



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN EN UNA
MUJER ADULTA**

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autor:

Macavilca Pacheco, Luis Felipe

Asesor:

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado:

Anicama Gómez, José Carlos

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Altamirano Carrasco, Sussety

Lima - Perú

2024



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

INFORME DE ORIGINALIDAD

27%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

16%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Corporación Universitaria Iberoamericana Trabajo del estudiante	2%
2	eprints.ucm.es Fuente de Internet	2%
3	www.infobae.com Fuente de Internet	1%
4	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Manuela Beltrán Trabajo del estudiante	1%
7	espaijove.net Fuente de Internet	1%
8	qdoc.tips Fuente de Internet	1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

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

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autor:

Macavilca Pacheco, Luis Felipe

Asesor:

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado:

Anicama Gómez, José Carlos

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Altamirano Carrasco, Sussety

Lima - Perú

2024

Pensamientos

“Antes de curar a alguien, pregúntale si está dispuesto a renunciar a las cosas que lo enfermaron”.

Hipócrates

“El principal objetivo de la terapia psicológica no es transportar al paciente para un imposible estado de felicidad. Pero sí ayudarlo a adquirir firmeza y paciencia frente al sufrimiento. La vida ocurre en un equilibrio entre la alegría y el dolor”.

C. G. Jung

Dedicatoria

A mi madre, Delia Doris Pacheco López.

Agradecimientos

Al docente Orlando Del Rosario Pacherres, por compartir su tiempo, experiencia y conocimientos, durante el tiempo de clases y asesorías.

Índice

Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	1
1.1 Descripción del problema	3
1.2 Antecedentes	6
1.2.1 Antecedentes Nacionales	7
1.2.2 Antecedentes Internacionales	8
1.2.3 Fundamentación Teórica	9
1.3 Objetivos	14
1.4 Justificación	14
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	15
II. Metodología	16
2.1 Tipo y diseño de Investigación	16
2.2 Ámbito temporal y espacial	16
2.3 Variables de Investigación	16
2.4 Participante	17
2.5 Técnicas e Instrumentos	17
2.5.1 Técnicas	17
2.5.2 Instrumentos	17
2.5.3 Evaluación psicológica	20
2.5.4 Evaluación Psicométrica	31
2.5.5 Informe psicológico integrador	36
2.6 Intervención	38
2.6.1 Plan de intervención y Calendarización	38
2.6.2 Programa de intervención	40
2.7 Procedimiento	46
2.8 Consideraciones éticas	47

III. Resultados	48
3.1 Análisis de los Resultados	48
3.2 Discusión de Resultados	51
3.3 Seguimiento	54
IV. Conclusiones	56
V. Recomendaciones	57
VI. Referencias	
VII. Anexos	

Índice de Tablas

N°	Título	Pág.
Tabla 1	Historia familiar	25
Tabla 2	Diagnóstico funcional	26
Tabla 3	Análisis funcional	27
Tabla 4	Análisis cognitivo	28
Tabla 5	Diagnóstico tradicional	29
Tabla 6	Pensamientos automáticos	35
Tabla 7	Calendarización	38
Tabla 8	Etapa de evaluación	40
Tabla 9	Etapa de intervención – Objetivo 1	41
Tabla 10	Etapa de intervención – Objetivo 2	41
Tabla 11	Etapa de intervención – Objetivo 3	42
Tabla 12	Etapa de intervención – Objetivo 4	43
Tabla 13	Etapa de intervención – Objetivo 5	44
Tabla 14	Etapa de intervención – Objetivo 6	45
Tabla 15	Etapa de seguimiento	46

Índice de Figuras

N°	Título	Pág.
Figura 1	Resultados del inventario de depresión de Beck	48
Figura 2	Resultados de la escala de autoestima de Rosenberg	48
Figura 3	Resultados del inventario de pensamientos automáticos	49
Figura 4	Registro de frecuencia de síntomas fisiológicos de depresión	49
Figura 5	Registro de frecuencia de pensamientos distorsionados	50
Figura 6	Registro de intensidad emocional de depresión	50
Figura 7	Registro de frecuencia conductual de depresión	51

