestas cognitivas, conductuales y emocionales relacionadas con la depresión moderada.
3. Determinar la eficacia del programa de intervención cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva.

2.7. Procedimiento

Tabla 7

Sesión 1: Entrevista y observación psicológica

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Actividades	Tarea
Establecer rapport y alianza terapéutica. Conocer el motivo de consulta. Ubicación de conductas problema	Entrevista psicológica. Observación de la conducta. Aplicación de instrumento de evaluación.	1: Bienvenida a la usuaria, se realiza la entrevista y observación psicológica para conocer el motivo de consulta. 2: Identificación del problema actual en la descripción de síntomas en la entrevista. 3: firma de consentimiento informado. 4: Aplicación del inventario de depresión de Beck.	Se solicita registrar en casa las emociones y conductas más frecuentes que causan malestar emocional

Tabla 8

Sesión 2: Alianza terapéutica, búsqueda de información relevante

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Actividades	Tarea
Buscar información relevante bajo el modelo cognitivo conductual en la historia clínica. Elaboración de línea base, test psicológicos y registros conductuales.	Contrato terapéutico. Aplicación de test psicológicos. Autorregistro.	1: Revisión de tarea propuesta en la sesión anterior. 2: Aplicación del test de Personalidad de Eysenck e Inventario Multiaxial de Millon. 3: Pautas respecto a autoobservación y autorregistro para iniciar la anotación de conductas problema. 4: orientaciones para la tarea en casa	Auto registros semanales: Línea base (emociones, pensamientos negativos)

Tabla 9*Sesión 3: psicoeducación*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Actividades	Tarea
Educación respecto a la problemática de la usuaria bajo el enfoque cognitivo conductual. Brindar los resultados de la evaluación.	Psicoeducación Empleo de video, rotafolio, tríptico informativo.	1: Bienvenida, revisar auto registros dejados para casa. 2: Explicación de la intervención bajo el modelo cognitivo conductual. 3: Se informa que las evaluaciones evidencian indicadores compatibles con depresión. 4: Informar respecto a depresión: concepto, causas, consecuencias, niveles. 5: explicar la triada cognitiva (visión negativa de uno mismo, del mundo y sobre el futuro). Las personas tienden a interpretar de modo negativo las circunstancias presentes. 6: Orientar las tareas para casa	Auto registro semanal: Continuación de línea base

Tabla 10*Sesión 4: Psicoeducación, técnicas de respiración*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Actividades	Tarea
Educación en la técnica de relajación y la	Psicoeducación de Técnica de respiración diafragmática	1: Bienvenida, revisar auto registro para casa.	Registro de práctica de respiración diafragmática.

<p>técnica de dominio y agrado Disminuir síntomas fisiológicos. Promover práctica de actividades adaptativas o saludables</p>	<p>Técnica de dominio y agrado</p>	<p>2: enseñar el empleo de la técnica de respiración diafragmática: Inhala por la nariz, por 3 a 5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Consienta que el estómago suba a la vez que el aire ingresa a sus pulmones, a continuación, exhale por la boca por 3-5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Su estómago bajará conforme el aire sale de sus pulmones. 3: Junto a la usuaria identificar horario, lugar para practicar la respiración diafragmática. 4: Explicar que la técnica de dominio y agrado implica aumentar la práctica de actividades positivas para que de este modo logre estar ocupada. 5: junto a la usuaria elaborar lista de actividades de ocio, autocuidado y de casa para realizar. 6: enfatizar en la importancia de ambas prácticas. 7: orientaciones para las tareas de casa</p>	<p>Registro de actividades positivas realizadas</p>
---	------------------------------------	---	---

Tabla 11*Sesión 5: Psicoeducación, triple columna, distorsiones cognitivas*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Actividades	Tarea
<p>Promover la práctica de respiración diafragmática, así como actividades agradables.</p> <p>Orientar en cuanto a la relación entre pensamiento, emoción y conducta.</p> <p>Brindar información respecto a las distorsiones cognitivas.</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Triple columna</p>	<p>1: Bienvenida y revisar las actividades asignadas para casa.</p> <p>2: Reforzar el empleo de respiración diafragmática y actividades agradables.</p> <p>3: Explicar la forma como se relacionan el pensamiento, emoción y conducta para entender la importancia de los pensamientos en las situaciones que causan emociones perturbadoras para reestructurarlos.</p> <p>4: Educar en pensamientos automáticos y cómo se relacionan con el mantenimiento de conductas depresivas.</p> <p>5: explicación respecto a distorsiones cognitivas: tipos.</p> <p>6: socializar ejemplos de distorsiones cognitivas.</p> <p>7: pautas para las tareas en casa.</p>	<p>Registrar de actividades que le generen agrado y practicar la respiración diafragmática. autorregistro: triple columna</p>

Tabla 12

Sesión 6: Modificación de pensamiento automático distorsionado 1

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Actividades	Tarea
<p>Modificar el pensamiento automático distorsionado: “esto es mi culpa por no estar pendiente, por descuidada y pensar más en el trabajo”</p>	<p>Descubrimiento guiado</p>	<p>1: Bienvenida, revisar tareas asignadas para casa. 2: Algunas preguntas a realizar serían: Decir que es tu culpa, ¿es realmente cierto? ¿cuáles son las evidencias a favor y en contra? ¿hay otras explicaciones más realistas? ¿cuáles son las ventajas y desventajas de mantener este pensamiento? ¿pensar así te ayuda en tu vida? ¿por qué lo haces? ¿qué piensas ahora? ¿cómo te sientes ahora? 3: guiar para sustituir por un pensamiento más adaptativo: “tal vez he cometido errores, pero una relación se compone de 2 y si hay fallas sería bueno revisar las actitudes de ambos y buscar salidas” 4: se brindan orientaciones para las actividades en casa.</p>	<p>Continuar registro de triple columna. Practicar diálogos saludables frente a pensamientos negativos</p>

Tabla 13*Sesión 7: Modificación de pensamiento automático distorsionado 2*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Actividades	Tarea
<p>Modificar el pensamiento automático distorsionado: “es seguro que se irá con ella, se cansará de fingir querer estar a mi lado y se ira”</p>	<p>Descubrimiento guiado</p>	<p>1: Bienvenida, revisar tarea para casa. 2: Debatir el pensamiento distorsionado, con preguntas como: ¿Qué evidencia tiene que prueba la seguridad de tu pensamiento? ¿tiene lógica pensar así? ¿pensar así te ayuda en tu vida? ¿entonces, porque das por hecho si no hay evidencia? ¿de qué te das cuenta? ¿cómo te hace sentir? ¿cómo lo puedes mejorar? ¿puedes predecir el futuro y saber realmente que se ira con ella? ¿Qué pruebas reales tienes para asegurar que se irá con ella? ¿pensar así te ayuda? ¿Por qué lo haces? ¿cómo te sientes ahora? ¿cómo lo podemos mejorar? 3: Acompañar para sustituir el pensamiento por: “es posible que quiera irse con ella pero hoy no tengo pruebas de ellos, esta aquí y muestra interés en nuestra relación, no puedo saber lo que pasará en el futuro” 4: se brindan orientaciones para las actividades en casa.</p>	<p>Listado de actividades nuevas y placenteras que está realizando. Registro de práctica de respiración diafragmática. Practicar diálogos saludables frente a pensamientos negativos.</p>

