



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UNA MUJER JOVEN CON DEPRESIÓN

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Ortiz Saenz, Stephany Esther

Asesora:

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

ORCID: 0000-0003-3762-3247

Jurado:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Aliaga Ponce, Carmen Rosa

Casquero Zaidman, Miriam

Lima - Perú

2024



INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UNA MUJER JOVEN CON DEPRESIÓN

INFORME DE ORIGINALIDAD

26%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

19%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante | 3% |
| 2 | alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet | 3% |
| 3 | www.biblioteca.cij.gob.mx Fuente de Internet | 2% |
| 4 | 1library.co Fuente de Internet | 2% |
| 5 | manglar.uninorte.edu.co Fuente de Internet | 1% |
| 6 | docplayer.es Fuente de Internet | 1% |
| 7 | www.infobae.com Fuente de Internet | 1% |
| 8 | Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante | 1% |



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UNA MUJER JOVEN CON
DEPRESIÓN

Línea de investigación: Salud mental

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

Autora:

Ortiz Saenz, Stephany Esther

Asesora:

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

ORCID: 0000-0003-3762-3247

Jurado:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Aliaga Ponce, Carmen Rosa

Casquero Zaidman, Miriam

Lima – Perú

2024

Pensamientos

“El cuerpo humano es el carruaje; el yo, el hombre que lo conduce; el pensamiento son las riendas, y los sentimientos los caballos.”

Platón

Dedicatoria

A Dios, al universo por darme la fuerza
para culminar todo lo que me propongo
hacer.

A mi bebé Camila, que desde el cielo me
guía y cuida mis pasos en este mundo.

A mis padres por mostrarme siempre su
amor incondicional, que me motivan a ser
mejor cada día de mi vida.

Agradecimiento

A la Universidad Nacional Federico Villarreal por brindarme excelentes docentes en mi segunda especialidad.

A la Mg. Carmela Henostroza Mota por brindarme su asesoría y guiarme con sus conocimientos y experiencia en la culminación de este trabajo de investigación.

Índice

| | |
|--|----|
| Resumen | x |
| Abstract | xi |
| I. Introducción | 12 |
| 1.1.Descripción del problema | 14 |
| 1.2.Antecedentes | 16 |
| 1.2.1. Antecedentes nacionales | 15 |
| 1.2.2. Antecedentes internacionales | 17 |
| 1.2.3. Fundamentos teóricos | 20 |
| 1.3.Objetivos | 25 |
| 1.3.1. Objetivos específicos | 25 |
| 1.4.Justificación | 25 |
| 1.5.Impactos esperados del trabajo académico | 26 |
| II. Metodología | 28 |
| 2.1.Tipo y diseño de investigación | 28 |
| 2.2.Ámbito temporal y espacial | 28 |
| 2.3.Variable de investigación | 29 |
| 2.3.1. Variable Independiente | 28 |
| 2.3.2. Variable dependiente | 28 |
| 2.4.Participante | 29 |
| 2.5.Técnicas e instrumentos | 30 |
| 2.5.1. Técnicas | 30 |
| 2.5.2. Instrumentos | 34 |

| | |
|---|----|
| 2.5.3. Evaluaciones | 39 |
| 2.5.4. Evaluación psicométrica | 46 |
| 2.5.5. Informe psicológico integrador | 56 |
| 2.5.5.1. Diagnostico | 59 |
| 2.6. Intervención | 66 |
| 2.6.1. Plan de intervención y calendarización | 66 |
| 2.6.2. Programa de intervención | 67 |
| 2.7.Procedimiento | 75 |
| 2.8.Consideraciones éticas | 75 |
| III. Resultados | 76 |
| 3.1. Análisis de resultados | 76 |
| 3.2. Discusión de resultados | 78 |
| 3.3. Seguimientos | 83 |
| IV. Conclusiones | 84 |
| V. Recomendaciones | 85 |
| VI. Referencias | 87 |
| VII. Anexos | 92 |

Lista de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Desempeño académico | 43 |
| Tabla 2. Datos familiares | 45 |
| Tabla 3. Registro de las conductas problema | 46 |
| Tabla 4. Registro semanal de emociones negativas | 46 |
| Tabla 5. Registro de los pensamientos negativos | 47 |
| Tabla 6. Resultados del inventario de pensamientos automáticos | 50 |
| Tabla 7. Resultados de inventario de personalidad de Eysenck | 53 |
| Tabla 8. Resultados del inventario Clínico Multiaxial de Millon III | 54 |
| Tabla 9. Diagnostico funcional | 60 |
| Tabla 10. Diagnostico funcional | 61 |
| Tabla 11. Diagnostico funcional de la conducta depresiva de la paciente | 62 |
| Tabla 12. Diagnostico tradicional | 64 |
| Tabla 13. Plan de intervención y calendarización | 66 |
| Tabla 14. Actividad realizada en la sesión 1 | 67 |
| Tabla 15. Actividad realizada en la sesión 2 | 67 |
| Tabla 16. Actividad realizada en la sesión 3 | 68 |
| Tabla 17. Actividad realizada en la sesión 4 | 68 |
| Tabla 18. Actividad realizada en la sesión 5 | 69 |
| Tabla 19. Actividad realizada en la sesión 6 | 69 |
| Tabla 20. Actividad realizada en la sesión 7 | 70 |
| Tabla 21. Actividad realizada en la sesión 8 | 70 |
| Tabla 22. Actividad realizada en la sesión 9 | 71 |
| Tabla 23. Actividad realizada en la sesión 10 | 72 |
| Tabla 24. Actividad realizada en la sesión 11 | 72 |
| Tabla 25. Actividad realizada en la sesión 12 | 73 |
| Tabla 26. Actividad realizada en la sesión 13 | 73 |
| Tabla 27. Actividad realizada en la sesión 14 | 74 |

| | |
|--|----|
| Tabla 28. Actividad realizada en la sesión 15 | 74 |
| Tabla 29. Resultados del inventario de depresión de Beck | 76 |

Lista de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Resultados del pre test y post test según el Inventario de Pensamientos Automáticos | 77 |
| Figura 2. Resultados de la frecuencia e intensidad del registro de emociones negativas | 78 |
| Figura 3. Resultados del registro de frecuencias de las conductas desadaptativas | 79 |
| Figura 4. Resultados del registro de frecuencias de los pensamientos negativos | 80 |

Resumen

Se presenta el trabajo de investigación de caso único de una mujer joven de 25 años con depresión severa cuyo objetivo fue disminuir los síntomas depresivos a nivel cognitivo, conductual y emocional. Se trabajó en base a un tipo de investigación aplicada, con diseño A.B.A. Los instrumentos y técnicas de evaluación utilizadas fueron la observación de la conducta, entrevista psicológica, registros de conducta, pensamientos y emociones; el Inventario de Personalidad de Eysenck, el Inventario de Pensamientos Automáticos, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario Clínico Multiaxial de personalidad de Millón III. Asimismo, en el programa cognitivo conductual se utilizó las técnicas como psicoeducación, asignación de tareas graduadas, respiración diafragmática, respiración progresiva, asignación de tareas, entrenamiento en autoinstrucciones, descubrimiento guiado, tres columnas, role-playing, solución de problemas y habilidades sociales. Los resultados evidenciaron la eficacia de la disminución de los síntomas relacionados a la depresión a nivel cognitivo, conductual y emocional, gracias a las técnicas aplicadas según el modelo cognitivo conductual.

Palabras claves: depresión, terapia cognitivo conductual, joven

Abstract

The research work on a single case of a young 25-year-old woman with severe depression is presented, whose objective was to reduce depressive symptoms at a cognitive, behavioral and emotional level. We worked based on a type of applied research, with A.B.A. design. The evaluation instruments and techniques used were behavioral observation, psychological interview, behavioral records, thoughts and emotions; the Eysenck Personality Inventory, the Automatic Thoughts Inventory, the Beck Depression Inventory and the Millón III Multiaxial Clinical Personality Inventory. Likewise, in the cognitive behavioral program, techniques such as psychoeducation, diaphragmatic breathing, progressive breathing, task assignment, self-instruction training, guided discovery, three columns, role-playing, problem solving and social skills were used. The results showed the effectiveness of reducing symptoms related to depression at a cognitive, behavioral and emotional level, thanks to the techniques applied according to the cognitive behavioral model.

Keywords: depression, cognitive behavioral therapy, young people

I. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (2023) refiere que aproximadamente 280 millones de personas sufren de depresión, que es más frecuente entre las mujeres con un 50 % aproximadamente. Asimismo, que es el suicidio la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

La organización Panamericana de la salud (2023) refiere que la depresión es una enfermedad común pero grave que afecta la vida diaria de la persona, actividades como: trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de la vida en general. Se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades que normalmente se disfruta.

El Ministerio de Salud (2023) reportó en el 2022, 247 171 casos atendidos de depresión correspondiendo al 75.24% a mujeres.

Por ello se presenta el trabajo de investigación que describe un caso único, de una mujer joven, de 25 años con diagnóstico de depresión severa con intervención cognitivo conductual que presentaba síntomas depresivos a nivel cognitivo, conductual y emocional.

En el primer apartado se realiza una descripción de la realidad de la depresión en el mundo y en nuestro país, los antecedentes nacionales e internacionales de la terapia cognitiva conductual en casos de depresión. Se continua con el marco teórico, conceptos de la variable depresión, su clasificación, modelos teóricos, evaluación e instrumentos de medición, el objetivo general y específicos. Por último, la justificación y los impactos esperados de ese caso único.

En el apartado II, se presenta el tipo y diseño de la investigación, el ámbito temporal y espacial, descripción de la variable dependiente e independiente, la participante, las técnicas e

instrumentos aplicados, la evaluación psicológica, diagnóstico funcional, análisis funcional, el programa de intervención, procedimientos y consideraciones éticas.

En el apartado III, se exponen los resultados obtenidos, el análisis, la discusión sobre los resultados del trabajo de investigación, y el seguimiento del caso.

En el apartado IV se detallan las conclusiones finales del trabajo de investigación.

En el apartado V se presenta las recomendaciones concernientes al trabajo presentado.

1.1. Descripción del problema

Es la depresión una de las enfermedades mentales más comunes en la que sus síntomas pueden llegar a interferir con la vida diaria de las personas así, con la capacidad para trabajar o realizar actividades como: dormir, estudiar, comer y del disfrute de la vida en general. La Organización Panamericana de Salud (OPN, 2022), menciona que es causada por factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Estas investigaciones indican que el riesgo genético es el resultado de varios genes que junto con factores ambientales y otros de riesgo actuarían en la depresión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) refiere que la depresión es la principal causa de problemas de salud, así como de discapacidad en todo el mundo. Asimismo, se estima que 300 millones de personas viven con depresión en el planeta y que esto afecta más a mujeres que a hombres y que, en las edades de 60 a 64 años el número es aún mayor. Además de ello es la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años de edad.

En el Perú, según el Ministerio de Salud (MINSA, 2021) fueron atendidos en ese año, más de 300 mil casos de depresión reflejando un incremento de 12 % de casos en relación a la etapa pre pandemia. Asimismo, el estudio señaló que el 75% son mujeres y el 25%, hombres. Además, que los más afectados por depresión son los adultos, siendo el 46% de los casos. Le siguen los jóvenes (24%), adultos mayores (17%), adolescentes (10%) y niños (2%). Siguiendo esta línea de investigación, el número de casos por departamentos es el siguiente: Lima es la región con más casos de depresión. A Lima la dividimos en cuatro: Lima norte, con 30 mil 656 casos; Lima centro, con 28 mil 582; Lima sur, con 24 mil 257; y Lima este, con 19 mil 260. A Lima le siguen las regiones: Arequipa (17 mil 762), Junín (16 mil 145), Ayacucho (14 mil 577), Callao (13 mil 34) y Lambayeque (12 mil 957).

Según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2020) en un estudio epidemiológico que realizó encontró que en el Perú aproximadamente 2 millones y medio a tres millones de personas tendría algún periodo depresivo de los cuales solo el 10% son tratado por los servicios de salud.

Este aumento de la incidencia y prevalencia de la depresión a nivel mundial y nacional hace necesario implementar una intervención eficaz para resolver esta problemática. Son los programas de intervención cognitivo conductual los que han demostrado su eficacia en reducir la sintomatología depresiva en distintas investigaciones, lo cual se quiere evidenciar también con este estudio de caso. Por ello, procuraremos investigar la disminución de los síntomas depresivos a nivel cognitivo, conductual y emocional mediante la terapia cognitivo conductual en una mujer joven.

Así como también hemos planteado los objetivos específicos:

Disminuir los síntomas fisiológicos de la depresión a través de las técnicas de respiración diafragmática, el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y utilizando la detección del pensamiento y el entrenamiento en auto instrucciones en una mujer joven.

Modificar los pensamientos disfuncionales mediante la técnica de las tres columnas y el descubrimiento guiado en una mujer joven.

Incrementar la regularidad de actividades placenteras y funcionales de la paciente mediante la técnica de asignación de tareas graduadas.

Incrementar su habilidad de comunicación y solución de problemas mediante las técnicas de habilidades sociales y role-playing.

1.2. Antecedentes

1.2.1. *Antecedentes nacionales*

Llamo (2022) realizó un trabajo de investigación titulado terapia cognitivo conductual para la depresión en una mujer adulta con el objetivo de disminuir la sintomatología depresiva. El trabajo fue de tipo experimental de caso único que se llevó a cabo en 13 sesiones. Se utilizaron los instrumentos psicométricos como el Inventario de Depresión de Beck (IDB-II), Cuestionario de Ansiedad estado – Rasgo (STAI) y el Inventario Multiaxial de Millon II (Millon II). Por otro lado, se utilizaron técnicas como psicoeducación, asignación de tareas, dominio y agrado, relajación progresiva, respiración diafragmática, ensayo conductual, imaginación racional emotiva y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados evidenciaron una disminución en la sintomatología depresiva en la cual se ve reflejada en la disminución de los puntajes de los instrumentos que se utilizó, así como una mejoría en el área emocional, conductual y cognitiva.

Feijo (2021) llevó a cabo un estudio titulado terapia cognitivo conductual para un caso depresivo recurrente en una mujer adulta, que tuvo como objetivo mejorar el estado emocional de la paciente, disminuir sus síntomas depresivos, modificar sus pensamientos disfuncionales y alternarlos por otros más funcionales. Se aplicaron en el tratamiento la técnica de psicoeducación, activación conductual, técnica de dominio y agrado, identificación de pensamientos distorsionados, reestructuración cognitiva, entrenamiento en respiración diafragmática, termómetro emocional y autoregistros. Los resultados que se obtuvieron fue modificar los pensamientos disfuncionales por otros más adaptativos, se fortaleció su autonomía, seguridad y confianza, siendo capaz de controlar sus síntomas evidenciando una mejoría a nivel personal, social y laboral.

Suarez (2022) desarrollo una investigación titulado intervención cognitiva conductual en un caso de una mujer joven con depresión cuyo objetivo fue disminuir los síntomas depresivos. La investigación fue experimental de tipo preexperimental con diseño preprueba/posprueba. En la fase de evaluación se utilizaron técnicas de observación, entrevista, Inventario de Depresión de Beck, Test de Personalidad de Eysenck, Inventario Clínico Multiaxial Millón, Test de factor g Escala 2, Inventario de Pensamientos Automáticos. En la intervención se emplearon técnicas de la triple columna, role playing, búsqueda de evidencias, mindfulness, descubrimiento guiado, análisis coste- beneficio. Los resultados demostraron la disminución de los síntomas que afectaban la funcionalidad del paciente.

Taira (2022) desarrollo un estudio de caso en la que aplico un programa de terapia cognitivo conductual a un adulto con depresión moderada. Se trabajó en base a un tipo de investigación aplicada, con diseño A-B. Los instrumentos y técnicas de evaluación utilizadas fueron la observación de la conducta, la entrevista clínica, los registros de conductas, pensamientos y emociones; la Escala de Depresión de Beck, el Inventario de Personalidad de Eysenck, el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon, el Registro de Opiniones (Forma A) y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Las técnicas fueron: la psicoeducación, la programación de actividades, técnicas de respiración, autorregistros, reestructuración cognitiva, descubrimiento guiado, técnica de las tres columnas, técnica de reatribución, entrenamiento en autoinstrucciones, terapia de solución de problemas y habilidades sociales (comunicación positiva y autoestima). Finalmente, los resultados demostraron una disminución de la sintomatología depresiva en el usuario, incluyendo los pensamientos, emociones y conductas negativas.