Resumen

Se presenta el caso psicológico de intervención cognitivo conductual, en una mujer adulta de 30 años, casada, docente de educación inicial, con diagnóstico de depresión moderada. El objetivo principal de la intervención fue, disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de la conducta depresiva, a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual. Esta investigación es de tipo aplicada, de diseño experimental (pre – experimental) y con abordaje en base al modelo A-B. Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron el Inventario de depresión de Beck, la Escala de autoestima de Rosenberg, el Inventario Multiaxial de Millon II y el Inventario de pensamientos automáticos (IPA). La intervención incluyó técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, parada de pensamientos, flecha descendente, autoinstrucciones, técnica de las tres columnas, respiración diafragmática, relajación muscular, role playing, técnica de imaginación guiada y solución de problemas. Al finalizar el programa de intervención, se obtuvo como resultado la reducción de los síntomas fisiológicos (temblor en el cuerpo, sudoración palmar, respiración acelerada, aumento del ritmo cardíaco), cognitivos (“nada volverá a ser como antes”, “no fui lo suficiente mujer para él”, “¿con quién estará hablando?”, “¿quién va a querer estar con una aburrida como yo?”), emocionales (tristeza, preocupación, culpabilidad, enojo) y conductuales (llorar, quedarse en casa viendo televisión, revisar el celular de su esposo), asociados a la depresión de la evaluada. De igual manera, se incrementó el nivel de autoestima y las conductas de interacción social.

Palabras clave: Depresión, terapia cognitivo conductual, mujer adulta, caso único.

Abstract

The psychological case of cognitive behavioral intervention is presented in a 30-year-old adult woman, married, early education teacher, with a diagnosis of moderate depression. The main objective of the intervention was to reduce the physiological, cognitive, emotional and behavioral symptoms of a woman with depression, through the application of cognitive behavioral therapy. This research is of an applied type, with an experimental design (pre-experimental) and an approach based on the A-B model. The instruments used for the evaluation were the Beck Depression Inventory, the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Millon Multiaxial Inventory II and the Automatic Thoughts Inventory. The intervention included techniques such as psychoeducation, cognitive restructuring, thought stopping, downward arrow, self-instructions, three column technique, diaphragmatic breathing, muscle relaxation, role playing, guided imagination technique and problem solving. At the end of the intervention program, the result was a reduction in physiological symptoms (body tremor, palm sweating, accelerated breathing, increased heart rate), cognitive symptoms (“nothing will be the same again,” “I wasn't the same.” enough woman for him”, “who is he talking to?”, “who would want to be with a boring girl like me?”), emotional (sadness, worry, guilt, anger) and behavioral (crying, staying at home watching television, checking her husband's cell phone), associated with the evaluated woman's depression. Likewise, the level of self-esteem and social interaction behaviors increased.

Keywords: Depression, cognitive behavioral therapy, adult woman, single case.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel global, se estima que la depresión afecta a más de 450 millones de personas en todo el mundo y una de cada cuatro personas sufrirá este tipo de problema a lo largo de su vida. En Europa, a mediados del 2020, había 2,1 millones de personas con un cuadro depresivo, mientras que, en América Latina, se estima que el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad han aumentado en un promedio de 35% y 32%, respectivamente desde la pandemia.

Para Beck (1983), la depresión es principalmente un trastorno del pensamiento más que del estado de ánimo, caracterizado por pensamientos negativos acerca de sí mismo, la situación y el futuro. Siguiendo esta línea, Benavides (2017) define a la depresión como un trastorno mental, usualmente de presencia reiterada que desata una variación emocional de tristeza, en la mayoría de los casos adherido a síntomas ansiosos, así como también sensación de vacío, disminución en la comunicación social, ideas suicidas y otros síntomas somáticos.

La depresión moderada es un tipo de depresión que se encuentra dentro de la clasificación de trastornos de ansiedad según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) y presenta los siguientes indicadores: Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, ideas suicidas recurrentes.

Por ello, se toma en cuenta a la terapia cognitivo conductual, ya que ha demostrado científicamente efectos favorables en los trastornos de salud mental, ya que se considera utilizarla para explicar intervenciones con el objetivo de disminuir el malestar emocional y

conductas desadaptativas, por medio de la modificación de los pensamientos distorsionados. (Kaplan et al., 1996)

Es así que se presenta el caso psicológico de intervención cognitivo conductual, en una mujer adulta de 30 años, casada, docente de educación inicial, con diagnóstico de depresión moderada. El objetivo principal de la intervención fue, disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de la conducta depresiva, a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual. Para ello se plantearon seis objetivos específicos: Disminuir las respuestas fisiológicas de la depresión, disminuir las respuestas emocionales de ansiedad, disminuir pensamientos distorsionados, disminuir las emociones disfuncionales, incrementar el nivel de autoestima e incrementar conductas de interacción social.