Tabla 14*Sesión 8: Modificación de pensamiento automático distorsionado 3*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Actividades	Tarea
<p>Modificar el pensamiento automático distorsionado: “no es justo no me merecía que me engañe”</p>	<p>Descubrimiento guiado</p>	<p>1: Bienvenida, revisar tarea para casa. 2: Debatir el pensamiento distorsionado, con preguntas como: ¿en qué te ayuda pensar así? ¿por qué lo haces? ¿de qué te das cuenta? ¿cómo te sientes? ¿Qué puedes hacer ahora? 3: guiar para sustituir el pensamiento por: “hubiera querido que no me engañe y que solo pasen cosas buenas, pero en la vida van a pasar ambas cosas y puedo cambiar yo y tener lo que merezco” 4: se brindan pautas para la tarea en casa</p>	<p>Registro de práctica de respiración diafragmática. Practicar diálogos saludables frente a pensamientos negativos</p>

Tabla 15*Sesión 9: Modificación de pensamiento automático distorsionado 4*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Actividades	Tarea
<p>Modificar el pensamiento automático distorsionado: “ya lo saben estoy segura, que vergüenza tan grande, creerán que fracase”</p>	<p>Descubrimiento guiado</p>	<p>1: Bienvenida, revisar tarea para casa. 2: Debatir el pensamiento distorsionado, con preguntas como: ¿en qué te basas para asegurar que los demás saben lo que</p>	<p>Listado de actividades nuevas y placenteras que está realizando. Listado de pensamientos negativos. Frecuencia</p>

	<p>ocurrió? ¿dime las pruebas que tienes de ello? ¿tiene lógica asegurar algo de lo que no tienes pruebas reales? ¿en qué te ayuda esa forma de pensar? ¿cómo te hace sentir pensar así? ¿es eso lo que quieres para ti? ¿entonces cómo sería tu nuevo pensamiento?</p> <p>3: guiar para sustituir el pensamiento por: “es posible que las personas creen cosas de mi pero no puedo asegurarlo, no tengo pruebas de eso?”</p> <p>4: orientar en las tareas para casa.</p>
--	---

Tabla 16

Sesión 10: Psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Actividades	Tarea
<p>Fomentar pensamientos asertivos y conductas adaptativas. Reforzar pensamientos funcionales.</p>	<p>Psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales</p>	<p>1: Bienvenida, revisar tareas para casa. 2: Brindar información respecto a los estilos de comunicación (entrenamiento en habilidades sociales) asertiva, pasiva y agresiva brindando detalles y manifestaciones de estas. 3: se relata una situación que evidencia un estilo</p>	<p>Emplear el estilo asertivo en las distintas situaciones que se presenten durante la semana Continuar registro de línea base.</p>

	<p>pasivo, se le pide identificar que estilo se muestra.</p> <p>4: se solicita que tomando como base la situación anterior formule cómo serían en un estilo agresivo y asertivo. Refuerzo verbal a su intervención</p> <p>5: se brindan pautas para las tareas en casa.</p>
--	---

Tabla 17*Sesión 11: Psicoeducación, resolución de problemas*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Actividades	Tarea
<p>Aumentar conductas saludables de afrontamiento a través del entrenamiento en solución de problemas</p>	<p>Psicoeducación. Entrenamiento en solución de problemas.</p>	<p>1: Bienvenida, revisión de tareas para la semana.</p> <p>2: Explicación de la solución de problemas como estrategia de afrontamiento.</p> <p>3: se abordar conceptos como, definición de problemas, alternativas de solución, evaluación de las mismas, elección de la mejor alternativa de solución.</p> <p>3: Educar en la posibilidad de elegir nuestra actitud frente al problema, y por tanto la consecuencia, ya que los problemas son inherentes a la vida.</p>	<p>Registrar empleo de solución de problemas.</p> <p>Continuar registro de línea base.</p>

Tabla 18*Sesión12: Autorregistros, evaluación de la depresión post test*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Actividades	Tarea
Revisar cumplimiento de objetivos propuestos	Autorregistros Test psicológico	1: Bienvenida, revisión de autorregistros 2: Aplicación del Inventario de depresión de Beck. 3: Se evalúa el grado de logro de objetivos propuestos al inicio del acompañamiento psicológico. 4: Reforzar el empleo de estrategias saludables de afrontamiento en situaciones difíciles. 5: Entrega de resultados, despedida.	

2.8. Consideraciones éticas

En este estudio se le pidió a la paciente que hiciera preguntas que había planteado en los artículos académicos y se le indicó que no debían proporcionar datos personales, cuidando así su identidad. Por otro lado, teniendo en cuenta el Código de Ética y Responsabilidad del psicólogo al que se refiere el artículo 24 Investigación, Capítulo 3, los psicólogos deben recordar que toda investigación en humanos requiere el consentimiento informado del sujeto en cuestión. Asimismo, el artículo 25 establece que los psicólogos en cualquier proceso de investigación deben proteger los intereses de los participantes por encima de todo riesgo y tener en cuenta el bienestar psicológico de las personas por encima de los intereses de la ciencia y la sociedad.

En consecuencia, el Colegio de Psicólogos del Perú (2017) establece en el Código de Ética que, según los artículos 49 y 50, la información debe ser compartida con los usuarios de acuerdo con el Capítulo 8 de herramientas de investigación, y adicionalmente exige que los psicólogos expliquen la naturaleza de la información, la prueba, su propósito y resultados, y evitar situaciones que puedan amenazar su estabilidad emocional.

Por otra parte, salvo orden judicial y de autoridades competentes, los resultados de la evaluación e intervención psicológica no podrán ser revelados a terceros, salvo que el interesado lo haya autorizado expresamente y en el marco de la ley

En este sentido, la Universidad Nacional Federico Villarreal promulgó la Resolución RN 6436-2019-CU-UNFV (2019) el cual establece los lineamientos éticos para la aprobación de investigaciones en el mencionado proyecto de educación superior, y utiliza su decisión. Principios éticos como base para la búsqueda. Búsqueda de la verdad, respeto a la dignidad humana, responsabilidad, cuidado del medio ambiente, biodiversidad, compromiso con el desarrollo institucional.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados pre y post intervención

A continuación, se presenta un análisis de entrevistas, aplicación de pruebas psicológicas, inventario de conductas problemáticas, análisis funcional y análisis cognitivo de las manifestaciones clínicas de la depresión moderada. En este sentido, se crea un registro inicial de pensamientos negativos, emociones angustiantes y conductas inapropiadas que luego se compara con la efectividad del programa cognitivo-conductual demostrada en la fase posttest. Además, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck como instrumento en ambas fases (pretest y posttest) de medición de los síntomas depresivos.

3.1.1. Línea base

En el inventario de depresión de Beck obtuvo un puntaje de 26 que lo ubicó en el nivel de depresión moderada (Ver anexos). Se observa en el registro de frecuencias de pensamientos que “Sé que se irá con ella y yo quedaré sola” se repite 55 veces a la semana, seguido de “ya lo saben estoy segura, que vergüenza tan grande, creerán que fracase” 52, “no es justo, no me merecía que me engañe” y “no quiero verlos, no quiero estar aquí” 51, “esto es mi culpa por no estar pendiente, por descuidada y pensar más en el trabajo” 50, “es seguro que se irá con ella, se cansará de fingir querer estar a mi lado y se irá” 47 denotando alta frecuencia de pensamientos irracionales.