Luza (2022) llevó a cabo un estudio titulado intervención cognitivo conductual en una mujer con depresión víctima de violencia de pareja. El objetivo fue disminuir los síntomas

depresivos de la paciente como la tristeza, ansiedad, temor, pensamientos negativos y sus conductas desadaptativas a través de la terapia cognitiva conductual. El diseño utilizado fue el de caso único. En la evaluación sintomatológica se usaron técnicas e instrumentos psicológicos como la entrevista y observación conductual, pruebas psicológicas como el Inventario de Depresión de Beck (BDI II) y el Registro de Opiniones Forma A de Ellis; se elaboró la línea base a través del auto registro de emociones, pensamientos, conductas desadaptativas y el análisis funcional del caso. El programa conto con 12 sesiones e incluyo técnicas como la psicoeducación, respiración abdominal, la relajación muscular de Jacobson, auto instrucciones, detención de pensamiento, la reestructuración cognitiva y otros. Los resultados Al finalizar el tratamiento se identificó una disminución de los síntomas de la depresión en relación con sus emociones, pensamientos y conductas desadaptativas.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Fernández (2020) desarrollo un estudio titulado efectividad de la intervención cognitivo conductual en una paciente con trastorno de depresión mayor con respuestas de ansiedad: estudio de caso único, cuyo objetivo fue mostrar la efectividad de la terapia cognitivo conductual. La metodología abarco la entrevista y valoración clínica. Se emplearon el Cuestionario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad, Inventario de Esquemas de Young, Escala de Desesperanza de Beck, Escala de Asertividad de Rathus, Las técnicas utilizadas fueron la respiración abdominal, relajación progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, role playing y técnica de dominio y agrado. Finalmente, los resultados confirmaron la efectividad del modelo en la cual diseñar planes de intervención combinando técnicas cognitivas, conductuales y afectivas aumentan la probabilidad de éxito en la mejoría del paciente.

Ballesteros (2018) realizó una investigación desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo mayor en una mujer adulta. Se llevaron a cabo 14 sesiones. Los instrumentos de evaluación fueron el Inventario clínico Multiaxial de Millon II, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Estrategias de Coping (EEC-R). Las técnicas para el tratamiento que se utilizaron fueron la terapia racional emotiva TREC, reconstrucción cognitiva, técnicas de información, Psicoeducación, Biblioterapia, técnica de relajación progresiva, tareas para casa, prevención de recaídas. Los resultados demostraron la efectividad del tratamiento disminuyendo los síntomas depresivos y logrando el afrontamiento de situaciones ansiosas

Navarro (2018) realizó un estudio de caso único titulado Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor. El objetivo fue disminuir las manifestaciones de síntomas. el trabajo fue de tipo experimental de caso único. Como instrumentos de evaluación se utilizó el Inventario de Beck y la Escala de Desesperanza. Las técnicas utilizadas fueron escala de dominio placer, asignación de tareas graduadas, entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva y detección de pensamientos automáticos, Los resultados demostraron su efectividad en disminuir la gravedad de los síntomas de insatisfacción, odio a sí misma, sentimiento de culpa, aislamiento social, pérdida del apetito, cansancio y trastornos del sueño de un rango a otro, de depresión grave a ninguna perturbación del estado de ánimo.

Gonzales (2019) realizó un estudio de Intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión. El objetivo del estudio fue determinar si la violencia psicológica en las mujeres puede provocar depresión y si el modelo cognitivo – conductual puede ser eficaz para que la mujer supere dicha situación. Fue una investigación

cuantitativa, no experimental, descriptiva. Los instrumentos que se utilizó fue Inventario de Depresión de Beck y Escala de Desesperanza de Beck. Las técnicas fueron psicoeducación, detención del pensamiento, reestructuración cognitiva. Se presenta un plan terapéutico el cual fue implementado en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión. El plan terapéutico consta de 12 sesiones en las cuales se desarrollaron diferentes técnicas de intervención cognitivo conductual. Los resultados demostraron que la terapia cognitivo conductual es eficaz en mujeres víctimas de violencia psicológica que presentan depresión.

Rubio (2018) desarrollo una investigación de Terapia Cognitivo-Conductual en una paciente con Depresión Doble y Rasgos Obsesivos de Personalidad. El objetivo fue describir de manera rigurosa y sistemática la aplicación del modelo de intervención cognitivo conductual. El estudio fue experimental. Las técnicas utilizadas Psicoeducación, autor registros, tareas conductuales, entre otras. Finalmente, la aplicación de este modelo de intervención facilitó la remisión de varios de los síntomas que presentaba la paciente y además generó en la misma una actitud activa ante su problemática.

1.2.3. Fundamentación teórica

A. La depresión

Concepto

La depresión ha sido estudiada desde hace más de cien años recibiendo especial atención por parte de los profesionales de la salud. En la actualidad existen muchas definiciones, pero todas ellas comparten puntos en común como el estado de ánimo bajo, conductas de retraimiento, desgano, apatía y una mirada negativa del futuro. Al respecto la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) define la depresión como un trastorno mental que genera un estado de ánimo

bajo, con displacer por realizar actividades lo que genera más aislamiento por un tiempo prolongado. A diferencia del sentimiento de tristeza que es momentáneo la depresión tiene una frecuencia y durabilidad alta.

Desde un punto de vista conductual Segal, Williams y Teasdale (como se citó en Herrera, 2019) conceptualiza la depresión como un déficit de conductas de interrelación social y consecución de objetivos. Estas conductas son muy necesarias para que una persona genere una fuente de satisfacción personal y pueda a su vez tener mayor acceso a refuerzo positivo, si las conductas que permiten formar parte de grupos y realizar actividades agradables no son reforzadas, el individuo puede aislarse y poco a poco perder el interés por realizar estas actividades.

Desde un punto de vista cognitivo la depresión es un bajo estado de ánimo producto de un procesamiento sesgado y negativo acerca de los eventos de la vida diaria (Beck, como se citó en Chávez y Rodríguez, 2020).

Síntomas de la depresión

Los síntomas de la depresión son variados, sutiles y a veces coexisten con síntomas de ansiedad y enojo, no obstante, para delimitar el diagnóstico de depresión existe el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM V, como se citó en Galindo y Zarate, 2023) que nos indica como mínimo cinco síntomas en un tiempo que sobrepase las dos semanas. Los síntomas a calificar son:

- Estado de ánimo depresivo la mayoría de días
- Disminuye la sensación de experimentar placer
- Alteraciones en el apetito
- Alteraciones del sueño

- Enlentecimiento motor
- Cansancio frecuente
- Culpabilidad
- Deficits en la concentración
- Ideación suicida

Para el (CIE-11, 2019) los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo depresivo de tristeza, irritación, sensación de vacío o pérdida de placer, acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo de funcionar. Asimismo, se menciona que un trastorno depresivo no debe diagnosticarse en personas que han experimentado un episodio maniaco mixto o hipomaniaco lo cual podría indicar la presencia de un trastorno bipolar.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo pueden dividirse en estos grandes grupos:

- Factores biológicos: Hay evidencia de que los hijos de padres con depresión tienen más probabilidad de padecerla (Viñuales,2022). En investigaciones se han identificado personas que tienen déficits en el sistema de neurotransmisores, que no permiten recaptar la dopamina, serotonina y noradrelina responsables de un buen estado de ánimo (Thomen como se citó en Ibáñez, 2021).
- Factores psicológicos: Un sistema cognitivo que procesa los acontecimientos como negativos, personalizados y con poco control genera una vulnerabilidad para la depresión (Vázquez y Mukamutara, 2021).
- Factores socioeconómicos: Las condiciones económicas y laborales como ser de un nivel socioeconómico bajo, estar sin empleo, tener deudas y tener dificultades

materiales son factores que pueden predisponer a la depresión. Por otro lado, las personas que tienen un mayor círculo de apoyo social son menos proclives a tener depresión.

Modelos teóricos de la depresión

Existen varios modelos teóricos que explican la depresión siendo los más reconocidos:

➤ Modelos conductuales

Skinner fue el pionero quién postulaba que el comportamiento que es reforzado suele repetirse y al contrario cuando es castigado suele disminuir, si aplicamos esto en la depresión podrías decir que los comportamientos sociales son castigados y las conductas que permiten generar placer no son reforzadas (Skinner como se citó en Gómez, 2017).

Estos principios fueron aplicados por Ferster y Lewinshon quienes crearon sus propias conceptualizaciones acerca de la depresión. Sobre ello Ferster (como se citó en Pallas, 2023) basándose en el condicionamiento operante explica como las personas pierden reforzadores y a ese bajón en la tasa de reforzamiento le sigue un estado de ánimo depresivo.

➤ Modelos cognitivos

El modelo cognitivo explica como la conducta humana está regida por procesos cognitivos que involucra el procesamiento y análisis de las situaciones, teniendo como génesis los esquemas las cuales son estructuras cognitivas de larga data (Beck, como se citó en Chávez y Rodríguez, 2020).

Las personas con depresión solo filtran los eventos negativos y por lo general lo codifican de una manera pesimista e incontrolable, sus esquemas son rígidos pues fueron formados en la infancia y niñez.

Beck (como se citó en Chávez y Rodríguez, 2020) postula la tríada para clasificar los pensamientos presentes en una persona deprimida:

- Pensamientos hacia uno mismo: estos pensamientos vienen en forma de calificativos, donde la persona asume la responsabilidad de los eventos negativos *soy un tonto - soy culpable de todo lo que me pasa.*
- Pensamientos hacia los demás: son comparaciones de uno mismo con los demás, siempre minimizando sus habilidades y maximizando las de los otros *los demás son más felices que yo - los demás son más beneficiados.*
- Pensamientos hacia el futuro: la persona visualiza un futuro triste y nada ambicioso, en otras ocasiones no visualiza un futuro, por lo general tiene pensamientos como *más adelante estaré peor - me quedaré solo.*

B. Terapia cognitiva conductual

Puerta y Padilla (2011) señalan que la Terapia Cognitiva Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales en la cual se ayuda al paciente en trabajar a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras que sean más adaptativas para así combatir sus problemas.

La psicoterapia cognitiva conductual (TCC) es la forma de terapia psicológica más utilizada en la actualidad, cuenta con muchas investigaciones que avalan su eficacia para tratar diversas afecciones emocionales.

La TCC definida como un modelo de psicoterapia que conjuga técnicas conductuales, cognitivas y emocionales, que permiten modificar pensamientos y promover conductas adaptativas siguiendo un estilo directivo y estructurado (Bastidas,2021).

Si bien es cierto la TCC ha surgido desde los experimentos en los años 70 realizados por Albert Bandura, no se estableció como un protocolo diferenciado hasta que Albert Ellis y Aaron Beck le dieron una forma y fueron quienes establecieron diversos protocolos producto de estas investigaciones y experimentos (Mendoza, 2020).

La TCC se basa en estas tres premisas:

1. Los procesos cognitivos influyen en las emociones y nuestras acciones
2. Las cogniciones pueden ser modificadas

3. Si se cambian las creencias puede obtenerse un estilo de vida más saludable

El tratamiento TCC estándar presenta una duración de 15 a 20 sesiones, con asistencia de una vez por semana siendo en los casos más graves la asistencia de 2 veces por semana, presenta a su vez sesiones de seguimiento de una vez al mes (Landa,2020).

Sus bases teóricas se basan en 4 paradigmas de aprendizaje que son: el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante, aprendizaje social y las teorías del procesamiento cognitivo, este último con una relevancia mayor.

La TCC combina técnicas conductuales como cognitivas, entre las técnicas conductuales se encuentran el moldeamiento, encadenamiento, entrenamiento en habilidades sociales, manejo de contingencias, etc (Mendoza, 2020).

En cuanto a las técnicas cognitivas tienen el objetivo de analizar y cambiar los pensamientos negativos siendo las siguientes el autorregistro, descubrimiento guiado, debate socrático, reestructuración cognitiva, técnica de tres columnas, etc. (Vigo, 2021).

La TCC ha demostrado especialmente una alta eficacia en el tratamiento de la depresión, al respecto existen muchas investigaciones que evidencian esta efectividad, entre ellas la realizada por Lorenzo et al. (2021) quien en Cuba aplicó la TCC en un grupo de pacientes hospitalizados con depresión leve y moderado, obteniendo una disminución de los comportamientos asociados a la depresión.

De igual manera Pérez y García (2003) refieren que la TCC tiene efectos muy similares en cuanto a eficacia tanto como lo tendría una medicación antidepresiva.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Disminuir los síntomas depresivos a nivel cognitivo, conductual y emocional mediante la terapia cognitivo conductual en una mujer joven.

1.3.2. Objetivos específicos

- Disminuir los síntomas fisiológicos de la depresión a través de las técnicas de respiración diafragmática, el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y utilizando la

detección del pensamiento, asignación y el entrenamiento en auto instrucciones en una mujer joven.

- Disminuir los pensamientos disfuncionales mediante la técnica de las tres columnas y el descubrimiento guiado en una mujer joven.
- Incrementar la regularidad de actividades placenteras y funcionales de la paciente mediante la técnica de asignación de tareas graduadas.
- Incrementar su habilidad de comunicación y solución de problemas mediante las técnicas de habilidades sociales y role-playing.

1.4. Justificación

Siendo la depresión una de las enfermedades mentales más frecuentes en estos últimos años y que en la etapa pre-pandemia hubo un incremento en su cifra del 12% en nuestro país, se justifica este estudio a razón de que el tratamiento bajo el modelo cognitivo conductual ha demostrado ser eficaz para la depresión con lo cual se busca llevarlo a cabo para la mejoría de la paciente en todas sus áreas. Por otro lado, se sabe que la depresión no solo afecta a la persona que lo padece, sino también al entorno familiar. Asimismo, su consecuencia en una persona no tratada o mal tratada puede desencadenar en suicidio y es que la depresión es un factor decisivo de esta problemática. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental (2018) refieren que solo en el Perú hay 1 millón 700 mil personas que padecen depresión. Los que llegan a tratarse la enfermedad son solo 425 mil personas del total y unas 34 mil personas reconocen que tienen problemas, pero no toman medidas al respecto, ni medidas de atención médica. Asimismo, es importante tener más estudios de casos sobre la depresión en mujeres ya que, no se encuentra dicha información en esta población para saber cuál es el mejor camino para tratarla.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

El presente estudio nos permitirá aportar en el tratamiento efectivo de la depresión según el modelo cognitivo conductual. Por otro lado, se busca también la mejoría en todas las áreas de la paciente tratada. Asimismo, dicho estudio motivará a otros psicólogos a seguir esta línea de intervención y así poder seguir contribuyendo a la comunidad científica con una evidencia más de su eficacia.

II. METODOLOGIA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El presente trabajo de investigación pertenece al tipo de investigación aplicada ya que se utilizó el conocimiento teórico existente en relación a la terapia cognitiva conductual para resolver una problemática específica como es la depresión. La investigación aplicada describe un problema y busca las soluciones mediante un proceso de comprobación de hipótesis (Sánchez y Reyes, 2015).

La investigación es pre experimental ya que considera administrar un tratamiento individual y aplicar una medición en un pre test y post test con el mínimo control de las variables (Sánchez y Reyes, 2015).

De esta manera, corresponde a un estudio de caso único, diseño, tipo AB que consiste en establecer la línea base en la cual se registra una serie de observaciones de la conducta VD antes de iniciar el tratamiento para luego aplicar la intervención VI, en la que se lleva un registro de los cambios en la conducta inicial (Núñez-Peña y Bono, 2020).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio de caso único se llevó a cabo en consulta psicológica en el área de Salud Mental del Puesto de Salud de Andamarca, que está ubicado en el distrito de Andamarca, provincia de Concepción, en el departamento de Junín, Perú. Tuvo una duración de 7 meses desde junio hasta diciembre. Se desarrolló 17 sesiones terapéuticas con una duración de 45 min cada una de manera semanal incluyendo las sesiones evaluación y seguimiento.