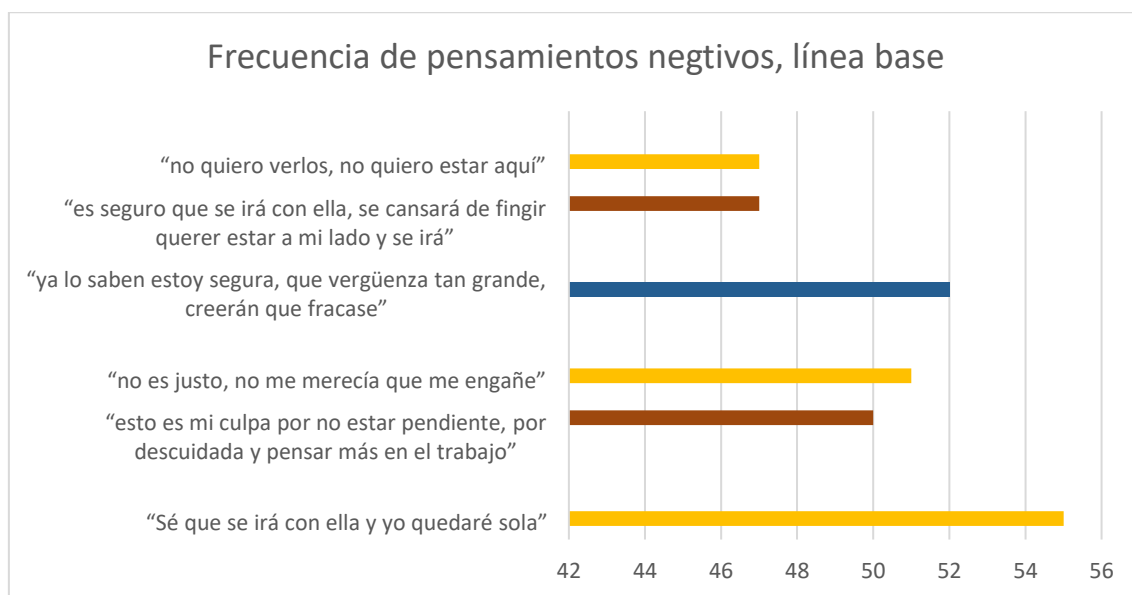
Según la observación, la frecuencia de tristeza es de 40 veces por semana, con una intensidad promedio de 8; mientras que la frecuencia de la vergüenza es de 36 veces por semana con una intensidad de 7, seguido de la culpa con una frecuencia de 35 y una intensidad de 7. Para el enojo mostré una frecuencia de 32 y una intensidad de 7 durante la semana y finalmente ansiedad. con una intensidad de 29 y 6.

Hubo signos de llanto con una frecuencia de 27 veces por semana y un tiempo de residencia de 25 horas; evitando salir 12 veces por semana y permanecer 34 horas; y saltarse comidas con una frecuencia de 10 veces por semana. semana y estancia 34 horas. . 8 horas a la semana, discutir o tirar objetos 9 veces a la semana, 7 horas a la semana y finalmente no dormir 5 veces a la semana, 9 horas y 30 minutos a la semana.

Tabla 19

Registro de frecuencia de pensamientos de la usuaria, línea base

Pensamiento negativo	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.	Total
“Sé que se irá con ella y yo quedaré sola”	9	7	6	8	9	9	9	55
“esto es mi culpa por no estar pendiente, por descuidada y pensar más en el trabajo”	6	8	6	7	6	8	9	50
“no es justo, no me merecía que me engañe”	7	6	7	8	7	7	8	51
“ya lo saben estoy segura, que vergüenza tan grande, creerán que fracase”	6	7	9	7	6	8	9	52
“es seguro que se irá con ella, se cansará de fingir querer estar a mi lado y se irá”	7	6	6	7	7	6	8	47
“no quiero verlos, no quiero estar aquí”	6	7	6	6	8	9	9	51

Figura 1*Frecuencia de pensamientos negativos***Tabla 20***Registro de frecuencia e intensidad de emociones, línea base*

Emoción	Frec/Int.	Lun	Mar.	Mier	Jue	Vie	Sab.	Dom	Total
Tristeza	F	4	5	5	6	6	7	7	40
(0-10)	I	8	6	7	8	7	8	8	8
Cólera	F	4	4	3	5	5	5	6	32
(0-10)	I	7	7	8	7	9	7	7	7
Vergüenza	F	5	4	4	4	7	7	5	36
(0-10)	I	6	7	8	7	6	7	7	7
Culpa	F	5	4	4	6	5	6	5	35
(0-10)	I	7	6	7	6	7	5	7	7
Ansiedad	F	3	4	4	4	5	4	5	29
(0-10)	I	5	6	6	5	5	6	6	6

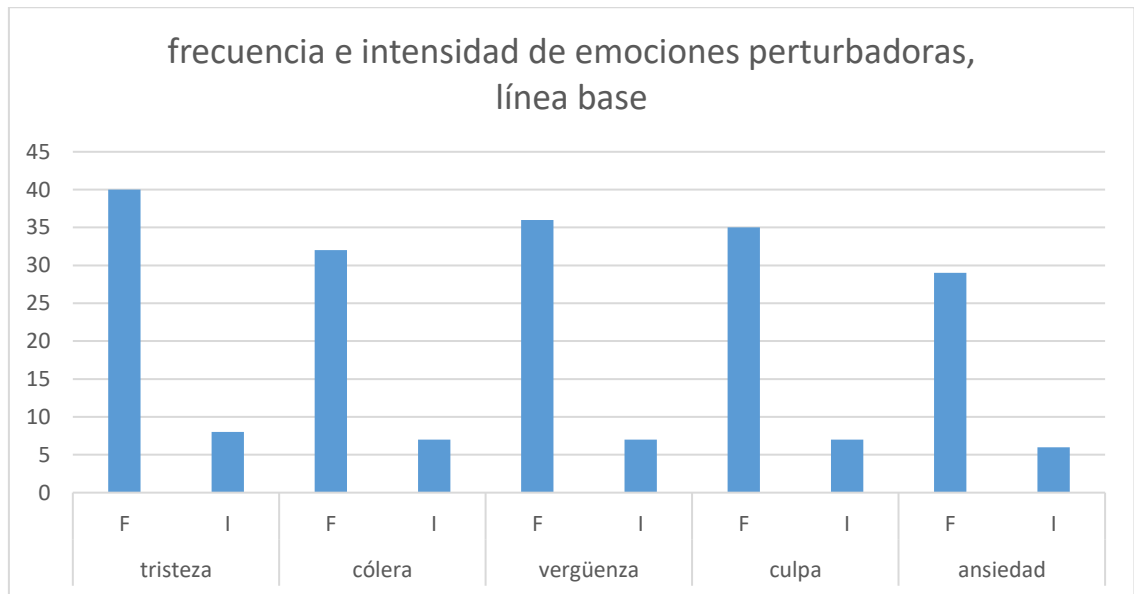
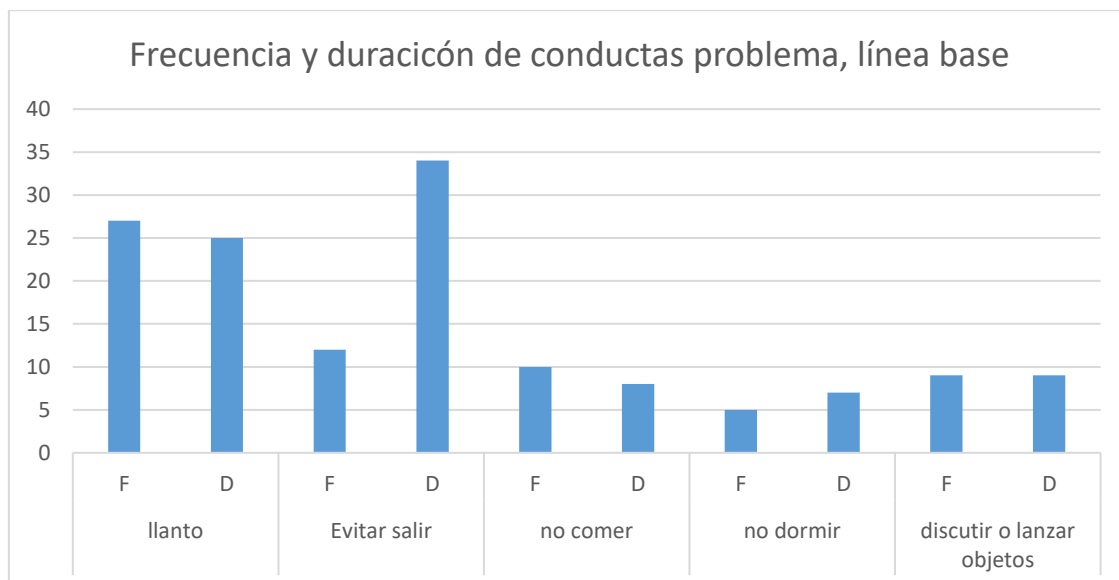
Figura 2*Frecuencia e intensidad de emociones perturbadoras, línea base***Figura 3***Frecuencia y duración de las conductas problema, línea base*