2.3. Variables de investigación

2.3.1. Variable independiente

Terapia cognitiva conductual

La Terapia Cognitiva conductual es un procedimiento altamente estructurado que combina técnicas y estrategias cognitivas-conductuales producto de los paradigmas de aprendizaje, con el objetivo de aumentar conductas adaptativas y reestructuras los pensamientos mediante un estilo definido y directivo (Bastidas, 2021)

2.3.2. Variable dependiente

La depresión

Según Beck et al. (2010) dentro de la Terapia Cognitiva, en la depresión se presenta errores en el procesamiento de la información esto se explica por tres conceptos específicos: 1) Triada cognitiva formada por la visión negativa de sí mismo, la tendencia a interpretar sus experiencias de forma negativa y la visión negativa acerca del futuro.

2.3.3. Variable de control

Estas variables son aquellas que no podemos manipular porque son atributos de la persona como edad, sexo, factores hereditarios, entre otros (Kerlinger y Lee, 2002). Las variables de control en este estudio son la edad, sexo, grado de instrucción, nivel socioeconómico, el consentimiento informado y el número de sesiones.

2.3.4. Variable extrañas

Enfermedad de un familiar cercano.

2.4. Participante

Paciente de género femenino, de 25 años, natural de Andamarca provincia de Concepción, con grado de instrucción secundaria completa, estatus económico medio bajo, tez trigueña, contextura delgada, estatura de 1.48m aproximado, nunca ha asistido anteriormente a consulta psicológica. Se hizo uso del consentimiento informado para llevar el caso.

2.5. Técnicas e Instrumentos aplicados

2.5.1. Técnicas

- **De evaluación:**

- **Observación conductual**

Es un método frecuentemente utilizado en algún momento de la intervención, cuyo objetivo es obtener información más detallada acerca de las conductas problemáticas identificadas. En algunos casos puede ser el único método cuando la evaluación es imposible o difícil de llevar, es decir cuando se evalúa a personas con discapacidad, personas resistentes al tratamiento, niños muy pequeños, etc.

- **Entrevista psicológica**

Como primera técnica, se aplicó la entrevista psicológica siguiendo una estructura previa coordinación entre la evaluada y la investigadora, recogiendo los datos e información mediante la observación de conducta y la entrevista, siendo esta última necesaria también para generar la alianza terapéutica (Candela, 2022).

- **Registros conductuales y cognitivos**

- **De intervención**

- **Psicoeducación**

Sigue un proceso que tiene por objetivo informar a la persona sobre la situación que está viviendo, que puede ser un trastorno psicopatológico o una crisis vital para que sea capaz de manejar lo que le sucede. Aquí se hace uso de las evaluaciones para confirmar la sospecha clínica y así poder fundamentar las bases del diagnóstico. Asimismo, se elimina los prejuicios del paciente que generen pensamientos anticipatorios, mejorar el tratamiento psicoterapéutico o psicofármaco en caso el paciente lo esté llevando, reducir el riesgo de recaídas y aliviar la sobrecarga emocional que puede llevar a desequilibrio cognitivo, emocional o conductual (Tena, 2020).

– **Asignación de tareas graduadas**

Consiste en que los pacientes lleven un ritmo progresivo de actividad, empezando por actividades simples y objetivos fáciles de lograr para así progresivamente con actividades cada vez más complejas y objetivos más difíciles. De este modo, se instaura y mantiene en los pacientes la idea de sí mismos como personas útiles y capaces (Beck et al. 2010).

– **Respiración diafragmática**

Según Ruiz et al., (2012) Es el diafragma el que participa activamente, se produce gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen.

– **Entrenamiento en relajación progresiva**

Jacobson (1939) confirmó en su laboratorio de fisiología clínica que la persona llega a una relajación profunda al tensar y distensar una serie de músculos, al mismo tiempo que percibir las sensaciones corporales que se produce en su cuerpo.

– **Detención del pensamiento**

Consiste en parar aquellos pensamientos rumiantes de un hecho pasado que generan en la paciente sensación de tristeza intensa y del cual no tiene mucho control (Díaz et al., 2012).

– **Entrenamiento en autoinstrucciones**

Meichenbaum (1969) diseñó dicha técnica con el objetivo de instaurar o modificar el dialogo interno cuando el niño o adulto se dice a si mismo alguna expresión que interfiere en la ejecución de una tarea específica.

– **Autoregistros**

Se utilizan para recoger información sobre el estado emocional del paciente con el objetivo de conocer que situaciones, personas o conductas incrementan o disminuyen el malestar. Posee una doble utilidad ya que permite obtener información y sirve como línea base para comparar los cambios posteriores que se presenten (Villalobos et al., 2012).

– **Técnica de la triple columna**

Se utiliza esta técnica con el objetivo de que los pacientes evalúen, examinen y cuestionen los pensamientos irracionales que tienen, se busca es incrementar la objetividad del paciente sobre sus cogniciones, así como de sus conductas y demás sintomatología distorsionada (Beck et al., 2010).

– **Descubrimiento guiado**

Es el proceso en que el terapeuta ayuda al paciente en alcanzar nuevas perspectivas que desafían sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático, en el cual se realiza preguntas abiertas hasta donde se considera necesario llegar y permitiendo al paciente hacer libremente sus asociaciones y argumentaciones (Díaz et al., 2012).

– **Entrenamiento en habilidades sociales**

Es un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas que tiene por objetivo mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relaciones (Segrin, 2009).

– **Solución de problemas**

Es una intervención cognitivo conductual que está dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para afrontar las experiencias estresantes de la vida, identificando y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes. Sus objetivos es reducir la psicopatología, optimizar el funcionamiento psicológico y conductual, reducir recaídas y posibles nuevos problemas clínicos y mejorando la calidad de vida (D’Zurilla y Nezu, 2010).

– **Role-playing**

Se lleva cabo mediante ensayo de conducta o modelado con el terapeuta y consiste en comprobar o refutar las hipótesis planteadas en relación a las creencias ante una acción o interacción determinada. En esta técnica no solo se ensaya la conducta realizar, sino que también el paciente comprueba que sus pensamientos sobre lo que va ocurrir no son necesariamente verdad ya que existen alternativas en las que él puede pensar. (Diaz et al., 2012).

2.5.2. Instrumentos

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Ficha técnica del Inventario de depresión de Beck II (BDI-II)

| | |
|-------------------------|---|
| Nombre de la prueba | : Inventario de depresión de Beck (BDI-II) |
| Nombre original | : Beck Depression Inventory (BDI-II) |
| Autor | : Aron Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown |
| Año de publicación | : Beck Depression Inventory (BDI-II) |
| Objetivo de la prueba | : Detección y cuantificación de la depresión |
| Forma de administración | : Individual y colectiva |
| Número de ítems | : 21 |
| Edad de aplicación | : 16 a 64 años |
| Tiempo de aplicación | : 30 minutos |

Descripción

El inventario de depresión de Beck II (BDI-II) es una prueba creada por Aaron Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown en 1996 y adaptada en nuestro medio por Sánchez, Farfán, De la Fuente y Chávez en 2022. Es estructurada de tipo verbal – escrita y con respuestas politómicas. Consta de 21 ítems. Cada ÍTEM es evaluado con un puntaje de 0 a 3, Al finalizar se suman todos los ítems dando como puntaje mínimo 0 y puntaje máximo 63. Al obtener el puntaje se procederá a indicar la categoría a la que corresponda: ausencia de depresión (0 – 1 puntos); depresión leve (2-4 puntos); depresión moderada (5-10 puntos), depresión alta (11-18 puntos) y depresión severa (19 a 37). Las propiedades psicométricas del instrumento fueron obtenidas a través de la adaptación realizada por Sánchez y sus colaboradores (Sánchez et al, 2022)

Confiabilidad y validez

La validez de constructo se obtuvo a través del análisis factorial confirmatorio basado en la existencia de un modelo unidimensional de la depresión, evidenciando bondades de ajuste adecuados ($cfi = .955$; $tli = .950$; $rmsea = .055$; $srmr = .054$). Por otro lado, la confiabilidad fue obtenida a través del coeficiente Omega siendo mayor a 0.70 en todos los ítems, por lo cual se estima que la consistencia interna del instrumento es adecuada.

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

Ficha técnica del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

Nombre de la prueba : Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

Autor : Ruiz y Lujan

Año de publicacion : 1991

Objetivo de la prueba : Identifica 15 distorsiones cognitivas

Forma de

administracion : Individual y colectiva

Número de ítems : 45

Edad de aplicación : 12 años en adelante

Tiempo de aplicación : 45 minutos

Descripción

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) creada por Ruiz y Lujan en 1991. El objetivo de la prueba es identificar las distorsiones cognitivas. Los ítems son evaluados con una escala de tipo Likert de 4 categorías que es valorada de 0 (Nunca pienso eso) a 3 (Con mucha frecuencia lo pienso). La prueba se aplica a personas de 12 años a más, cuenta con 45 ítems de las cuales 3 ítems evalúan cada uno de los 15 tipos de distorsiones: Abstracción selectiva, Pensamiento polarizado, Sobregeneralización, Interpretación de pensamiento, Visión catastrófica,

Personalización, Falacia de control, Falacia de justicia, Falacia de cambio, Razonamiento emocional, Etiquetas globales, Culpabilidad, Debería, Tener razón, y Falacia de recompensa divina (De la Villa y Gonzales, 2020). Se califica puntuando cada ítem, si existen puntajes de 2 puntos a más la persona presenta esta distorsión, si presenta de 6 puntos a más esta persona probablemente sufra debido a la distorsión cognitiva.

Validez y Confiabilidad

Por otro lado, las propiedades psicométricas fueron obtenidas por Gamarra y Vela en 2020, quienes en una muestra de universitarios peruanos obtuvieron mediante V de Aiken una validez con puntos de 0.70 a más, lo cual revela una excelente claridad, relevancia y representatividad de los ítems, a excepción de los ítems 32, 34 y 39. Asimismo mediante el coeficiente Omega se estableció una consistencia interna para los ítems que obtienen un puntaje mayor a 0.70 (Gamarra y Vela, 2020).

Inventario de personalidad de Eysenck (Forma B)

Ficha técnica del Inventario de personalidad de Eysenck Forma B

| | |
|-------------------------|--|
| Nombre de la prueba | : Inventario de personalidad de Eysenck Forma B |
| Nombre original | Eysenck Personality Inventory |
| Autor | : Eysenck, H y Eysenck S |
| Año de publicación | 1954 y standarizado por José Anicama Gómez 1974 |
| | Dos dimensiones la Introversión – Extroversión / |
| Objetivo de la prueba | Estabilidad - Inestabilidad |
| Forma de administración | : Individual y colectiva |
| Número de ítems | : 57 |

Edad de aplicación : A partir de los 16 años

Tiempo de aplicación : 10 a 15 minutos

Descripción

El inventario de personalidad de Eysenck es un instrumento creado por Eysenck, H y Eysenck, S con el objetivo de identificar los rasgos de la personalidad dividida en tres dimensiones y una escala de mentiras. La prueba consta de 83 ítems y se aplica a partir de los 16 años.

Validez y Confiabilidad

Loli en 2022 llevó a cabo una adaptación psicométrica en población peruana obteniendo una validez de contenido por criterio de jueces con puntajes mayores a 0.70. Por último, se obtuvo la consistencia interna del instrumento mediante el coeficiente Alpha de Cronbach obteniéndose una fiabilidad de 0.789 para todo el instrumento.

Inventario Clínico Multiaxial de Millón – Millon III

Ficha Técnica del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Nombre de la prueba : Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Nombre original : Millon Clinical Multiaxial Inventory III

Autor : T. Millon, R. Davis, C Millon

Año de publicación : 1999

Tipo de respuesta : Dicotómica

: Validez, sinceridad, deseabilidad,

Escala de validez autodescalificación

: Escala de personalidad 24 escalas clínicas y

Objetivo de la prueba 4 de calidad

| | |
|-------------------------|--|
| Objetivo de la prueba | : Conocer el tipo de personalidad para el adecuado tratamiento |
| Forma de administracion | : Individual |
| Numero de items | : 175 |
| Edad de aplicación | : 18 años a más |
| Tiempo de aplicación | : 30 minutos |

Descripción

El inventario Clínico Multiaxial de Millon III consta de 175 ítems y evalúa 11 patrones clínicos de personalidad (Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo/ Sádico, Compulsivo, Negativista/ Pasivo-Agresivo, y Autodestructivo), 3 de patología grave de la personalidad (Esquizotípico, Límite, y Paranoide), 7 síndromes clínicos de gravedad moderada (Trastorno de ansiedad, Trastorno somatomorfo, Trastorno bipolar, Trastorno distímico, Dependencia de alcohol, dependencia de sustancias y trastorno por estrés postraumático) y 3 síndromes de gravedad severa (Trastorno de pensamiento, Depresión mayor, y Trastorno delirante). El objetivo de esta prueba es evaluar la personalidad para la toma de decisiones de tratamiento sobre personas con trastornos de la personalidad y dificultades emocionales e interpersonales.

Validez y Confiabilidad

Se realizó una adaptación española en la cual la fiabilidad de test-retest fue de 0,82 y 0,96. validado por (Cardenal y Sánchez, 2007). Asimismo, los mismos autores encontraron un coeficiente de alfa de Cronbach que oscilaba entre 0.82 y 0.96.

2.5.3. Evaluaciones

Historia Psicológica:**Datos de Filiación.**

- Apellidos y Nombre: Y.P.A
- Edad: 25 años
- Sexo: Femenino
- Fecha de nacimiento: 18 de octubre de 1997
- Lugar de nacimiento: Andamarca - Concepción
- Residencia: Anexo de Caña
- Grado de instrucción: Secundaria completa
- Estado Civil: Conviviente
- N° de hijos: 1 hija
- Ocupación: Ama de casa
- Religión: Cristiana
- Derivado por: Iniciativa propia
- N° de hermanos: 2/5
- Referente: Paciente
- Intervención inicial: 05 de junio del 2023
- Entrevistador: Lic. Stephany Esther Ortiz Sáenz
- Lugar de entrevista: Puesto de Salud Andamarca
- Informantes: La paciente

Motivo de consulta

Paciente refiere: “Desde hace 4 meses que he empezado a sentirme mal, casi todo el día estoy triste, reniego fácilmente, no tengo ganas de hacer las cosas, por las noches no puedo dormir, ya ni hambre me da, lloro a escondidas porque no quiero que se den cuenta que estoy mal o que mi hijita se asuste porque tiene 2 años. Me mude con mis padres hace 6 meses porque antes vivía con mi pareja en lima, pero no me acostumbro a vivir en allá y si voy me pondré peor, aparte porque mi mamá se enfermó y mis hermanos no la ven, no se preocupan por ella y mi mamá es diabética. Extraño a mi pareja y no quiero que hijita crezca así lejos de su papá, pero no quiero regresar a lima, vivir allá es triste, no quiero estar encerrada en un cuarto y aparte me preocupa dejar a mi mamá, porque siempre que me he ido se ha enfermado y difícil se ha curado”.

Problema actual

Paciente mujer joven de 25 años acude a consulta y manifiesta: tristeza profunda, llora a escondidas, presenta irritabilidad, dificultad para dormir, inapetencia, somnolencia, dificultad para realizar sus actividades diarias, cansancio, problemas para concentrarse, aislamiento social y pensamientos negativos.

Refiere sentirse mal desde hace 4 meses, ya no le tiene paciencia a su hija, ya no le da ganas de jugar con ella y tampoco ponerse a tejer en sus ratos libres, solo quiere estar sola en su cuarto, piensa cosas malas, discute más con sus padres y hermanos porque siente que ellos no le entienden, también discute con su pareja porque él no le cree que está mal, manifiesta que una vez hablando por teléfono le dijo que se estaba haciendo la enferma y que no le contesta las llamadas lo cual le hace pensar cosas negativas. Por otro lado, presenta tensión muscular, aceleración del ritmo cardiaco, angustia (8/10), tristeza (9/10) y cólera (8/10) y miedo (6/10). Tiene pensamientos como “ No soporto que mi padres no me entiendan y juzguen cada cosa que hago” “Soy una fracasada” “Y si estoy enferma de algo” “Siempre estaré enferma” “Nadie entiende como me

siento” “Si mi pareja me amará estaría aquí conmigo” “Si yo fuera importante para él, me llamaría” “Si mi mamá no tuviera diabetes, todo sería más fácil” “Si mi pareja estuviera conmigo, todo iría bien”, “Debería estar con mi pareja” ”Mi hija debería crecer con su papá” “Mi pareja me va dejar y mi hija me odiará” “Seguro que mi pareja ya tiene a otra por eso dejo que me vaya” “Me voy a volver loca sino soluciono este problema” “Mis hermanos me odian porque mi mamá me apoya” “Quisiera morirme y no tener estos problemas” “Si me voy mi mamá se va enfermar peor”

Asimismo, refiere no poder dormir y no tener apetito esto le pasa todos los días desde hace dos meses, de día se siente cansada, con sueño por cual duerme 1h al medio día. No puede realizar sus actividades diarias porque se siente débil, cuando realiza alguna actividad no logra concentrarse. Por otro lado, menciona que de tanto pensar en cosas malas le empieza a dolor su cabeza y siente ansiedad que llega como una sensación en su cuerpo que le hace sentir miedo y desesperación.

Desarrollo cronológico del problema

Paciente refiere que cuando tenía 3 años sus padres la dejaban en la casa encerrada, se llevaban solo a su hermana menor y ella se quedaba llorando.

Cuando tenía 6 años recuerda que su papá llegaba mareado y pegaba a su mamá y que a veces los botaba de la casa a ella y sus hermanos. También menciona que su padre decía que quería más su hermana menor, que era su favorita.

A los 9 años recuerda que se fue a visitar a su prima y cuando regreso a su casa su mamá le castigo con la correa porque no había hecho las cosas que le pidió. Menciona que su mamá nunca le había pegado con correa.

A los 12 años refiere que tenía muchas pesadillas y que odiaba a su papá porque maltrataba a su mamá y que en ese año tenía miedo de andar sola porque un vecino había violado a su prima.

A los 15 años cuando estaba en el colegio se desmayó y recuerda que sufría de dolores de cabeza, que se preocupaba por sus notas y siempre tenía miedo reprobar porque no quería que sus papás pelearán por su culpa.

A los 18 años refiere que sufrió el robo de su celular cuando trabajaba en la selva, refiere que los ladrones aparecieron cuando ella regresaba a la casa de su tía y que le acorralaron, manosearon e insultaron. Luego de eso menciona que tenía miedo de andar sola en la calle.

A los 24 años su hija se enfermó y empezó a tener miedo de que se muriera porque era época del Covid y viendo las noticias y el aumento de las victimas eso le hacía sentir mucho miedo que hasta no podía dormir en las noches, empezó a cuidarla más y que cada vez que su hija enfermaba, pensaba que se podía morir. Ese mismo tiempo menciona que su mamá se enfermó, que le tuvieron que llevar a Huancayo y esa fue otro de los motivos del porque decide regresar a vivir con sus padres.

Historia Personal

A. Desarrollo Inicial. La madre de la paciente dio a luz en su domicilio, fue atendida por una partera no hubo complicaciones durante el parto y refiere que nació en su casa porque en ese tiempo vivía lejos de la posta y no había movilidad para que le trasladen a su madre al puesto de salud. En el embarazo refiere que su abuelo materno se tomó veneno borracho y que llegó a morir, eso afectó mucho a su mamá. Por otro lado, refiere que no gateó, que caminó al 1 y 3 meses, habló al 1 y medio, aprendió pedir el baño a los dos años.

B. Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia. De niña era callada y tranquila, no tenía muchas amigas. Recuerda que estudiaba junto a sus dos hermanas quienes le ayudaban en la escuela.

C. Actitudes de la familia frente a la paciente. Paciente refiere que como eran varios hermanos sus padres no eran muy atentos con ella y sus hermanos. Se dedicaban a trabajar en la chacra y vender sus animales los días domingos que había feria.

D. Educación.

Tabla 1

Desempeño académico

| Estudios | Concluyo | | Problemas de adaptación social | | Rendimiento | |
|------------|----------|----|--------------------------------|----|-------------|----------|
| | SI | NO | SI | NO | Bajo Alto | Promedio |
| Inicial | x | | | x | | x |
| Primaria | x | | | x | | x |
| Secundaria | | | x | | x | |

E. Desarrollo Psicosexual

Paciente refiere que sus padres nunca le hablaron de sexo ni de la menstruación por ello cuando le vino su periodo a los 13 años se asustó mucho creyendo que se había lastimado. En la escuela tampoco le hablaron de sexualidad. A los 17 años conoció a su pareja quien le lleva un año de diferencia y fue con él su primera experiencia sexual.

F. Actitudes religiosas

Sus padres eran católicos, ella fue bautizada a los 6 años sin embargo nunca fueron católicos protestantes. A la edad de 19 años se volvió cristiana ya que la familia de su pareja pertenecía a esa religión.

G. Interacción social

De pequeña recuerda haber sido callada, tranquila no tener muchas amistades. A la edad de 10 años empezó a tener más amigas y salir a jugar con sus primos y vecinos.

En la secundaria empezó a tener amigos varones con los que jugaba vóley.

H. Enfermedades y accidentes

A la edad de 8 años un perro le mordió su pie derecho mientras regresaba a su casa de la escuela.

Historia Familiar

- Relaciones Familiares

Tabla 2*Datos familiares*

| Parentesco | Nombre | Edad | Grado de Instrucción | Ocupación |
|-------------|---------|------|----------------------|-------------|
| Padre | Adan | 47 | Primaria completa | Agricultor |
| Madre | Zenovia | 48 | Primaria completa | Ama de casa |
| 1er hermana | Maribel | 26 | Secundaria completa | Ama de casa |
| 2da hermana | Lucia | 23 | Secundaria completa | Ama de casa |
| 3ra hermana | Elmer | 20 | Superior | Estudiante |
| 4to hermano | Yuder | 18 | Secundaria completa | Estudiante |

- Familiares con antecedentes psiquiátricos y psicopatológicos
 - Evaluada refiere que su madre tiene diabetes. Niega que tenga familias con problemas psicopatológicos.

2.5.4. Evaluación Psicométrica

Línea base

Tabla 3*Registro de las conductas problemas: Frecuencia*

| Conductas | Lu n | Ma r | Mi e | Ju e | Vi e | Sa b | Do m | Tota l |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| Renegar cuando las cosas no le salen bien | 7 | 8 | 7 | 9 | 8 | 9 | 7 | 55 |
| Gritar | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 23 |
| Llorar | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 7 |
| Somnolencia | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 11 |
| Inapetencia | 7 | 7 | 7 | 7 | 9 | 7 | 7 | 51 |
| Encerrarse en su cuarto | 5 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 44 |
| Desinterés en realizar sus actividades diarias | 5 | 7 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 50 |

Tabla 4*Registro semanal de emociones negativas*

| Emocion | Frecuencia/ Intensidad | Lun | Mar | Mie | Ju | Vi | Sab | Dom | Total |
|----------|------------------------|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|-------|
| Cólera | F | 5 | 4 | 6 | 4 | 5 | 5 | 4 | 33 |
| | I | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 56 |
| Tristeza | F | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 31 |
| | I | 9 | 9 | 9 | 8 | 7 | 6 | 6 | 54 |
| Angustia | F | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 32 |
| | I | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 56 |
| Miedo | F | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 21 |
| | I | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 42 |

Tabla 5*Registro de los pensamientos negativos: Frecuencia*

| Pensamientos negativos | Lu n | M ar | M ie | J ue | V ie | Sa b | Do m | Tot al |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| “No soporto que mis padres no me entiendan y juzguen cada cosa que hago” | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 9 | 9 | 56 |
| “Soy una fracasada” | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 63 |
| “Y si estoy enferma de algo” | 8 | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 9 | 55 |
| “Siempre estaré enferma” | 6 | 7 | 7 | 6 | 8 | 6 | 6 | 46 |
| “Nadie entiende como me siento” | 8 | 7 | 9 | 8 | 9 | 9 | 8 | 58 |
| “Si mi pareja me amará estaría aquí conmigo” | 8 | 7 | 8 | 7 | 7 | 9 | 9 | 55 |
| “Si yo fuera importante para él, me llamaría” | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 54 |
| “Si mi mamá no tuviera diabetes, todo seria más fácil” | 7 | 7 | 6 | 7 | 6 | 7 | 8 | 48 |
| “Si mi pareja estuviera conmigo, todo iría bien”, | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 54 |
| “Debería estar con mi pareja” | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 63 |
| ”Mi hija debería crecer con su papá” | 7 | 7 | 7 | 8 | 9 | 8 | 7 | 53 |
| “Mi pareja me va dejar y mi hija me odiará” | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 53 |
| “Seguro que mi pareja ya tiene a otra por eso deajo que me vaya” | 8 | 9 | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 54 |
| "Me voy a volver loca sino soluciono este problema” | 6 | 6 | 7 | 7 | 8 | 7 | 8 | 49 |
| “Mis hermanos me odian porque mi mamá me apoya” | 5 | 6 | 5 | 6 | 5 | 5 | 5 | 37 |
| “Quisiera morirme y no tener estos problemas” | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 45 |
| “Si me voy mi mamá se va enfermar peor” | 7 | 7 | 8 | 8 | 7 | 8 | 8 | 53 |

Inventario de Depresión de Beck (IDB-II)

- Apellidos y Nombre: Y.P.A.
- Edad: 25 años
- Lugar y fecha de nacimiento: Andamarca – 18 de octubre de 1997
- Estado Civil: Soltera
- Grado de instrucción: 5to de Secundaria
- Ocupación: Ama de casa
- Religión: Cristiana
- Lugar de Procedencia: Andamarca
- Domicilio: Anexo de Caña
- Entrevistador: Lic. Stephany Esther Ortiz Sáenz
- Fecha de Informe: 26 de junio de 2023

Motivo de evaluación:

- Evaluar en la paciente la presencia de los síntomas depresivos y el grado de intensidad de los mismos.

Resultados:

- La evaluada obtiene un puntaje de 35 lo cual la ubica con un nivel de depresión severa. Esto se evidencia a nivel afectivo con su estado de ánimo triste durante el día, todos los días, renegar de cualquier cosa, tener dolor de cabeza, no poder concentrarse, sentir desmotivación para realizar actividades que le gustaba hacer como jugar con su hija y tejer.

A nivel cognitivo presenta pensamientos negativos con respecto a ella, a los demás y a su futuro y a nivel conductual, no puede dormir en las noches, no tiene apetito, sentirse cansada, llorar a escondidas y querer estar sola.

Conclusiones:

- Evaluada presente un nivel de depresión severa lo cual afecta su área afectiva, social, cognitivo y conductual.

Recomendaciones:

- Llevar intervención Cognitivo Conductual para disminuir los síntomas que presenta.

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991).

- Apellidos y Nombre: Y.PA.
- Edad: 25 años
- Lugar y fecha de nacimiento: Andamarca – 18 de octubre de 1997
- Estado Civil: Soltera
- Grado de instrucción: 5to de Secundaria
- Ocupación: Ama de casa
- Religión: Cristiana
- Lugar de Procedencia: Andamarca
- Domicilio: Anexo de Huata/referencia por el estadio
- Entrevistador: Lic. Stephany Esther Ortiz Sáenz
- Fecha de Informe: 26 de junio del 2023

Motivo de evaluación:

- Evaluar la presencia de pensamientos automáticos.

Resultados

Tabla 6

Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos

| N ^o | Pensamiento automatico | Respuesta emocional |
|----------------|--|---------------------|
| 1 | Filtraje Todo es negativo, nada es positivo | 8 |
| 2 | Pensamiento polarizado Blanco o negro o hago bien o lo hago mal | 6 |
| 3 | Sobregeneralizacion Siempre fracasaré | 7 |
| 4 | Interpretacion del pensamiento Piensa esto de mi | 6 |
| 5 | Vision Catastrofica Va suceder esto | 8 |
| 6 | Personalizacion Eso lo está diciendo por mi | 6 |
| 7 | Falacia de control No puedo hacer nada | 4 |
| 8 | Falacia de justicia No hay derecho a Es injusto que | 6 |
| 9 | Razonamiento emocional Si lo siento así es que es de verdad | 5 |
| 10 | Falacia de cambio Si tal cosa cambiara entonces yo podría | 7 |
| 11 | Etiquetas globales Que torpe soy | 4 |
| 12 | Culpabilidad Por mi culpa | 4 |
| 13 | Deberias Debo de No debo de | 6 |
| 14 | Falacia de razón Tengo la razón Se que estoy en lo cierto | 4 |
| 15 | Falacia de recompensa El día de mañana esto cambiara, el día de mañana tendré mi recompensa | 3 |

Nota. Resultados obtenidos a partir de la aplicación del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991).

Interpretación:

- La examinada presenta sufrimiento emocional ya que evalúa la realidad de una forma distorsionada. Presenta pensamiento de tipo Filtraje “No soporto que mis padres no me entiendan y juzguen cada cosa que hago”, Pensamiento polarizado “Soy una fracasada” Sobregeneralización “Siempre estaré enferma” “Nadie entiende como me siento” “Si me voy, mi mamá se va enfermar peor”, Interpretación del pensamiento “Mis hermanos me odian porque mi mamá me apoya”, Vision catastrófica “Y si estoy mal enferma de algo” “Mi pareja me va dejar y mi hija me odiará” “Me voy a volver loca sino soluciono este problema”, Personalización “Seguro que mi pareja ya tiene a otra por eso dejo que me vaya”, Falacia de justicia “Si mi pareja me amará estaría aquí conmigo” “Si yo fuera importante para él, me llamaría”, Falacia de cambio “Si mi mamá no tuviera diabetes, todo sería más fácil” “Si mi pareja estuviera conmigo, todo iría bien” y Deberías “Debería estar con mi pareja”

Conclusión

- Paciente presenta 9 distorsiones cognitivas que afectan su relación con los demás y la manera en cómo interpreta su realidad. Estas distorsiones son: Filtraje, pensamiento polarizado, generalización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, falacia de justicia, falacia de cambio y deberías.

Recomendaciones:

- Llevar terapia Cognitivo Conductual para modificar las distorsiones cognitivas.

Inventario de personalidad – Eysenck Forma B para adultos (EPI).

- Apellidos y Nombre: Y.PA.
- Edad: 25 años
- Lugar y fecha de nacimiento: Andamarca – 18 de octubre de 1997
- Estado Civil: Soltera
- Grado de instrucción: 5to de Secundaria
- Ocupación: Ama de casa
- Religión: Cristiana
- Lugar de Procedencia: Andamarca
- Domicilio: Anexo de Huata/referencia por el estadio
- Entrevistador: Lic. Stephany Esther Ortiz Sáenz
- Fecha de Informe: 26 de junio del 2023

Motivo de evaluación:

- Evaluar las dos dimensiones de la personalidad: Introversión- Extroversión (E) y Neurocicismo (inestabilidad- estabilidad) (N).

Técnicas e instrumentos aplicados

- Inventario de Personalidad Eysenck Forma B- para Adultos (EPI)

Resultados

Tabla 7

| Dimensión y escala | Puntaje | | Diagnóstico |
|---------------------------|----------------|----|------------------------|
| Dimension | Extraversión | 10 | Altamente introvertido |
| | Neuroticismo | 19 | Altamente neuroticismo |
| Escala | Mentiras | 2 | La prueba es válida |

Interpretación

- Paciente se caracteriza por tener un temperamento Melancólico, es introvertida, tranquila, sin embargo, frente a estresores puede ser ansiosa. Asimismo, puede mostrarse caprichosa, rígida, pesimista, ser reservada y no muy sociable. Puede tener dificultades en cambiar patrones conductuales, son condicionamientos emocionales estables.