Tabla 21*Registro de frecuencia y duración de conductas problema, línea base*

Conducta	Fre/Dur	Lu	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
Llanto	F	3	4	3	4	5	4	4	27
	D	4h	3h	3h	4h	2h	4h	5h	25h
Evitar salir	F	1	1	1	2	2	3	2	12
	D	1h	2h	2h	3h	6h	8h	12h	34h
No comer	F	1	2	1	1	2	1	2	10
	D	1h	1h	1h	1h	1h	1h	1h	8h
No dormir	F	1	1		1	1	1	1	5
	D	1h	40min		1h	45min	2h	30min	7h
Discutir o lanzar objetos	F	1	1	1	1	2	1	2	9
	D	1h	1h	1h	1h	30min	1h	2h	9h
									30min

3.1.2. Línea de intervención

En la fase previa a la prueba de la Escala de Depresión de Beck obtuvo una puntuación de 26, lo que le situó en la categoría de depresión moderada, mientras que en la fase posterior a la prueba obtuvo una puntuación de 7, lo que le situó en un nivel normal de depresión. Atendiendo al porcentaje se evidencia una disminución a un 73%.

Se evidencia con el registro de línea base después de la intervención terapéutica una disminución de frecuencia de pensamientos distorsionados: “Sé que se irá con ella y yo quedaré sola” de 55 a 12 (78%), seguido de “ya lo saben estoy segura, que vergüenza tan grande, creerán que fracase” de 52 a 6 (88%), “no es justo, no me merecía que me engañe” de 51 a 11 (78%) y “no quiero verlos, no quiero estar aquí” de 51 a 8 (84%), “esto es mi culpa por no estar pendiente, por descuidada y pensar más en el trabajo” de 50 a 9 (82%), “es seguro que se irá con ella, se cansará de fingir querer estar a mi lado y se irá” de 47 a 6 (87%) denotando disminución en la frecuencia de pensamientos

irracionales. Tomando en consideración cada porcentaje, se ha logrado una reducción global del 83%.

En cuanto a la intensidad y frecuencia de las emociones perturbadoras en relación con la línea base; se evidencia que la emoción de tristeza disminuyó de 40 a 6 (85%) en la semana, así como la intensidad de 8 a 1 (87%) como promedio; vergüenza de 36 a 9 (75%) en la semana y una intensidad de 7 a 1 (86%); seguido de culpa de 35 a 9 (74%) en la semana y una intensidad de 7 a 1 (86%); cólera de 32 a 8 (75%) en la semana y una intensidad de 7 a 1 (86%), finalmente ansiedad de 29 a 4 (86%) con una intensidad de 6 a 1 (83%) como promedio (Ver anexos). Con relación al porcentaje, se ha logrado una disminución de la frecuencia de emociones perturbadoras en 79 % y una disminución de intensidad en 86%.

Respecto a las conducta problema en relación a la línea base se evidencia disminución en frecuencia y duración; llanto de 27 a 2 (93%) veces en la semana y la cantidad de horas de 25 a 1 hora 30 minutos, evitar salir de 12 a 2 (83%) veces en la semana y la cantidad de 34 a 3 horas, no comer de 10 a 1 (99%) vez a la semana con una cantidad de 8 a 1 hora, discutir o lanzar objetos de 8 a 2 (75%) veces a la semana, con una cantidad de 7 horas a 40 minutos semanales, finalmente no dormir de 5 a 2 (60%) veces a la semana con 9 horas 30 minutos a 50 minutos a la semana. En cuanto a los porcentajes, se ha conseguido disminuir las conductas problema en un 82% de modo general.