Conclusiones

- Paciente presenta un tipo de temperamento Melancólico.

Recomendaciones

- Aplicar intervención cognitiva conductual para regular aspectos de la personalidad.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

- Apellidos y Nombre: Y.P.A.
- Edad: 25 años
- Lugar y fecha de nacimiento: Andamarca – 18 de octubre de 1997
- Estado Civil: Soltera
- Grado de instrucción: 5to de Secundaria

- Ocupación: Ama de casa
- Religión: Cristiana
- Lugar de Procedencia: Andamarca
- Domicilio: Anexo de Huata/referencia por el estadio
- Entrevistador: Lic. Stephany Esther Ortiz Sáenz
- Fecha de Informe: 26 de junio del 2023

Motivo de evaluación:

- Evaluar la personalidad

Técnicas e instrumentos aplicados

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Resultados:

Tabla 8

Resultados del inventario Clínico Multiaxial de Millon III

| Dimensión | Patrones Eje II | Puntaje | Categoría |
|-----------------------------------|------------------------|---------|---------------------|
| Patrones clínicos de personalidad | Dependiente | 69 | Indicador sugestivo |
| Síndromes clínicos | Transtorno somatomorfo | 100 | Indicador elevado |
| Síndromes clínicos graves | depresión mayor | 71 | Indicador sugestivo |

Nota: Se detectan dimensiones (Patrones clínicos de personalidad con indicador sugestivo, síndromes clínicos con indicador elevado y síndromes clínicos graves con indicador sugestivo)

Interpretación:

- La evaluada presenta indicadores de personalidad dependiente, puede llegar a buscar protección en los demás, carece de iniciativa y puede tomar un papel pasivo en sus relaciones interpersonales y someterse a los deseos de los demás para mantener el afecto.
- En cuanto a síndromes clínicos presenta trastorno somatomorfo lo cual significa que para expresar dificultades psicológicas lo hace somatizando padeciendo dolores en diferentes regiones del cuerpo, agotamiento y abatimiento. Asimismo, puede tener preocupación por la pérdida de su salud lo que hace que visite frecuentemente al médico al sufrir algún malestar físico.
- En la dimensión de síndromes clínico graves presenta depresión mayor lo cual puede causarle tener pensamientos suicidas, temor hacia el futuro, enlentecimiento motor y sentimiento de resignación, problemas de concentración, disminución del apetito, culpabilidad e ideas obsesivas.

Conclusión:

- Indicador de necesidad de protección, falta de autonomía, pasividad. Por otro lado, presenta indicadores relacionados a preocupación por la pérdida de la salud, dolores en diferentes partes del cuerpo e indicadores con síntomas depresivos como ideas obsesivas, problemas de concentración, enlentecimiento motor, disminución del apetito y culpabilidad.

Recomendación:

- Llevar terapia cognitivo conductual.

2.5.5. Informe Psicológico Integrador

Datos de filiación

- Apellidos y Nombre: Y.P.A.
- Edad: 25 años
- Lugar y fecha de nacimiento: Andamarca – 18 de octubre de 1997
- Estado Civil: Soltera
- Grado de instrucción: 5to de Secundaria
- Ocupación: Ama de casa
- Religión: Cristiana
- Lugar de Procedencia: Andamarca
- Domicilio: Anexo de Huata/referencia por el estadio
- Entrevistador: Lic. Stephany Esther Ortiz Sáenz
- Fecha de Informe: 26 de junio del 2023

Motivo de consulta

- Paciente refiere: “Desde hace 4 meses que he empezado a sentirme mal, casi todo el día estoy triste, reniego facilmente, no tengo ganas de hacer las cosas, por las noches no puedo dormir, ya ni hambre me da, lloro a escondidas porque no quiero que se den cuenta que estoy mal o que mi hijita se asuste porque tiene 2 años. Me mude con mis padres hace 6 meses porque antes vivía con mi pareja en lima, pero no me acostumbro a vivir en allá y si voy me pondré peor, aparte porque mi mamá se enfermó y mis hermanos no la ven, no se preocupan por ella y mi mamá es diabética. Extraño a mi pareja y no quiero que hijita crezca así lejos de su papá, pero no quiero regresar a lima, vivir allá es triste, no quiero estar encerrada en un

cuarto y aparte me preocupa dejar a mi mamá, porque siempre que me he ido se ha enfermado y difícil se ha curado”.

Observación de la conducta

- Paciente de sexo femenino, joven, de estatura 1.47 aproximadamente, de contextura delgada. Es de tez trigueña, cabello lacio largo negro, de ojos color negro achinados. Viste acorde a su sexo, edad y estación aliño y aseo adecuado. Viste una chompa de lana verde, un buzo plomo y zapatillas blancas.

- Al ingresar a consulta su postura al sentarse es encorvada hacia delante se muestra colaboradora durante la entrevista y evaluación. Se encuentra lucida en tiempo, espacio y persona. Por momentos evita el contacto visual con la evaluadora. Presenta una atención sostenida ya que se muestra atenta a los estímulos que la rodean. Por otro lado, en su lenguaje mantiene un tono bajo por momentos y ritmo dentro de lo esperado. Al relatar el hecho vivido se muestra lábil emocionalmente, se toma de ambas manos y las aprietas.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Observación de la conducta
- Inventario de depresión de Beck
- Inventario de Pensamientos Automaticos
- Inventario de Personalidad de Eysenck
- Inventario Clínico Multiaxial de Millón III
- Registros de conductas y pensamientos

Análisis de resultados

En el Inventario de depresión de Beck obtuvo un puntaje de 35 lo cual indica presencia de depresión severa por lo que evidencia síntomas como estado de ánimo triste durante el día, todos los días, renegar de cualquier cosa, tener dolor de cabeza, no poder concentrarse, sentir desmotivación para realizar actividades que le gustaba hacer como jugar con su hija y tejer. A nivel cognitivo presenta pensamientos negativos con respecto a ella, a los demás y a su futuro y a nivel conductual, no puede dormir en las noches, no tiene apetito, sentirse cansada, llorar a escondida y querer estar sola.

En el área de personalidad, en el inventario de personalidad de Eysenck presenta un temperamento melancólico es introvertida, tranquila, sin embargo, frente a estresores puede ser ansiosa. Asimismo, puede mostrarse caprichosa, rígida, pesimista, ser reservada y no muy sociable. Puede tener dificultades en cambiar patrones conductuales, con condicionamientos emocionales estables. Por otro lado, en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon presente personalidad dependiente, puede llegar a buscar protección en los demás, carece de iniciativa, puede tomar un papel pasivo en sus relaciones interpersonales y someterse a los deseos de los demás para mantener el afecto. También, presenta trastorno somatomorfo lo cual significa que para expresar dificultades psicológicas lo hace somatizando padeciendo dolores en diferentes regiones del cuerpo, agotamiento y abatimiento. Asimismo, puede tener preocupación por la pérdida de su salud lo que hace que visite frecuentemente al médico al sufrir algún malestar físico.

En el inventario de pensamientos automáticos presenta puntajes sobre 6 en las distorsiones cognitivas de Filtraje “No soporto que mis padres no me entiendan y juzguen cada cosa que hago”, Pensamiento polarizado “Soy una fracasada” Sobregeneralización “Siempre estaré enferma” “Nadie entiende como me siento” “Si me voy, mi mamá se va enfermar peor”,

Interpretación del pensamiento “Mis hermanos me odian porque mi mamá me apoya”, Visión catastrófica “Y si estoy mal enferma de algo” “Mi pareja me va dejar y mi hija me odiará” “Me voy a volver loca sino soluciono este problema”, Personalización “Seguro que mi pareja ya tiene a otra por eso dejo que me vaya”, Falacia de justicia “Si mi pareja me amará estaría aquí conmigo” “Si yo fuera importante para él, me llamaría”, Falacia de cambio “Si mi mamá no tuviera diabetes, todo sería más fácil” “Si mi pareja estuviera conmigo, todo iría bien” y Deberías “Mi pareja me va dejar y mi hija me odiará”.

Conclusiones

La evaluada presenta indicadores de depresión severa, temperamento melancólico, personalidad dependiente, trastorno somatoformo. Asimismo, presenta distorsiones cognitivas de filtraje, pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de justicia, falacia de cambio y deberías.

Recomendación

- Iniciar un tratamiento de terapia cognitivo conductual.

2.5.5.1. Diagnostico

- **Diagnostico Funcional**

Tabla 9*Diagnóstico funcional*

| Exceso | Debilitamiento | Déficit |
|--|--|-----------------|
| Llorar a escondidas | Disminución en la motivación de realizar sus actividades | No tener amigos |
| Gritar cuando está molesta | Disminución en la capacidad de tomar decisiones | No ser sociable |
| Dormir más de 8 horas | Incapacidad para expresar sentimientos y emociones | |
| “Seguro mi pareja tiene una a otro por eso dejo que me vaya” | Disminución de hablar por celular con su pareja | |
| “Mi pareja me va dejar y mi hija me odiará” | Disminución de jugar con su hija | |
| “Mis padres no me entienden” | Disminución de su apetito | |
| “Me voy a volver loca si no soluciono este problema” | | |
| “Si me voy mi mamá se va a enfermar” | | |
| “ Mis hijos no me entienden” | | |
| “Debería estar con mi pareja” | | |
| “Mis hermanos me odian porque mi mamá me apoya” | | |
| “Quisiera morirme y no tener estos problemas” | | |
| "Estaré enferma de algo por eso no me curo" | | |

Tabla 10*Diagnostico funcional*

| Adaptativas | Desadaptativas |
|--------------------------------|--|
| Motivación para el tratamiento | Estado de ánimo deprimido |
| Aliño y aseo personal | Estado de ánimo irritado |
| Responsabilidad | Encerrarse en su cuarto cuando se siente mal |

Tabla 11

Diagnostico funcional de la conducta depresiva de la paciente

| Estimulo discriminativo | Organismo | Conducta | Estímulo reforzador y consecuencias |
|---|---|---|---|
| Interno: | Variables biológicas: | Motor: | Refuerzo externo |
| Recordar que está lejos de su pareja | Temperamento melancólico | Irse a su cuarto y quedarse ahí por horas, evitar salir de casa para no cruzarse con la gente | Cuando ve a su hija y mamá jugando felices, cuando su madre se queja de que se siente mal o de su enfermedad y cuando discute con su pareja |
| Externo: | Variables psicológicas: | Emocional: | Refuerzo interno |
| Comentarios de sus hermanos que debería estar en lima con su pareja | Tener baja autoestima | Tristeza 9/10 Angustio 8/10 | Llorar le hace sentir alivio |
| Comentarios de sus vecinos de que la ven enferma | Ser retraída y poco sociable | Cólera: 8/10 Miedo:9/10 | |
| | Variables socioculturales: | Fisiológico: | |
| | Haber sido criada en una familia conservadora y violenta | Tensión muscular, llanto, dolor de cabeza, inapetencia, sensación de debilitamiento e incomodidad en su cuerpo. | |
| | Variables cognitivas: | Cognitivo: | |
| | Creencias: Filtraje, pensamiento polarizado, sobregeneralización, | “Soy una fracasada” “Siempre estaré enferma”, “Si mi pareja me amará estaría aquí conmigo” “Si yo | |

interpretación del
pensamiento, visión
catastrófica, personalización,
falacia de justicia, falacia de
cambio, deberías

fuera importante para él, me
llamaría” “Si mi mamá no tuviera
diabetes, todo sería más fácil”,
“Debería estar con mi pareja” “Mi
hija debería crecer con su papá” “Mi
pareja me va dejar y mi hija me
odiará” “Seguro que mi pareja ya
tiene a otra por eso dejo que me
vaya” “Me voy a volver loca sino
soluciono este problema” “Si me voy
mi mamá se va enfermar peor”

- **Diagnostico tradicional**

Tabla 12

Crterios según el DSM V para el Trastorno depresivo mayor

| Crterios DSM V | Presentes en la paciente |
|--|--|
| <p>A) Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante un período de al menos dos semanas y siempre que representen un cambio respecto del desempeño previo: por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: no incluir síntomas que son claramente atribuibles a mía enfermedad médica.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día. casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros. 2. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día. casi todos los días. 3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). 8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros). 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico. | <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día. • Disminución del interés en todas las actividades. • Insomnio en las noches y hipersomnia de día. • Pedida de energía casi todos los días. • Dificultades para pensar o concentrarse. • Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva. |

B) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social laboral o en otras esferas importantes.

C) El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, mala droga de abuso, una medicación) ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).

Asimismo, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor requiere el cumplimiento de los siguientes criterios: B) que los síntomas provoquen malestar clínicamente significativo o deterioro social laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona; C) que los síntomas no sean debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, un medicamento o una enfermedad médica. Además, para establecer el diagnóstico de trastorno depresivo mayor se han de cumplir una serie de requisitos e indicar una serie de especificaciones que a continuación se detallan: 1. Indicar si el trastorno depresivo mayor está basado en un episodio depresivo único (aparece por primera vez en la vida de la persona), o bien en un episodio depresivo recurrente (la persona, a lo largo de su vida ha manifestado al menos dos episodios depresivos mayores; para ser considerados episodios separados tiene que haber existido un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor). 2. Que se indique el nivel de gravedad del trastorno (leve, moderado o grave), si cursa o no con síntomas psicóticos, y si en el momento actual se halla en remisión parcial, total, o en estado crónico. Además, se ha de especificar si está asociado a una serie de síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos o de inicio en el posparto, y, en el caso de que sea recurrente, añadir especificaciones del curso (con y sin recuperación interepisódica y patrón estacional).