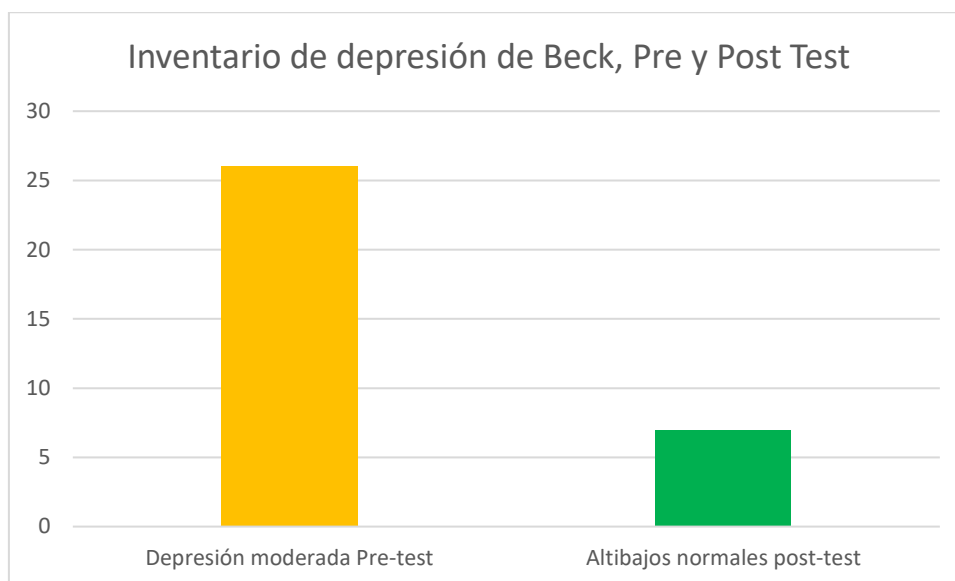
Tabla 22

Resultados de la aplicación del Inventario de depresión Pre y Post Test

Inventario de Beck	Pre test	Post test
		Depresión moderada
	26	7

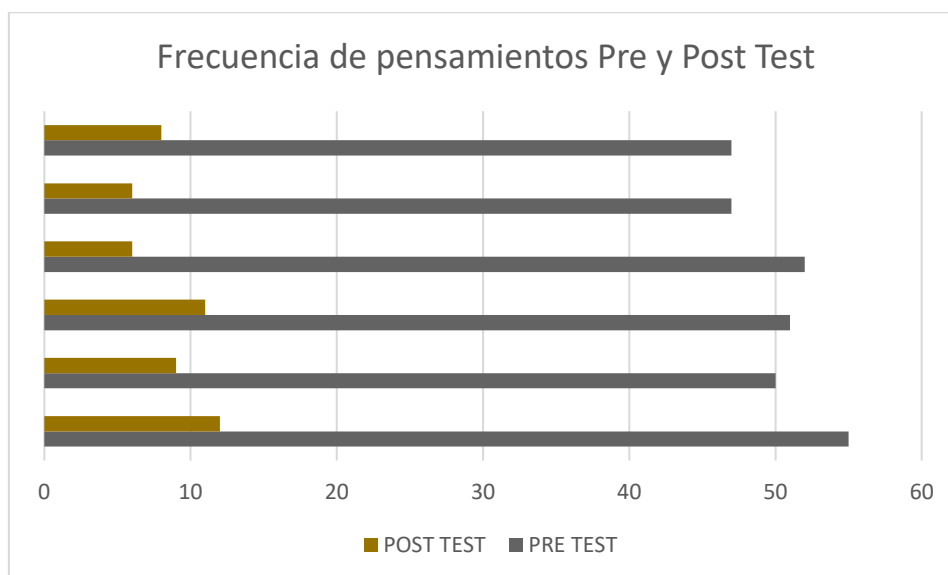
Figura 4

Resultados de la aplicación del Inventario de depresión Pre y Post Test

**Tabla 23**

Registro de frecuencia de pensamientos Pre y Post Test

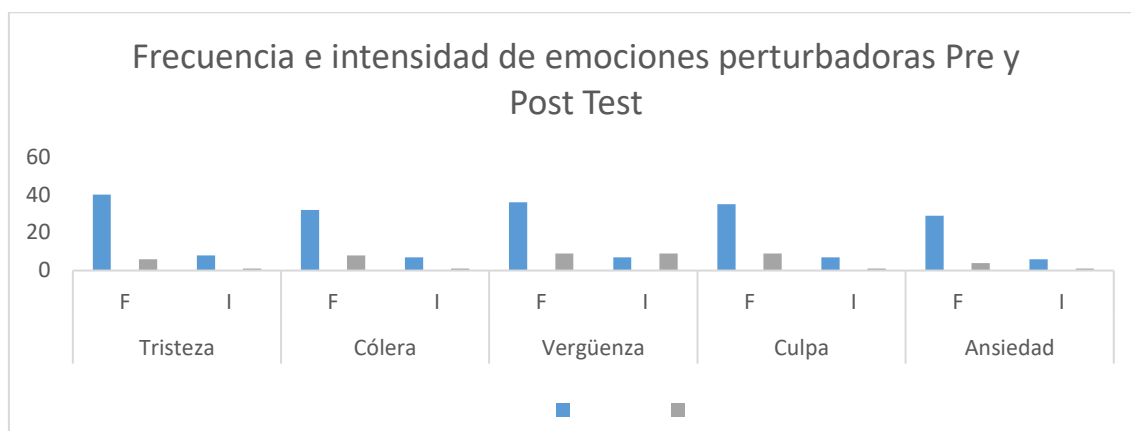
Pensamientos negativos	Periodo	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.	Total
"Sé que se irá con ella y yo quedaré sola"	Pre-Test	9	7	6	8	9	9	9	55
	Post Test	2	2	1	1	2	2	2	12
"esto es mi culpa por no estar pendiente, por descuidada y pensar más en el trabajo"	Pre-Test	6	8	6	7	6	8	9	50
	Post Test	1	1	1	2	1	1	2	9
"no es justo, no me merecía que me engañe"	Pre-Test	7	6	7	8	7	7	8	51
	Post Test	2	1	1	2	2	1	2	11
"ya lo saben estoy segura, que vergüenza tan grande, creerán que fracase"	Pre-Test	6	7	9	7	6	8	9	52
	Post Test	0	0	2	1	0	1	2	6
"es seguro que se irá con ella, se cansará de fingir, querer estar a mi lado y se irá"	Pre-Test	7	6	6	7	7	6	8	47
	Post Test	1	0	0	1	2	0	2	6
"no quiero verlos, no quiero estar aquí"	Pre-Test	6	7	6	6	8	9	9	51
	Post Test	1	2	0	0	1	2	2	8

Figura 5*Frecuencia de pensamientos Pre y Post Test***Tabla 24***Registro de frecuencia e intensidad de emociones perturbadoras Pre y Post Test*

Emoción	Periodo	Frec/Int.	Lu	Mar	Mie	Ju	Vi	Sa	Dom	Total
Tristeza (0-10)	Pre	F	4	5	5	6	6	7	7	40
	Test	I	8	6	7	8	7	8	8	8
	Post	F	1	1	0	1	0	2	1	6
	Test	I	2	1	0	1	0	1	1	1
Cólera (0-10)	Pre	F	4	4	3	5	5	5	6	32
	Test	I	7	7	8	7	9	7	7	7
	Post	F	1	1	0	2	1	1	2	8
	Test	I	1	1	0	1	2	1	1	1
Vergüenza (0-10)	Pre	F	5	4	4	4	7	7	5	36
	Test	I	6	7	8	7	6	7	7	7
	Post	F	1	1	1	1	1	3	1	9
	Test	I	1	1	1	1	1	1	1	1
Culpa (0-10)	Pre	F	5	4	4	6	5	6	5	35
	Test	I	7	6	7	6	7	5	7	7
	Post	F	1	1	2	1	1	1	2	9
	Test	I	2	1	1	1	1	1	1	1
Ansiedad (0-10)	Pre	F	3	4	4	4	5	4	5	29
	Test	I	5	6	6	5	5	6	6	6
	Post	F	1	1	0	1	0	0	1	4
	Test	I	1	1	0	1	0	0	1	1

Figura 6

Frecuencia e intensidad de emociones perturbadoras Pre y Post Test.