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de Intervención y calendarización

Tabla 13

Plan de intervención y calendarización

| Sesión | Fecha | Duración | Periodicidad | Participante | Técnicas aplicadas |
|--------|------------|----------|--------------|--------------|--|
| 1 | 5/06/2023 | 45" | 7 días | Usuaría | Entrevista psicológica |
| 2 | 12/06/2023 | 45" | 7 días | Usuaría | Aplicación de instrumentos |
| 3 | 19/06/2023 | 45" | 7 días | Usuaría | Aplicación de instrumentos |
| 4 | 26/06/2023 | 45" | 7 días | Usuaría | Técnica de asignación de tareas graduadas |
| 5 | 10/07/2023 | 45" | 15 días | Usuaría | Respiración diafragmática y respiración progresiva |
| 6 | 17/07/2023 | 45" | 7 días | Usuaría | Respiración progresiva |
| 7 | 31/07/2023 | 45" | 15 días | Usuaría | Detención del pensamiento |
| 8 | 14/08/2023 | 45" | 15 días | Usuaría | Detención del pensamiento |
| 9 | 28/08/2023 | 45" | 15 días | Usuaría | Técnica de la triple columna |
| 10 | 11/09/2023 | 45" | 15 días | Usuaría | Descubrimiento guiado |
| 11 | 25/09/2023 | 45" | 15 días | Usuaría | Descubrimiento guiado |
| 12 | 9/10/2023 | 45" | 15 días | Usuaría | Entrenamiento en autoinstrucciones |
| 13 | 23/10/2023 | 45" | 15 días | Usuaría | Entrenamiento en habilidades sociales |
| 14 | 6/11/2023 | 45" | 15 días | Usuaría | Role-playing |
| 15 | 20/11/2023 | 45" | 15 días | Usuaría | Entrenamiento en solución de problemas |
| 16 | 4/12/2023 | 45" | 15 días | Usuaría | Evaluación post-test |
| 17 | 22/12/2023 | 45" | 19 días | Usuaría | Seguimiento |

2.6.2. Programa de intervención

A - Fase Inicial

Tabla 14

Actividad realizada en la sesión 1

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|---|--------------------------------------|-----------------------|--|
| 1 | Recolectar información de la problemática existente | Observation y entrevista psicológica | Anamnesis psicológica | Registro de pensamientos que le generan malestar |

Tabla 15

Actividad realizada en la sesión 2

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|---|--------------------------------------|---|---|
| 2 | Aplicación de instrumentos psicológicos | Observación y entrevista psicológica | 1° se aplica el Inventario de Depresión de Beck y 2° se aplica el Inventario de personalidad de Eysenck | Registro de situaciones en las cuales se ha sentido mal |

Tabla 16

Actividad realizada en la sesión 3

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|---|--------------------------------------|--|--|
| 3 | Aplicación de instrumentos psicológicos | Observación y entrevista psicológica | 3° se aplica el Inventario de Pensamientos Automáticos y 4° se aplica el Inventario Clínico Multiaxial de Millón | Se revisa los registros que se le asignaron como tarea |

B – Fase de intervención**Tabla 17***Actividad realizada en la sesión 4*

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|--|--------------------------------|--|--|
| 4 | Lograr en la paciente la realización de actividades de poca a mayor dificultad | Asignación de tareas graduadas | 1° Se psicoeduca sobre el concepto de la activación conductual 2° se realiza un horario de actividades simples a complejas 3° se escoge los reforzadores | Realizar durante la semana el horario de actividades asignadas, no es necesario cumplirlo por horas sino cumplir las que se consideraron |

Tabla 18

Actividad realizada en la sesión 5

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|---|---|--|--|
| 5 | Disminuir los síntomas fisiológicos relacionados a la depresión | Respiración diafragmática y relajación progresiva | Se entrena a la paciente en como inhalar, retener y exhalar el aire. Se continua a enseñar como relajar los 8 músculos: mano, antebrazo, brazo dominante y no dominante frente, ojo, nariz, boca, cuello y garganta. | Se deja como actividad practicar la respiración diafragmática tres veces al día durante la semana y la relajación progresiva también tres veces a la semana. |

Tabla 19*Actividad realizada en la sesión 6*

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|---|------------------------|---|---|
| 6 | Disminuir los síntomas fisiológicos relacionados a la depresión | Respiración Progresiva | 1° Se pide a la paciente que realice la respiración de los 8 músculos trabajados la última sesión 2° Se le entrena en los 8 músculos restantes: pecho, hombros y parte superior de la espalda, región abdominal o estomacal, muslo, pantorrilla, pie dominante y no dominante. 3° sensibiliza sobre la importancia de aprender a relajarse. | Se deja de tarea practicar la respiración progresiva tres veces a la semana y se le pide que elabore una lista de pensamientos o situaciones agradables e identifique dos pensamientos que le generan malestar y preocupación |

Tabla 20

Actividad realizada en la sesion 7

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|---|---------------------------|--|--|
| 7 | Parar aquellos pensamientos negativos que generan sensación de tristeza intensa y del cual no tiene mucho control | Detención del pensamiento | 1. Se inicia con relajación diafragmática. 2. Luego se le pide que piense en el primer tema escogido que genera pensamientos disfuncionales. Cuando está inmersa en el pensamiento, se le dice "STOP", acompañado de un golpe sobre el escritorio. 3. Al momento de abrir los ojos, se le indica que piense en una situación de su agrado elegida en la lista que hizo. | Se deja como tarea practicar durante la semana. Asimismo, cuando se encuentre en la calle, se da un pellizco, lo que indica que debe detener el pensamiento y cambiarlo por uno agradable. |

Tabla 21*Actividad realizada en la sesion 8*

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|---|---------------------------|---|--|
| 8 | Parar aquellos pensamientos negativos que generan sensación de tristeza intensa y del cual no tiene mucho control | Detencion del pensamiento | 1° Se empieza con la relajación diafragmática 2° luego se le induce a pensar en el segundo tema que le genera pensamientos disfuncionales, cuando está inmersa en el tema, se le dice STOP, acompañado de un golpe sobre el escritorio. 3° Al momento de abrir los ojos y estar en la nada, | Se deja como tarea que continúe trabajando en casa con los pensamientos que se pueda presentar durante la semana |

se le indica que piense en una situación de su agrado elegido con anterioridad.

Tabla 22

Actividad realizada en la sesion 9

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|--|-----------------|--|---|
| 9 | Instruir a la paciente sobre la relación entre la situación, pensamiento, emoción y conducta con un esquema para aprender a identificar sus pensamientos y situaciones activadoras | Triple columna | 1° se realiza un ejemplo para explicar el esquema 2° Se pide a la paciente hacer ejemplos según el esquema aprendido 3° se utiliza una situación referida por la paciente que le sucedió en las últimas semanas. | Se le pide como tarea hacer un registro de lo aprendido en la cual deberá registrar situaciones activadoras que generen malestar en la paciente que deberá hacer durante la semana. |

Tabla 23*Actividad realizada en la sesión 10*

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|---|-----------------------|--|--|
| 10 | Instruir a la paciente en interpretar sus perspectivas desde otro alcance en la cual los pensamientos disfuncionales sean cuestionando mediante el debate socrático | Descubrimiento guiado | Se trabaja con el registro que se dejó como tarea en la cual se entrena a la paciente en como cuestionar y enfrentar aquellas distorsiones cognitivas. | Se deja como tarea seguir registrando el esquema enseñado y empezar a cuestionarlo o buscando la evidencia |

Tabla 24*Actividad realizada en la sesión 11*

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|---|-----------------------|---|--|
| 11 | Instruir a la paciente en interpretar sus perspectivas desde otro alcance en la cual los pensamientos disfuncionales sean cuestionando mediante el debate socrático | Descubrimiento guiado | 1° Se revisa la tarea asignada 2° Se continua trabajando mediante es debate socrático como cambiar aquellos pensamientos | Se continua dejando como actividad registrar los pensamientos disfuncionales y usar el debate socrático para combatirlos |

Tabla 25*Actividad realizada en la sesión 12*

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|---|------------------------------------|--|--|
| 12 | Disminuir los pensamientos disfuncionales | Entrenamiento en autoinstrucciones | 1° realiza respiración diafragmática antes de iniciar. 2° hacer una lista de los pensamientos disfuncionales que suele decirse en su diálogo interno 3° Fortalecer su diálogo interno para que frente a ciertas situaciones y pensamientos logre procesarlas de otra manera y reforzarse ella misma. | Practicar en casa la técnica trabajada |

Tabla 26*Actividad realizada en la sesión 13*

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|----------------------------|---------------------------------------|---|---|
| 13 | Incrementar su asertividad | Entrenamiento en habilidades sociales | 1° Se pide que identifique una situación en la cual le gustaría ser más asertivo pero ha fracasado 2° con su ejemplo se propone una forma asertiva de cómo pudo manejarlo | Se deja como actividad llevar a cabo lo aprendido. También se le da una hoja de trabajo de diferentes situaciones y qué posibles alternativas le daría. |

Tabla 27*Actividad realizada en la sesión 14*

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|--|-----------------|---|---------------------------------|
| 14 | Incrementar su asertividad y disminuir sus pensamientos disfuncionales | Role-playing | 1° Se realiza la respiración diafragmática 2° Se le escoge la creencia que tenga la paciente con respecto a una interacción que no quiera realizar. 4° Se trabaja el role-play para esta situación junto con el terapeuta | Continuar trabajandolo en casa. |

Tabla 28*Actividad realizada en la sesión 15*

| Sesión | Objetivo | Técnicas | Procedimientos | Actividades asignadas |
|---------------|--|--|---|--|
| 15 | Incrementar la habilidad para generar soluciones alternativas a nuevas situaciones | Entrenamiento en solución de problemas | 1° se explica los pasos para llevar a cabo la solución de un problema 2° Se escoge una problemática de la paciente y se sigue los pasos que se explicaron | Se deja como actividad realizar la técnica de solución de problemas en alguna situación actual que le genere preocupación. |

2.7. Procedimiento

El desarrollo del presente caso clínico se llevó a cabo durante 17 sesiones bajo la terapia cognitivo conductual, cada sesión duró aproximadamente 45 minutos y tuvo una frecuencia al inicio semanal y luego quincenal, en la cual se incluyeron las sesiones de evaluación, intervención y seguimiento.

En la etapa inicial se solicitó el permiso de la usuaria para llevar dicha investigación, lo cual se hizo uso del consentimiento informado. Asimismo, se realizó la entrevista psicológica para conocer los datos de filiación, el motivo de consulta, identificar la problemática del paciente y conocer su historia personal, además de establecer la alianza terapéutica y evaluación psicológica. Para finalizar esta etapa se realiza la explicación y retroalimentación del informe psicológico integral junto a la línea base de las conductas y pensamientos disfuncionales para desarrollar los objetivos terapéuticos y realizar el plan de tratamiento.

En la etapa de intervención se lleva a cabo las sesiones utilizando las técnicas cognitivas conductuales lograr los objetivos establecidos. Las técnicas fueron, asignación de tareas, respiración diafragmática, relajación progresiva de Jacobson, triple columna, descubrimiento guiado, autoinstrucciones, habilidades sociales, ensayo conductual y solución de problemas.

2.8 Consideraciones éticas

Para realizar el presente estudio se pidió el permiso de la usuaria, para dar a conocer su caso como parte de una investigación. Asimismo, se explicó a la usuaria que su participación no implicaría ningún tema de ámbito legal, solo tendría fines de aportar datos científicos y evidencia a la comunidad educativa. Se protegió la identidad de la participante

y se firmó el consentimiento informado en el cual se acordó la confidencialidad y los fines presentes.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

A continuación, se visualizará los resultados de las evaluaciones psicométricas en la fase de pre test y post test, dicha información se detalla con gráficos comparativos, se sigue con los registros de la línea base y las mejoras del tratamiento.

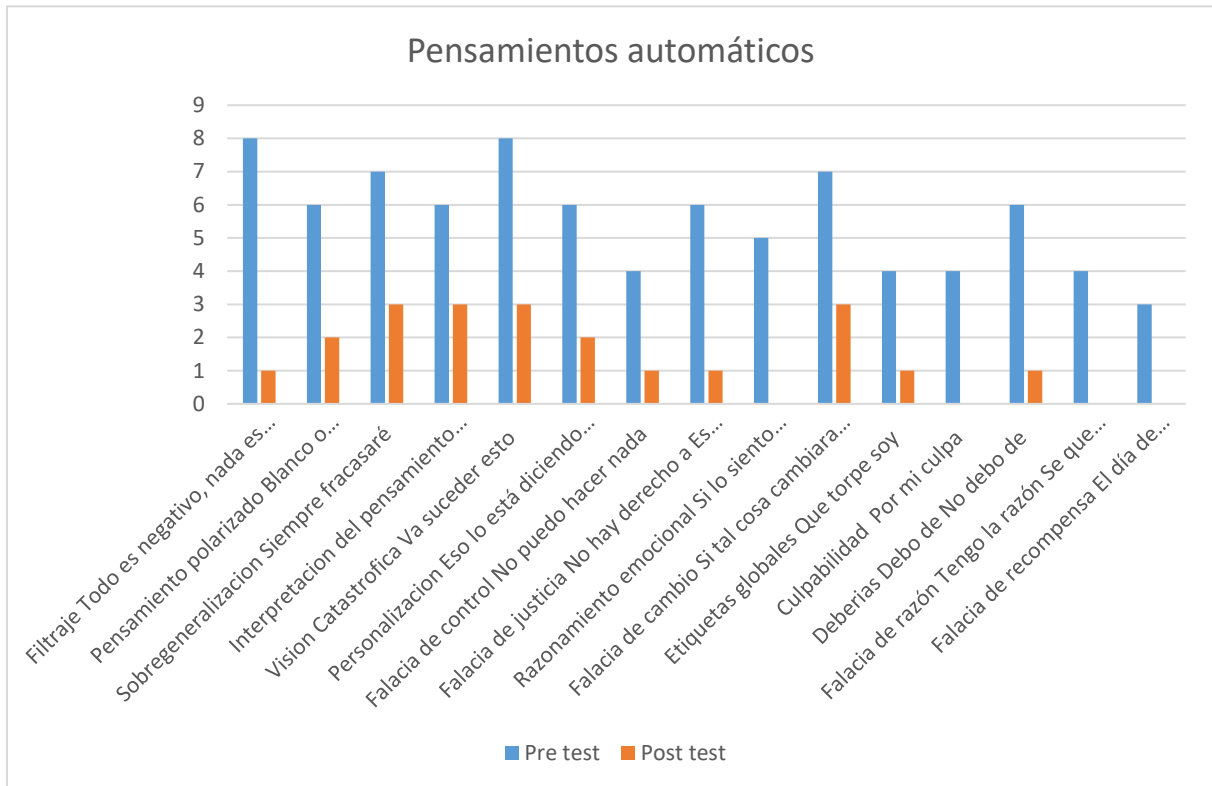
Tabla 29

| <i>Resultados del Inventario de Depresión de Beck</i> | | |
|---|-----------------|-----------------|
| | Puntaje pretest | Puntaje postest |
| Depresión | 35 | 6 |

En la tabla 29 se puede observar que, en el Inventario de Depresión de Beck, los puntajes obtenidos fueron de 35 en la fase de pre test y una diferencia significativa de un puntaje de 6 después de la fase del tratamiento. Asimismo, se evidencia una disminución de los síntomas depresivos posterior al programa de intervención.

Figura 1

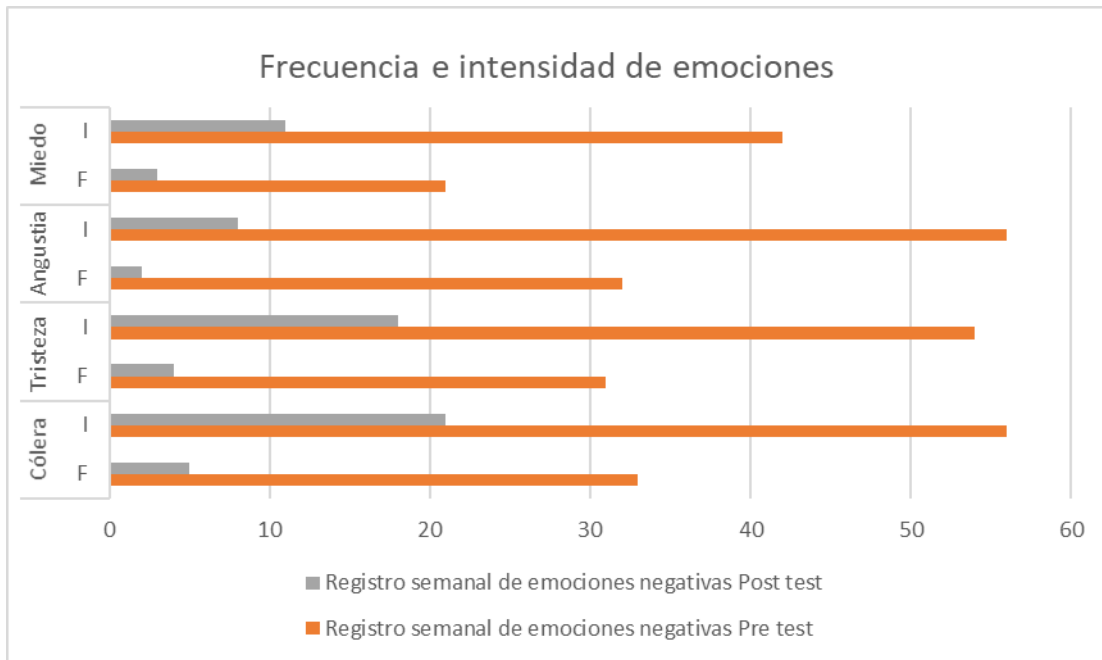
Resultados del pre test y post test según el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991).



Nota. En esta figura se observa la evidente reducción entre los niveles de frecuencia de los pensamientos automáticos en el post test (naranja) y post test (azul).

Figura 2

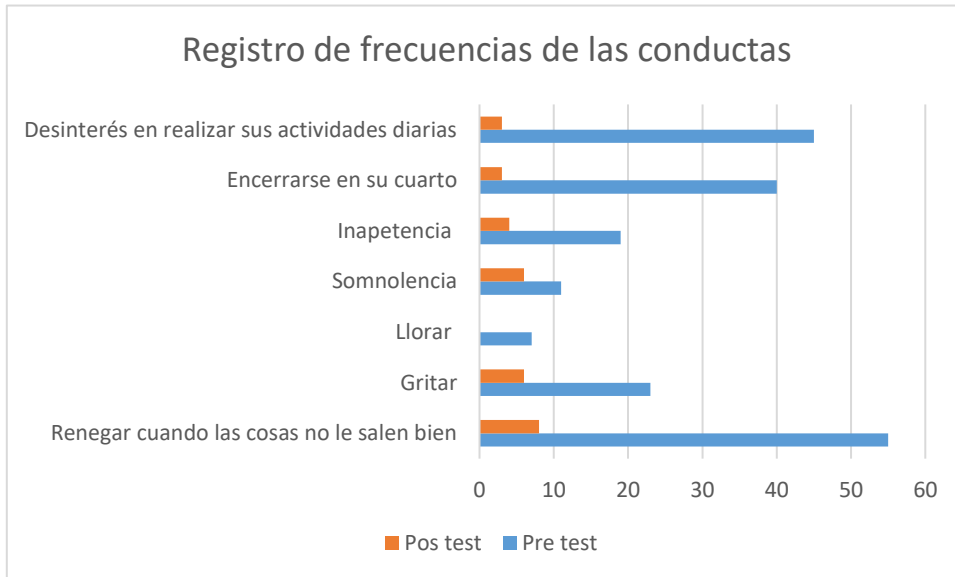
Resultados de la frecuencia e intensidad del registro de emociones negativas



En la figura 2 se observa los resultados comparativos del registro de frecuencia e intensidad del pre test y post test del registro de emociones negativas manifestadas por la paciente. Se percibe una disminución de emociones negativas después de la intervención.

Figura 3

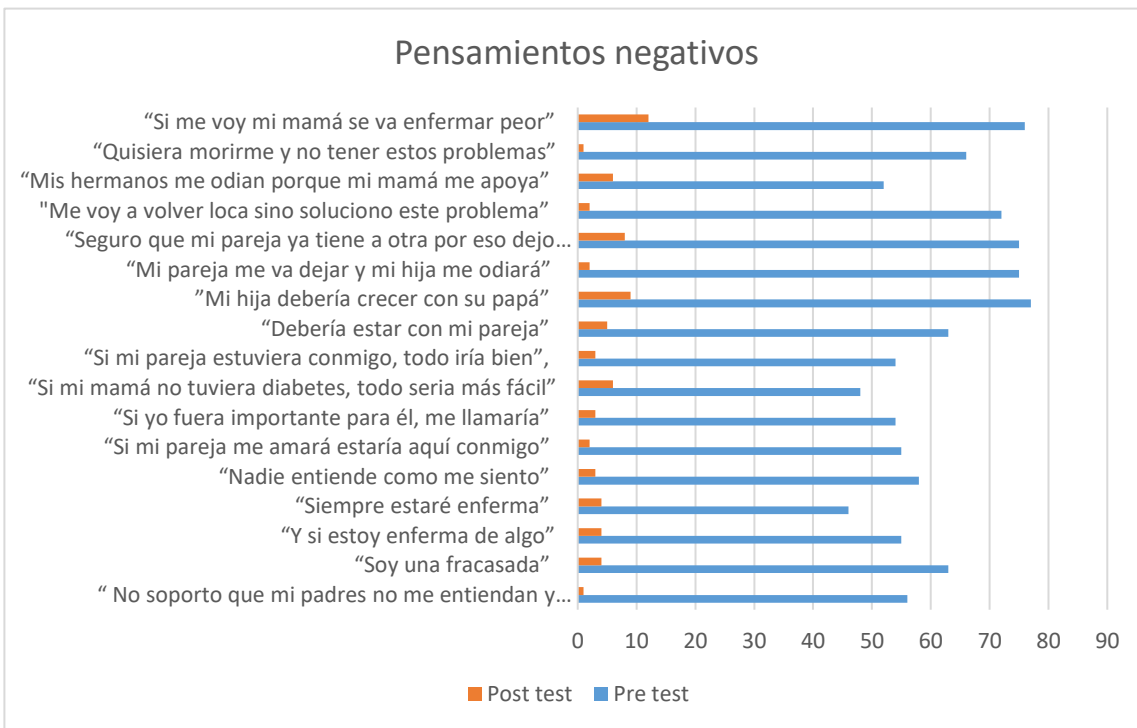
Resultados del registro de frecuencias de las conductas desadaptativas



En la figura 3 se puede observar el registro de conductas desadaptativas manifestadas por el paciente antes y después del tratamiento, en la cual se percibe una disminución significativa de las conductas desadaptativas de la paciente finalizada la intervención.

Figura 4

Resultados del registro de frecuencias de los pensamientos negativo



En la figura 4, se demuestra la eficacia de la intervención cognitivo conductual con la reducción de los pensamientos negativos con un puntaje de 9 como el más alto a un puntaje de 0 como el más bajo.

3.1 Discusión de resultados

La presente investigación tuvo como objetivo general disminuir los síntomas depresivos a nivel cognitivo, conductual y emocional, mediante la terapia cognitivo conductual en una mujer joven. Los resultados muestran una disminución de los síntomas en todos los componentes de la conducta depresiva. Estos hallazgos coinciden con los encontrados por Luza (2020) quien a través de la intervención cognitiva conductual en una mujer con depresión logró disminuir sus emociones negativas, pensamientos disfuncionales y conductas desadaptativas. La TCC es una terapia que ha demostrado una alta efectividad en el tratamiento de la depresión, sobre ello Bastidas (2021) señala que la conjugación de

técnicas cognitivas, conductuales y emocionales permiten la modificación de pensamientos, emociones y promueven conductas adaptativas, lo cual se traduce en una recuperación completa de una persona con depresión si sigue un proceso TCC.

Se planteó como primer objetivo específico disminuir los síntomas fisiológicos depresivos a través de las técnicas de respiración diafragmática, el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y utilizando la detección del pensamiento y el entrenamiento en auto instrucciones en una mujer joven. Al finalizar el tratamiento se redujo la depresión significativamente de un puntaje 35 a 6 al terminar la fase de intervención. Estos resultados coinciden con Llamo (2020) quien en un formato cognitivo conductual de 13 sesiones logró disminuir la sintomatología depresiva de una mujer adulta utilizando técnicas como la relajación progresiva, respiración diafragmática, acompañado de tareas de dominio y agrado y entrenamiento en habilidades sociales. Al respecto Pérez y García (2003) mencionan que los efectos de la TCC se asemejan a los efectos de una medicación antidepressiva tanto en los casos más leves como severos, permitiendo una reducción fisiológica de los síntomas depresivos.

Como segundo objetivo específico se planteó modificar los pensamientos disfuncionales mediante la técnica de las tres columnas y el descubrimiento guiado en una mujer joven. Al finalizar la intervención se apreció la evidente reducción entre los niveles de frecuencia de los pensamientos automáticos, siendo la diferencia de un puntaje de 9 en el pre test a un puntaje de 0 en el post test. Estos resultados se asemejan a los hallados por Feijo (2021) quien intervino en una mujer adulta utilizando la terapia cognitivo conductual, logrando modificar sus pensamientos disfuncionales y alternarlos por otros más funcionales utilizando la reestructuración cognitiva. Los cambios de pensamientos disfuncionales por uno más adaptativo permiten la mejoría a nivel personal, social y laboral. Al respecto Beck

(como se citó por Chávez y Rodríguez, 2020) menciona que nuestra conducta está supeditada a procesos cognitivos, donde los pensamientos automáticos en una persona deprimida se dividen en pensamientos hacia uno mismo, a los demás y al futuro, reestructurando los pensamientos y cambiándolos por pensamientos alternativos se logra la mejoría de los síntomas. De igual manera Beck et al. (2010) menciona que la técnica de la triple columna permite que los pacientes evalúen, examinen y cuestionen los pensamientos irracionales que tienen, lo que permite aumentar la objetividad en sus cogniciones y disminuir la sintomatología distorsionada.

Como tercer objetivo específico se planteó incrementar la regularidad de actividades placenteras y funcionales de la paciente mediante la técnica de asignación de tareas graduadas. Al finalizar el tratamiento se observó una disminución significativa de las emociones negativas. Estos resultados coinciden con los encontrados por Taira (2022) quién intervino en un adulto de 23 años con depresión moderada, logrando disminuir la frecuencia de pensamientos y emociones negativas y aumentar la frecuencia de actividades placenteras.

Como cuarto objetivo específico se planteó incrementar su habilidad de comunicación y solución de problemas mediante las técnicas de habilidades sociales y role playing. Al finalizar el tratamiento se observó una disminución de las conductas desadaptativas de la paciente. Estos hallazgos concuerdan con los encontrados por Suarez (2022) quién realizó una intervención cognitiva conductual en una mujer joven con depresión, logrando aumentar la funcionalidad mediante técnicas como el role playing, el análisis coste-beneficio y la búsqueda de evidencias. Al respecto Segal, Williams y Teasdale (como se citó por Herrera, 2019) consideran el incremento de conductas de interrelación social como un factor importante para mejorar el estado de ánimo, ya que las conductas que permiten un acercamiento social, también generan acceso a refuerzo positivo.

3.2 Seguimiento

Se continuó con el seguimiento en las siguientes cuatro semanas con el objetivo de conocer el estado actual de la paciente, realizar una retroalimentación de lo trabajado en sesiones y conocer la capacidad de la paciente en solucionar y afianzar lo aprendido en las dificultades que se le presentaron en ese tiempo. La sesión de seguimiento tuvo una durabilidad de 45 min y fue de forma presencial, en la cual se evidenció la disminución de los síntomas depresivos, la reducción de pensamientos disfuncionales y el incremento de su área social.

IV. CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se ponen en consideración las siguientes conclusiones:

- 4.1 Se logró disminuir mediante la aplicación de un protocolo de intervención cognitiva conductual la sintomatología depresiva a nivel cognitivo, conductual y emocional en una paciente mujer joven.
- 4.2 Se disminuyó la frecuencia de los síntomas fisiológicos de la depresión a través de las técnicas de respiración diafragmática, el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson, la detección del pensamiento y el entrenamiento en auto instrucciones.
- 4.3 Se disminuyó la frecuencia de los pensamientos disfuncionales utilizando las técnicas de la triple columna y el descubrimiento guiado y reemplazarlos por pensamientos más racionales.
- 4.4 Se logró incrementar la regularidad de actividades placenteras y funcionales mediante la técnica de asignación de tareas graduadas.
- 4.5 Se incrementó la habilidad para comunicarse y solucionar los problemas mediante las técnicas de habilidades sociales, solución de problemas y role-playing.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Ampliar mayores investigaciones en otros grupos etarios que permitan evaluar la efectividad de la TCC en el tratamiento de la depresión.
- 5.2 Realizar un seguimiento y control periódico de la paciente, con el objetivo de evaluar los resultados a largo plazo.
- 5.3 Realizar investigaciones donde se compare la efectividad de la TCC frente a otros enfoques terapéuticos en la recuperación de pacientes con depresión.
- 5.4 Realizar investigaciones que permitan identificar que componentes de la TCC son los que influyen en la disminución de la sintomatología depresiva.
- 5.5 Ampliar las estrategias para la intervención familiar con el objetivo de mejorar el ambiente familiar y generar una red de apoyo que permita generar reforzamiento positivo en la persona con depresión.

VI. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Alarcón, R. (2013). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Universitaria. Universidad Ricardo Palma. URP.
- Ballesteros, M. (2018) *Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo mayor* [Tesis de especialización, Universidad Pontificia Bolivariana]. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/5583>
- Bastidas, L. (2021). *Efectividad de la terapia cognitivo conductual en personas con dependencia emocional a la pareja*. [Tesis de bachiller]. Universidad Nacional de Chimborazo.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer.
- Candela, C. (2021). *Efectos de un programa cognitivo conductual en el nivel de depresión en un caso único*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma del Perú.
- Chávez, H. y Rodríguez, D. (2020). *Satisfacción familiar, dependencia emocional y sentimiento de soledad en estudiantes de una universidad privada de lima metropolitana*. [Tesis de bachiller]. Universidad San Ignacio de Loyola.
- Fernández, T. (2005). *Diseño del trabajo de investigación*. Universidad César Vallejo.
- Fernández, M. (2020) *Efectividad de la intervención cognitivo conductual en una paciente con trastorno de depresión mayor con respuestas de ansiedad: estudio único de caso* [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional UNFV. <http://hdl.handle.net/10584/9947>

Galindo, M. y Zárate, C. (2023). Dependencia emocional y depresión en estudiantes de una universidad privada de Chiclayo, 2022. [Tesis de licenciatura]. Universidad Señor de Sipán.

Gonzales, M (2019). *Intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión de CINAMU*. [Tesis de maestría, Universidad Especializada de las Américas]. Repositorio Institucional UNFV.
<http://repositorio2.udelas.ac.pa/handle/123456789/340>

Gómez, B. (2017). *Adaptación de la terapia híbrida de activación conductual para la depresión*. [Tesis de doctorado]. Universidad de Valencia, España.

Herrera, G. (2019). *Plan de intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual para la depresión*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Técnica de Machala.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo – Noguchi (2022). *Más de dos millones y medio de peruanos tendría algún problema de depresión*.
<https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/020.html>

Ibáñez, J. (2021). *Estrés académico y depresión en estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad Privada del Norte- 2021*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma del Perú.

Landa, M. (2020). *La influencia entre la terapia cognitiva conductual y la depresión en pacientes adultos de la ciudad de Pisco-Ica 2020*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Autónoma de Ica.

Llamo, A. (2022). *Terapia cognitiva conductual para una joven adulta*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5830>

- Lorenzo-Díaz, J., Alfonzo-Díaz, H., Carrete-Friol, Z., Hernández-Quñones, O., & Barrios-Licor, R. (2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(6), e5311. <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5311>
- Luza, E (2022). Intervención cognitiva conductual en una mujer con depresión víctima de violencia de pareja. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5965>
- Mendoza, I. (2020). *Terapia cognitivo conductual: actualidad, tecnología*. [Tesis de bachiller]. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Ministerio de Salud (19 de enero del 2023). *La depresión: un trastorno de salud mental que también afecta a niñas, niños y adolescentes, requiere la participación de la familia*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/690010-la-depresion-un-trastorno-de-salud-mental-que-tambien-afecta-a-ninas-ninos-y-adolescentes-y-requiere-la-participacion-de-la-familia>
- Navarro, M (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional UN. <http://hdl.handle.net/10584/8271>
- Núñez Peña, M & Bono, Roser (2020). *Diseño de investigación en Psicología*. Universidad de Barcelona.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2023). *Depresión*. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>.

Organización Panamericana de la Salud (2020). *La depresión*.

<https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Organización Mundial de la Salud (31 de marzo del 2023). *Depresión*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Pallas, D. (2023). Teorías etiopatogénicas y modelos en la depresión. *Aperturas Psicoanalíticas*, 1 (72), 1-42.

<https://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2023%7Dn072a8.pdf>

Pérez, M. y García, J. (2003). *Guía de tratamientos eficaces para la depresión*. Madrid, Pirámide.

Puerta, J., & Padilla, D. (2011). *Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte*. *Duazary*. Universidad de Magdalena, 8, 251–257. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>

Rubio, J (2018). *Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual en una paciente con Depresión Doble y Rasgos Obsesivos de Personalidad*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte de Barranquilla]. Repositorio Institucional UNB. <http://hdl.handle.net/10584/5818>

Ruiz, M., Diaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclèe De Brouwer.

Sánchez-Villena, A. R., Farfán Cedrón, E., de-La-Fuente-Figuerola, V., y Chávez-Ravines, D. (2022). Estructura factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(2), 158–170. <https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.2.10>

Sánchez, H. & Reyes, C. (2015). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Lima: Editorial Bussines Suport

Suarez, P (2022). *Intervención Cognitivo Conductual en el caso de una mujer joven con depresión*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio Institucional UNFV.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5920>

Taira, S (2022) *Terapia cognitivo conductual para un adulto con depresión*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5966>

Vázquez, A. y Mukamutara, J. (2021). Factores psicosociales asociados a trastornos depresivos en pacientes del Hospital Central de Nampula, Mozambique. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(4), 288-296. Epub 02 de febrero de 2022. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i4.4134>

Vigo, K. (2021). *Estudio de caso clínico: Intervención en terapia cognitiva conductual en un caso de conflicto de pareja*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad San Martín de Porres, Lima.