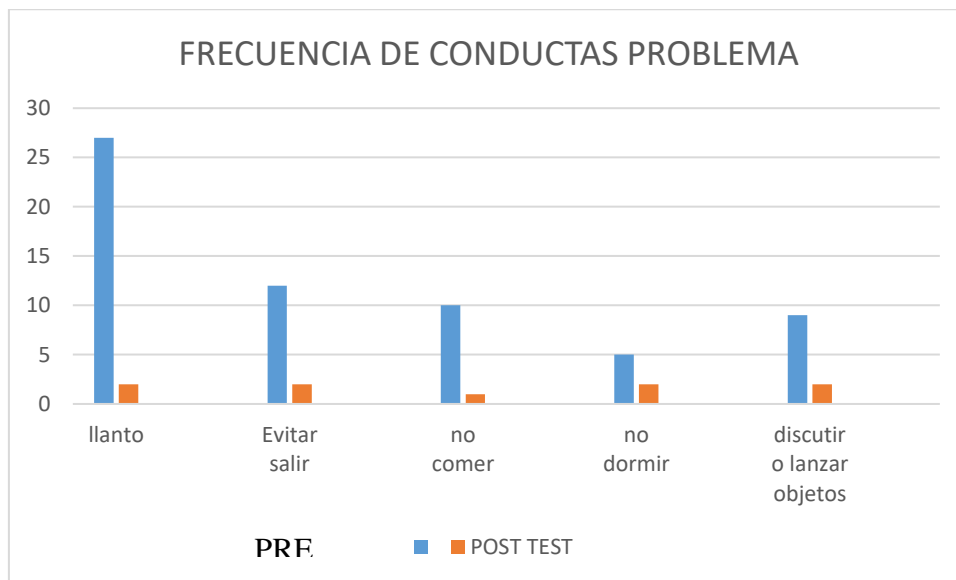
**Tabla 25**

Registro de frecuencia y duración de conductas problema Pre y Post Test

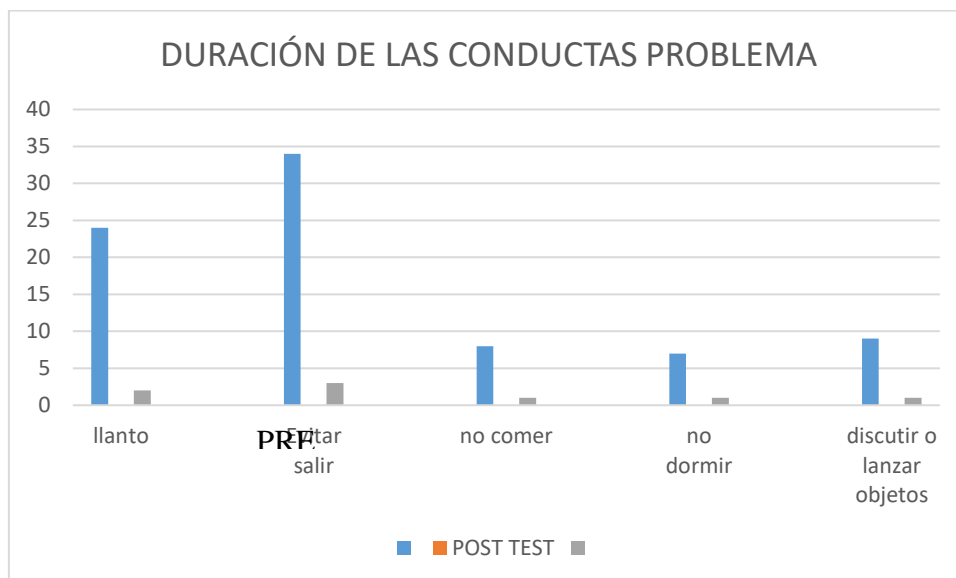
Conducta Problema	Periodo	Fre/Dur	Lun	Mart	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
Llanto	Pre Test	F	3	4	3	4	5	4	4	27
		D	4h	3h	3h	4h	2h	4h	5h	25h
	Post Test	F	0	1	0	0	0	0	1	2
		D		30min					1h	1h30min
Evitar salir	Pre Test	F	1	1	1	2	2	3	2	12
		D	1h	2h	2h	3h	6h	8h	12h	34h
	Post Test	F	0	0	0	0	0	1	1	2
		D	0	0	0	0	0	1h	2h	3h
No comer	Pre Test	F	1	2	1	1	2	1	2	10
		D	1h	1h	1h	1h	1h	1h	1h	8h
	Post Test	F	0	0	0	0	0	0	1	1
		D	0	0	0	0	0	0	1h	1h
No dormir	Pre Test	F	1	1		1	1	1	1	5
		D	1h	40min		1h	45min	2h	1h	7h
	Post Test	F	0	0	0	0	0	1	1	2
		D	0	0	0	0	0	20min	30min	50min
Discutir o lanzar objetos	Pre Test	F	1	1	1	1	2	1	2	9
		D	1h	1h	1h	1h	1h	2h	2h	9h
	Post Test	F	0	0	0	0	0	1	1	2
		D	0	0	0	0	0	20min	20min	40min

Figura 7

Frecuencia de conductas problema Pre y Post Test

**Figura 8**

Duración de conductas problema Pre y Post Test



3.2. Seguimiento

Al finalizar el programa se realizó como seguimiento llamado telefónica al mes de concluidas las intervenciones donde se evidencia que la disminución en frecuencia de los pensamientos automáticos se mantiene similar a la evidenciada en el post test. “Sé que

se irá con ella y yo quedaré sola” de 12 a 12 (100%), seguido de “ya lo saben estoy segura, que vergüenza tan grande, creerán que fracase” de 6 a 4, “no es justo, no me merecía que me engañe” de 11 a 10 y “no quiero verlos, no quiero estar aquí” de 8 a 7, “esto es mi culpa por no estar pendiente, por descuidada y pensar más en el trabajo” de 9 a 9, “es seguro que se irá con ella, se cansará de fingir querer estar a mi lado y se irá” de 6 a 6 denotando disminución en la frecuencia de pensamientos irracionales. El mantenimiento de la disminución de frecuencia de pensamientos automáticos es a un 100%.

3.3. Discusión de resultados

El presente estudio de caso tuvo como objetivo la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con un cuadro clínico de depresión moderada; evidenciaba emociones perturbadoras de tristeza, vergüenza, culpa, cólera y ansiedad antecedidas de pensamientos negativos con consecuentes conductas problema que afectaban el área personal, familiar y laboral. Se empleó un diseño tipo preprueba/posprueba con un solo grupo. Asimismo, el caso se abordó bajo el modelo cognitivo conductual.

En términos del objetivo general, los resultados de este caso mostraron una reducción del 73% en los síntomas depresivos, demostrando la efectividad de una intervención cognitivo conductual que a nivel nacional se relaciona con el trabajo realizado por Gabino (2022) una mujer de 23 años sufre de depresión. Los resultados posteriores a la prueba mostraron una reducción de los síntomas depresivos, lo que confirma la eficacia de la terapia cognitivo-conductual.

Del mismo se relaciona a nivel internacional con el trabajo realizado por Gonzales (2019) Para las mujeres con depresión, el programa de tratamiento constaba de 12 sesiones en las que se desarrollaron diversas intervenciones cognitivo-conductuales. La

conclusión es que la terapia cognitivo conductual es eficaz para las mujeres con depresión. En este sentido, la terapia cognitivo conductual es uno de los métodos más utilizados en el tratamiento de diversos trastornos mentales como la depresión. En este contexto, la TCC para la depresión anima a los usuarios a cambiar sus pensamientos, sentimientos, comportamientos y conductas inapropiadas (Puerta y Padilla, 2011).

En cuanto a los resultados del primer objetivo específico de la presente investigación; se emplearon las técnicas de intervención cognitivo conductuales orientadas a reducir los pensamientos automáticos distorsionados, en un 75%, información que se asemeja al trabajo ejecutado por Feijoo (2021), quien desarrollo un programa de intervención cognitivo conductual para reducir la sintomatología depresiva, modificar pensamientos erróneos y alternarlos por otros más adecuados. Los resultados evidencian que se logró mejorar el estado de ánimo modificando aquellos pensamientos distorsionados.

Esta información se basa en el supuesto teórico de que "el afecto y el comportamiento de un individuo están determinados en gran medida por la forma en que construye el mundo", concluyendo que los modelos cognitivo-conductuales se centran en la cognición. Los elementos intervinientes, debido a que los pensamientos se ven reforzados por actitudes que las personas han aprendido a través de experiencias pasadas, ya sean correctas o incorrectas, moldean y refuerzan el comportamiento de las personas en su entorno.

Beck y Emery (1983) del mismo modo estos resultados se relacionan con la investigación desarrollada por Huaynates (2019), abordó un caso de una mujer que sufre depresión moderada. Los resultados mostraron una reducción de la depresión y una disminución de los pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos de los

usuarios, confirmando la eficacia de la técnica utilizada a nivel cognitivo y conductual para sustituir pensamientos distorsionados por otros más flexibles y racionales.

Respecto del segundo objetivo específico de regular las respuestas emocionales, se logró una disminución de la frecuencia en 79% y una disminución de intensidad en 86%. Estos resultados muestran similitud con aquellos encontrados por Lugo & Pérez (2021) desarrollaron Un estudio de caso destinado a reducir los síntomas de ansiedad y depresión en mujeres. Los resultados mostraron una disminución de la ansiedad (-45%) y la depresión (-75%).

Se concluye que las intervenciones llegaron a favorecer una mejoría en calidad de vida y minimizar sus repercusiones emocionales en la depresión y ansiedad. En este sentido Huarcaya (2022) desarrolla una investigación en una evaluación de seguimiento, una mujer adulta con síntomas depresivos tuvo una reducción de los síntomas depresivos. En este sentido, la depresión es el resultado de una combinación de falta de habilidades de afrontamiento, dificultades para regular las emociones y percepción negativa de las cosas que le rodean y de cómo la misma persona se adapta funcionalmente a ello (Aream, 2004, como se citó en Romero 2006). La Terapia Conductual es promover cambios en la cognición, el comportamiento y las emociones (Montesinos, 2018).

Atendiendo al tercer objetivo específico relacionado a la disminución de conductas problema, se ha conseguido disminuir en un 82% de modo general. con el consecuente incrementó de las conductas de afrontamiento entre ellas las habilidades sociales y solución de problemas empleando las técnicas cognitivo-conductuales, información que guarda semejanza con la investigación desarrollada por Pérez, de la Universidad Pontificia de Bolívar, realizó un estudio de caso de una mujer que padecía depresión moderada. Al final del curso, se redujeron los síntomas de depresión, mejoraron las habilidades sociales y se fortalecieron las redes de apoyo. Así mismo Feijoo (2021),

desarrolló un programa de intervención cognitivo conductual para reducir la sintomatología depresiva. Los resultados evidencian que se logró mejorar el estado de ánimo, fortaleciendo su autonomía y confianza, evidenciando una mayor funcionalidad a nivel personal social y laboral. En este sentido Puerta y Padilla (2011) establecieron como objetivo abordar los objetivos de la terapia cognitivo-conductual para la depresión: reducir el pensamiento disfuncional, mejorar el autocontrol, optimizar las habilidades de resolución de problemas, aumentar la frecuencia del refuerzo positivo y mejorar las habilidades sociales/interpersonales.

IV. CONCLUSIONES

- 4.1 Se logró disminuir la sintomatología depresiva a nivel cognitivo, conductual y emocional a partir de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual.
- 4.2 Se redujeron significativamente las conductas relacionadas a la depresión como “llorar” pasando de 27 a 2 veces por semana; “evitar salir” de 12 a 2 veces por semana; “no dormir” de 5 a 2 veces a la semana; “no comer” de 10 a 1 vez por semana, incrementando su actividad familiar y social. Así como el incremento de conductas de auto cuidado, agrado. se ha conseguido disminuir en un 82% de modo general.
- 4.3 Se disminuyó de manera significativa la frecuencia e intensidad de respuestas emocionales que guardan relación con pensamiento distorsionados. Entre ellas la emoción de tristeza disminuyó de 40 a 6 así como la intensidad de 8 a 1; sentimientos de culpa de 35 a 9 en la semana y una intensidad de 7 a 1; cólera de 32 a 8 en la semana y una intensidad de 7 a 1; ansiedad de 29 a 4 en 1 semana y una intensidad de 6 a 1; vergüenza de 36 a 9 en la semana y una intensidad de 7 a 1. De modo general se logró una disminución de la frecuencia en 79% y una disminución de intensidad en 86%.
- 4.4 Se logró modificar los pensamientos automáticos distorsionados; “Sé que se irá con ella y yo quedaré sola” de 55 a 12, seguido de “ya lo saben estoy segura, que vergüenza tan grande, creerán que fracase” de 52 a 6, “no es justo, no me merecía que me engañe” de 51 a 11 y “no quiero verlos, no quiero estar aquí” de 51 a 8, “esto es mi culpa por no estar pendiente, por descuidada y pensar más en el trabajo” de 50 a 9, “es seguro que se irá con ella, se cansará de fingir querer estar

a mi lado y se irá” de 47 a 6. La disminución de pensamientos automáticos es general fue de en un 83%,

- 4.5 En el seguimiento se evidencia que se mantiene en un 100% la disminución de frecuencia de pensamientos automáticos.
- 4.6 En el fortalecimiento de conductas de afrontamiento se encontró el empleo de búsqueda de alternativas de solución frente a situaciones que califica como difíciles, así como la toma de decisiones.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Practicar de manera continua las estrategias aprendidas en la terapia cognitivo conductual en su vida diaria.
- 5.2 Participar de intervención en terapia de pareja orientado a mejorar su relación conyugal.
- 5.3 Continuar con la construcción de un plan de vida, independiente a su relación de pareja, que contribuya a encontrar sus fortalezas, metas futuras.
- 5.4 Realizar ejercicio físico y/o actividades de relajación cómo mínimo 2 veces a la semana.
- 5.5 Fortalecer su soporte familiar y social orientado a mejorar su estabilidad emocional y satisfacción.
- 5.6 Participar frecuente en reuniones y actividades sociales como medio de relajación y reforzamiento de habilidades sociales.
- 5.7 Continuar con el empleo de la terapia cognitivo conductual en cuadros clínicos de depresión, así como la investigación de casos, con el fin de nutrir y ampliar los recursos de apoyo en la intervención de cuadros con características similares.

VI. REFERENCIAS

- Alcázar, D., Hernández, R., Romero, D. y Vogel, N. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de Psicología y Ciencias de Comportamiento*, 8(1), 15-28.
- Anicama, J. (1974). *Rasgos básicos de la personalidad de la población de Lima. Un enfoque experimental. Estandarización del EPI-B* [Tesis de bachiller no publicada]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Antón, V. (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.
- Beck, A. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Desclée De Brower.
- Beck, R. y Perkins, T. S. (2001). Cognitive content-specificity for anxiety and depression: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 651-663.
- Bulacio, J., Vieyra, M., Alvarez, D. y Benatuil, D. (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*. <https://www.academica.org/000-029/16>
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Mc Graw Hill.
- Calderón, E. (2021). *Intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión* [Tesis de Título de Segunda Especialidad Profesional, Universidad