Viñuales, B. (2022). *La depresión y los estilos de vida saludables*. NPunto, 54(5), 54-79.
<https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6336bdd442884art2-2.pdf>

World Health Organization's (2019) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11 th ed.; ICD-11).

VII. Anexos
Anexos A

Consentimiento informado

Yo Yosli Pizarro Avila identificado con DNI N° 74801084
domiciliado en Anexo de Huata con teléfono N° 956 015 700 libre y
voluntariamente AUTORIZO al personal del Puesto de Salud Andamarca

Para la atención especializada en Salud Mental, en función de la información dada por el personal responsable de la atención con fines de tratamiento, además de fines educativos en una investigación.

Soy conocedor de la autonomía, suficiente que poseo para retirarme u oponerme cuando lo estima conveniente. De igual forma, se respetará la confiabilidad e intimidad de la información suministrada.

Asimismo, declaro haber comprendido y estar conforme con la información recibida

Andamarca, 19 de 06 del 2023

Yosli Pizarro

Firma de paciente o apoderado

Nombres y apellidos: Yosli Pizarro Avila

N° DE DNI: 74801084

Anexos B

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: Yosli Estado Civil: Conyujente Edad: 25 Sexo: F
 Ocupación: Ama de casa Educación: Secundaria Fecha: 12/06/2023

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
 1 Duermo un poco más que lo habitual.
 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
 2a Duermo mucho más que lo habitual.
 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
 3ª. Duermo la mayor parte del día
 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
 1 Estoy más irritable que lo habitual.
 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
 2ª. Mi apetito es mucho menor que antes.
 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
 3ª. No tengo apetito en absoluto.
 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

35

Anexos C

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

| | | | |
|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| 0= Nunca pienso eso | 1= Algunas veces lo pienso | 2= Bastante veces lo pienso | 3= Con mucha frecuencia lo pienso |
|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|

| | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|---|---|
| 1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 2.Solamente me pasan cosas malas | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 3.Todo lo que hago me sale mal | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 4.Sé que piensan mal de mí | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave? | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 6.Soy inferior a la gente en casi todo | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 8.¡No hay derecho a que me traten así! | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 10.Mis problemas dependen de los que me rodean | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 11.Soy un desastre como persona | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 13.Debería de estar bien y no tener estos problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 14.Sé que tengo la razón y no me entienden | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 15.Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 16.Es horrible que me pase esto | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 17.Mi vida es un continuo fracaso | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 18.Siempre tendré este problema | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 19.Sé que me están mintiendo y engañando | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 20.¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza? | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 21.Soy superior a la gente en casi todo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22.Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 23.Si me quisieran de verdad no me tratarían así | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 24.Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo | 1 | 2 | 3 | 4 | |

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| 25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 | |
| 26. Alguien que conozco es un imbécil | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | |
| 28. No debería de cometer estos errores | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 | |
| 29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | |
| 30. Ya vendrán mejores tiempos | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | |
| 31. Es insoportable, no puedo aguantar más | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 | |
| 32. Soy incompetente e inútil | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 | |
| 33. Nunca podré salir de esta situación | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 | |
| 34. Quieren haceme daño | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | |
| 35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero? | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 | |
| 36. La gente hace las cosas mejor que yo | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 | |
| 37. Soy una víctima de mis circunstancias | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | |
| 38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | |
| 39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 | |
| 40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 | |
| 41. Soy un neurótico | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 | |
| 42. Lo que me pasa es un castigo que merezco | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | |
| 43. Debería recibir más atención y cariño de otros | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 | |
| 44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 | |
| 45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | |

Anexo D

AQUÍ TIENE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL MODO COMO USTED SE COMPORTA, SIENTE Y ACTUA DESPUES DE CADA PREGUNTA COLOQUE UN 1 DEBAJO DE "SI" O "NO", SEGUN SEA SU RESPUESTA

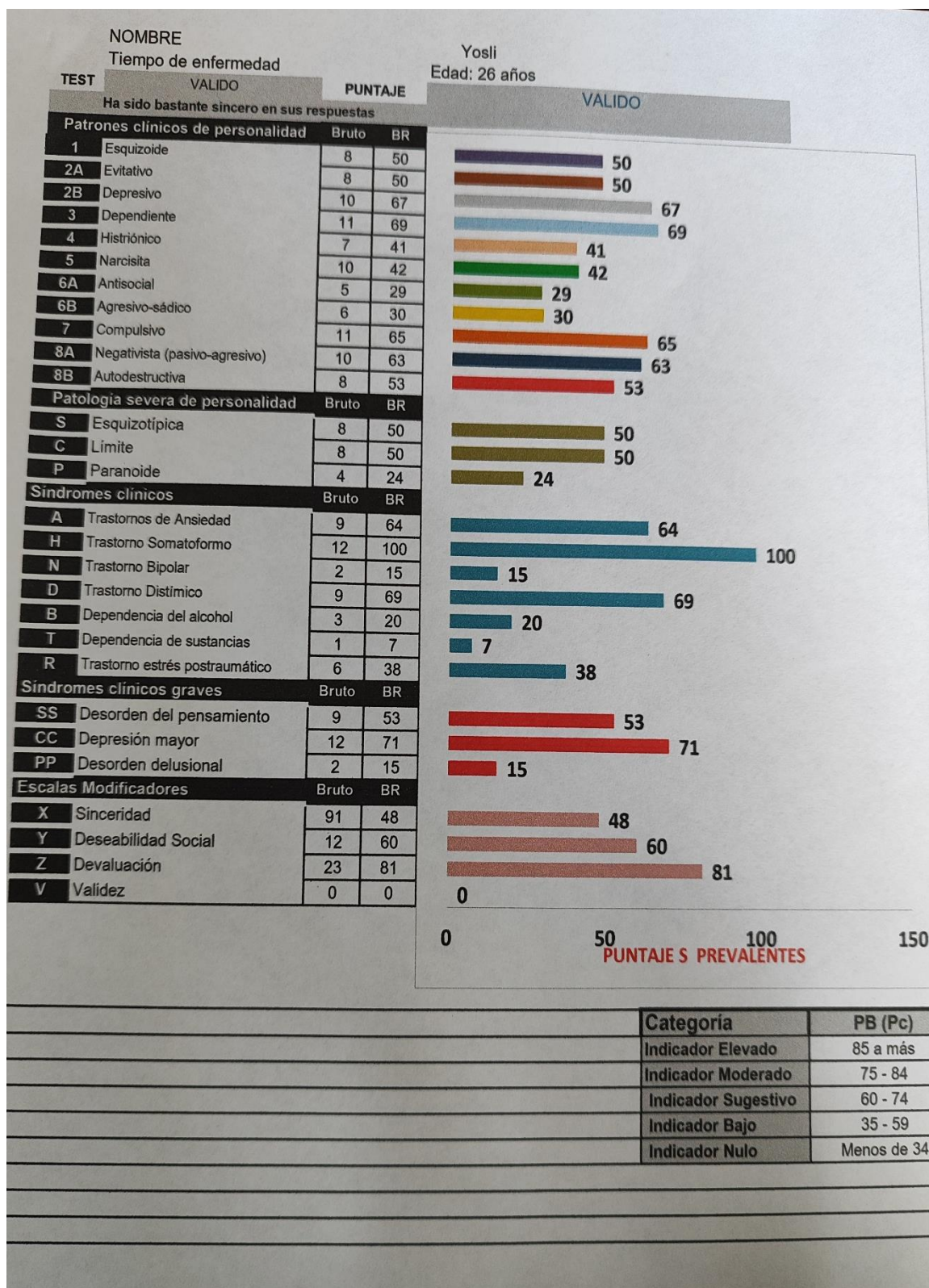
| Nº | SI | NO | |
|----|---|----|---|
| 1 | Le gusta la abundancia de excitación y bullicio a su alrededor? | 1 | 1 |
| 2 | Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber qué? | 1 | 1 |
| 3 | Tiene casi siempre una contestación lista "a la mano" cuando se le habla? | 1 | 1 |
| 4 | Se siente algunas veces feliz, otras triste sin una razón real? | 1 | 1 |
| 5 | Permanece usualmente retirado (a) en fiestas y reuniones? | 1 | 1 |
| 6 | Cuando niño (a) hacía siempre inmediatamente lo que le decían sin renegar? | 1 | 1 |
| 7 | Se enfada a menudo? | 1 | 1 |
| 8 | Cuando lo (a) meten en una patea, prefiere "sacar los trapos al aire" de una vez por todas, en vez de quedar callado (a) esperando que las cosas se calmen solas? | 1 | 1 |
| 9 | Es usted triste, melancólico (a)? | 1 | 1 |
| 10 | Le gusta mezclarse con la gente? | 1 | 1 |
| 11 | Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones? | 1 | 1 |
| 12 | Se pone a veces malhumorado (a) | 1 | 1 |
| 13 | Se catalogaría a sí mismo(a) como despreocupado(a) o confiado a su suerte? | 1 | 1 |
| 14 | Se decide a menudo demasiado tarde? | 1 | 1 |
| 15 | Le gusta trabajar solo (a)? | 1 | 1 |
| 16 | Se ha sentido a menudo apático (a) y cansado (a) sin razón? | 1 | 1 |
| 17 | Es por el contrario animado (a) y jovial? | 1 | 1 |
| 18 | Se ríe a menudo de chistes groseros? | 1 | 1 |
| 19 | Se siente a menudo hastiado (a)? | 1 | 1 |
| 20 | Se siente incómodo (a) con vestidos que no son del diario? | 1 | 1 |
| 21 | Se distrae (fantasea) a menudo cuando trata de prestar atención a algo? | 1 | 1 |
| 22 | Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa? | 1 | 1 |
| 23 | Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo? | 1 | 1 |
| 24 | Esta completamente libre de prejuicios de cualquier tipo? | 1 | 1 |
| 25 | Le gustan las bromas? | 1 | 1 |
| 26 | Piensa a menudo en su pasado? | 1 | 1 |
| 27 | Le gusta la buena comida? | 1 | 1 |
| 28 | Cuando se fastidia, necesita de algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello? | 1 | 1 |
| 29 | Le modesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa? | 1 | 1 |

| Nº | SI | NO | |
|----|--|----|---|
| 30 | Astrea (se jacta) un poco a veces? | 1 | 1 |
| 31 | Es usted muy susceptible por algunas cosas? | 1 | 1 |
| 32 | Le gusta más quedarse en casa que ir a una fiesta aburrida? | 1 | 1 |
| 33 | Se pone a menudo inquieto que no puede permanecer sentado durante mucho rato en una silla? | 1 | 1 |
| 34 | Le gusta planear las cosas cuidadosamente con mucha anticipación? | 1 | 1 |
| 35 | Tiene a menudo mareos (vértigos)? | 1 | 1 |
| 36 | Contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leído? | 1 | 1 |
| 37 | Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndlas social (que hablando a otras sobre ellas)? | 1 | 1 |
| 38 | Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pasado? | 1 | 1 |
| 39 | Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas? | 1 | 1 |
| 40 | Sufre de los "nervios"? | 1 | 1 |
| 41 | Le gustaría más planear que hacer cosas? | 1 | 1 |
| 42 | Deja algunas veces para mañana, lo que debería hacer hoy día? | 1 | 1 |
| 43 | Se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles? | 1 | 1 |
| 44 | Cuando hace nuevos amigos, ¿es usted quien inicia la relación o invita a que se produzca? | 1 | 1 |
| 45 | Sufre fuertes dolores de cabeza? | 1 | 1 |
| 46 | Siente generalmente que las cosas se arreglarán por sí solas y que terminarán bien de algún modo? | 1 | 1 |
| 47 | Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches? | 1 | 1 |
| 48 | Ha dicho alguna vez mentiras en su vida? | 1 | 1 |
| 49 | Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza? | 1 | 1 |
| 50 | Se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa? | 1 | 1 |
| 51 | Se mantiene usualmente hermético (a) o encerrado (a) en sí mismo (a), excepto con amigos muy íntimos? | 1 | 1 |
| 52 | Se crea a menudo problemas por hacer cosas sin pensar? | 1 | 1 |
| 53 | Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos? | 1 | 1 |
| 54 | Se le hace más difícil ganar que perder un juego? | 1 | 1 |
| 55 | Se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo(a) o poco natural cuando está con superiores? | 1 | 1 |
| 56 | Cuando todas las probabilidades están contra usted, ¿piensa aún usualmente que vale la pena probar suerte? | 1 | 1 |
| 57 | Siente "sensaciones" raras en el abdomen, antes de algún hecho importante? | 1 | 1 |

ESQ 1 = 2

DIM N = 100 E = 10

Anexo F



Anexos G

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

| | | | |
|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| 0= Nunca pienso eso | 1= Algunas veces lo pienso | 2= Bastante veces lo pienso | 3= Con mucha frecuencia lo pienso |
|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan | | X | 2 | 3 | 4 |
| 2.Solamente me pasan cosas malas | | X | 2 | 3 | 4 |
| 3.Todo lo que hago me sale mal | | X | 2 | 3 | 4 |
| 4.Sé que piensan mal de mí | | X | 2 | 3 | 4 |
| 5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave? | | X | 2 | 3 | 4 |
| 6.Soy inferior a la gente en casi todo | 0 | X | 2 | 3 | 4 |
| 7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.¡No hay derecho a que me traten así! | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental | 0 | X | 2 | 3 | 4 |
| 10.Mis problemas dependen de los que me rodean | | X | 2 | 3 | 4 |
| 11.Soy un desastre como persona | 0 | 1 | X | 3 | 4 |
| 12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa | 0 | 1 | X | 3 | 4 |
| 13.Debería de estar bien y no tener estos problemas | 0 | X | 2 | 3 | 4 |
| 14.Sé que tengo la razón y no me entienden | 0 | X | 2 | 3 | 4 |
| 15.Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa | 0 | X | 2 | 3 | 4 |
| 16.Es horrible que me pase esto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17.Mi vida es un continuo fracaso | | X | X | 3 | 4 |
| 18.Siempre tendré este problema | | X | 2 | X | 4 |
| 19.Sé que me están mintiendo y engañando | | X | 2 | X | 4 |
| 20.¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza? | | X | X | 3 | 4 |
| 21.Soy superior a la gente en casi todo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22.Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean | 0 | X | 2 | 3 | 4 |
| 23.Si me quisieran de verdad no me tratarían así | | X | X | 3 | 4 |
| 24.Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo | 0 | X | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas | | X | 2 | 3 | 4 |
| 26. Alguien que conozco es un imbécil | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Otros tienen la culpa de lo que me pasa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. No debería de cometer estos errores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Ya vendrán mejores tiempos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Es insoportable, no puedo aguantar más | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Soy incompetente e inútil | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Nunca podré salir de esta situación | | X | 2 | 3 | 4 |
| 34. Quieren hacerme daño | | X | 2 | 3 | 4 |
| 35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero? | | X | 2 | 3 | 4 |
| 36. La gente hace las cosas mejor que yo | | X | 2 | 3 | 4 |
| 37. Soy una víctima de mis circunstancias | | X | 2 | 3 | 4 |
| 38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas | | X | 2 | 3 | 4 |
| 41. Soy un neurótico | | X | 2 | 3 | 4 |
| 42. Lo que me pasa es un castigo que merezco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Debería recibir más atención y cariño de otros | | X | 2 | 3 | 4 |
| 44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Anexos H

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: Yosli Estado Civil: Conyugate Edad: 26 a Sexo: F
 Ocupación: Ama de casa Educación: Secundaria Fecha: 4/12/23

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- No me siento triste.
 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
 2 Me siento triste todo el tiempo.
 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- No estoy desalentado respecto de mi futuro.
 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- No me siento como un fracasado.
 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- No me siento particularmente culpable.
 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 6