- Nacional Federico Villarreal]. Repositorio de la Universidad Nacional Federico Villarreal. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4654>
- Calderón, M. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 29(3), 182-191.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>.
- Caro, G. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Desclée de Brouwer.
- Carranza, R. (2013). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck para universitarios de lima. *Revista de Psicología*, 15(2), 170-182.
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de Ética y Deontología*. Colegio de Psicólogos del Perú.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Desclée de Brouwer.
- Feijoo, A. (2021). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo conductual para un caso de trastorno depresivo recurrente* [Tesis de Licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio de la Universidad de San Martín de Porres <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/9648>
- Gabino, C. (2022). *Intervención cognitivo conductual en caso de depresión en una mujer adulta* [Tesis de Título de Segunda Especialidad Profesional, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio de la Universidad Nacional Federico Villarreal <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4654>
- Gaitán, P., Pérez, V., Vilar, M. y Teruel, G. (2023). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud pública*, 63(4), 478-485. <https://doi.org/10.21149/12257>

- Gallego, J. y Gómez, E. (2021). Principales cambios diagnósticos de la CIE-11 en los trastornos afectivos. *Psiquiatria.com*, 25(1), 1-17.
- García, V. (2021). *Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual de un caso de trastorno depresivo recurrente con rasgos de personalidad dependiente* [Tesis de Licenciatura, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Universidad San Martín de Porres
- Gobierno de México. (13 de 01 de 2022). *Día Mundial de la Lucha contra la Depresión / 13 de enero*. <https://www.gob.mx/insabi/es/articulos/dia-mundial-de-la-lucha-contra-la-depresion-13-de-enero?idiom=es#:~:text=de%20sufrir%20depresi%C3%B3n.-,La%20depresi%C3%B3n%20puede%20convertirse%20en%20un%20problema%20de%20salud%20serio,actividades%20laborales%2C%2>
- González, M. (2019). *Intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión de CINAMU - Los Santos*. [Tesis de Maestría, Universidad Especializada de las Américas]. Repositorio Universidad Especializada de las Américas <http://repositorio2.udelas.ac.pa/handle/123456789/340>
- Hernandez, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill.
- Huarcaya, S. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con depresión* [Tesis de Título de Segunda Especialidad Profesional, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Universidad Nacional Federico Villarreal <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6346>
- Huaynates, M. (2019). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Federico

- Villarreal]. Repositorio Universidad Nacional Federico Villarreal
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3489>
- Instituto Nacional de Salud Mental [INS]. (2013). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao*.
- López, E. y Valdez, K. (2019). *Tratamiento cognitivo - conductual para trastorno depresivo persistente con inicio en el periparto* [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de Coahuila]. Repositorio Universidad Autónoma de Coahuila
- López, J. (2016). *Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto* [Tesis de Maestría, UNFV].
- Lugo, I. y Pérez, Y. (2021). Intervención Cognitivo-Conductual para disminuir depresión y ansiedad en una persona con asma: Estudio de caso. *Revista Digital Internacional De Psicología Y Ciencia Social*, 7(2), 364-383.
<https://doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.7.2.2021.331.364-383>
- Maldonado, N., Castro, R. y Cardona, P. (2021). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en población universitaria colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 25.
<https://doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.7.2.2021.331.364-383>
- Ministerio de Salud. (13 de 01 de 2022). *Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021*.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>
- Montesinos, M. (2018). *Dependencia emocional y dimensiones de personalidad en trabajadoras de un centro comercial de Lima Sur* [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de Perú]. Repositorio Universidad Autónoma de Perú

<https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/622/MONTESINOS%20ARAUJO%2C%20MELISSA%20REGINA.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Médica Panamericana.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=A9944EEE0227196E6D8B91817E794B8D?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo de 2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Perez, F. y Ferrándiz, P. (1997). El efecto del reforzamiento no contingente predecible en el aprendizaje discriminativo. *Revista de Psicología Gral y apli*, 199-209.

Pérez-Padilla, E., Cervantes-Ramírez, V., Hijuelos-García, N, Pineda-Cortés, J. y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98.
<https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>

Puelles, N. (2022). *Caso psicológico: terapia cognitivo conductual aplicada en una joven con depresión* [Tesis de Título para Segunda Especialidad Profesional, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Universidad Nacional Federico Villarreal <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6002>

Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresion: Una revisión del estado del arte. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2). Duazary, 8(2), 251-257.

Resolución R.N. 6436-2019-CU-UNFV. (2019). Código de Ética para la Investigación de la Universidad Nacional Federico Villarreal (22 de octubre de 2019). https://www.unfv.edu.pe/transparencia_estandar/Datos_Generales/Normas_Emit

idas/Resoluciones/Consejo_Universitario/2019/Resolucion_R_Nro_6436_2019_CU_UNFV.pdf

Rivera, P. y Alcázar, R. (2019). La respiración profunda, sus beneficios y cuándo usar.

Ibero. <https://repositorio.iberopuebla.mx/handle/20.500.11777/4321>

Romero, G. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual de Un caso de depresión en la

tercera edad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 7(1), 65-

75.

Rossélló, J. y Bernal, G. (2007). *Manual de tratamiento para la Terapia Cognitiva-*

Conductual de la Depresión. Instituto de Investigación Psicológica Universidad

de Puerto Rico.

Santa, F. y D'Angelo, G. (2020). Disciplina positiva para el desarrollo de las habilidades

emocionales. *Revista de Psicología*, 24, 53-73.

VII. ANEXOS

Anexo A

Resultados de aplicación del Inventario Multiaxial de Millon

	Puntajes BR (Base Rate)	
V – Validity	0	
"X" Ajuste de Apertura	74	
"Y" Deseabilidad	25	
"Z" Alteración	81	
Escalas Clínicas de los Patrones de Personalidad EJE-II		
1 Trastorno Esquizoide EZQ.	83	
2A. Trastorno Evitativo EV	93	
2B. Trastorno Depresivo DPS	92	
3 Trastorno Dependiente DPD	95	
4 Trastorno Histriónico HIS	14	
5 Trastorno Narcisista NAR	11	
6A Trastorno Antisocial ANT	24	
6B Trastorno Sadista SAD	63	
7 Trastorno Compulsivo OC	63	
8A Trastorno Negativista NEG	63	
8B Trastorno Masoquista MAS	99	79
Patología de Personalidad Severa EJE-II		
S Trastorno Esquizotípico EZT	68	
C Trastono Límite LIM	79	
P Trastorno Paranoide	72	
Escalas Síndromes Clínicos EJE-I.		
A-Ansiedad ANS	89	

H-Somatomorfo	SOM	75	
N- Bipolar -Maníaco		24	
D-Distimia	DIS	85	
B-Dependencia Alcohol	OH	64	
T-Dependencia Drogas	DX	25	
R-Trast EstrésPos TrumaTSPT		65	
Escalas Síndromes Clínicos EJE-			
I.Severos			
SS Trast del Pensamiento		66	
CC Depresión Mayor		92	
PP Trastorno delirante		60	

Anexo B

Resultados de aplicación del Inventario de Personalidad de Eysenck

APELLIDOS Y NOMBRES:	
MONICA	
ESCALA	
L	2
DIMENSION	
N	15
E	10

Si L > 4 = INVALIDO; Si L < 4 = VALIDO

VALIDO

INESTABLE

	N		
	2		
	4		
	2		
	3		
	2		
	2		
	2		
MELANCOLICO	1	COLERICO	
	2		
	0		
	1		
	9		
	1		
Altamente	8	Altamente	
	1		
	7		
	1		
	6		
	1		
	5		
	1		
	4		
	1		
	3		
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1	15 16 17 18 19 20 21	
12 13	2	22 23 24	

Tendiente

E

XT RO VE RS IO N

1
1
1
0
9
8
7
6