El presente estudio es una investigación de tipo aplicada, de diseño experimental (pre – experimental) y con abordaje en base al modelo A-B. Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron el Inventario de depresión de Beck, la Escala de autoestima de Rosenberg, el Inventario Multiaxial de Millon II y el Inventario de pensamientos automáticos (IPA). La intervención incluyó técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, parada de pensamientos, flecha descendente, autoinstrucciones, técnica de las tres columnas, respiración diafragmática, relajación muscular, role playing, técnica de imaginación guiada y solución de problemas.

Al finalizar el programa de intervención, se obtuvo como resultado la reducción de los síntomas fisiológicos (temblor en el cuerpo, sudoración palmar, respiración acelerada, aumento del ritmo cardíaco), cognitivos (“nada volverá a ser como antes”, “no fui lo suficiente mujer para él”, “¿con quién estará hablando?”, “¿quién va a querer estar con una aburrida como yo?”), emocionales (tristeza, preocupación, culpabilidad, enojo) y conductuales (llorar, quedarse en casa viendo televisión, revisar el celular de su esposo), asociados a la depresión de la evaluada. De igual manera, se incrementó el nivel de autoestima y las conductas de interacción social.

Por consiguiente, para una mayor comprensión del caso único, se procede a presentar el contenido del trabajo en los siguientes apartados:

En el apartado I, se presenta la introducción del trabajo, seguido de la descripción del problema, los antecedentes nacionales e internacionales, asimismo, se brinda la fundamentación teórica de las variables. Además, se presentan los objetivos, tanto general como específicos, la justificación y los impactos esperados del trabajo académico.

En el apartado II, llamado metodología, se describe el tipo y diseño de investigación, el ámbito temporal y espacial donde se realizó la investigación, la descripción de la variable dependiente e independiente y los datos de la participante. Asimismo, se describen las técnicas e instrumentos utilizados para la evaluación psicológica y psicométrica, dando como resultado el informe psicológico integrador. En este mismo apartado, se presenta el plan de intervención y calendarización, el programa de intervención y el procedimiento. Finalmente, podemos encontrar las consideraciones éticas, tomadas en cuenta para mantener la confidencialidad de la evaluada.

En el apartado III, se detallan los resultados del programa de intervención, tanto el análisis de resultados, como la discusión de resultados y la fase de seguimiento.

Finalmente, en los apartados IV, V, VI y VII, se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos del trabajo académico.

1.1. Descripción del problema

A nivel global, Corea (2021) indica que se estima que la depresión afecta a más de 450 millones de personas en todo el mundo y una de cada cuatro personas sufrirá este tipo de problema a lo largo de su vida, independientemente de su edad o condición social, y es la principal causa de discapacidad en todo el mundo y uno de los principales contribuyentes a la carga global de enfermedad. Las tasas observadas en Estados Unidos, Europa y Brasil fueron más altas porque más del 15% de la población había padecido depresión mayor en algún momento de su vida y más del 6% en el año anterior. En los Estados Unidos, alrededor de una quinta parte de los adultos mayores de 18 años informaron síntomas relacionados con un trastorno depresivo en 2019.

Según la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), la depresión es casi tres veces más frecuente en la mujer (58,5%) que en el hombre (23,3%), por lo que la prevalencia en el sexo femenino duplica a la del masculino (7,1 % frente a 3,5 %). A mediados del 2020, había 2,1 millones de personas con un cuadro depresivo, de acuerdo con la Encuesta Europea de Salud. Asimismo, el IV Estudio de Salud y Estilo de Vida de Aegon ha estimado que uno de cada cinco españoles, es decir el 20,6% de la población, presenta síntomas compatibles con un posible caso de depresión.

En América Latina y el Caribe se estima que el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad han aumentado en un promedio de 35% y 32%, respectivamente desde la pandemia (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

En México, la depresión ocupó el primer lugar entre las discapacidades entre las mujeres y el noveno entre los hombres. Datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Mental (ENEP) en México indican que el 9.2 % de los mexicanos ha tenido un trastorno afectivo en algún momento de su vida y el 4.8 % en los 12 meses anteriores al estudio.

Corea (2021) nos refiere que, en países como Colombia y Chile, la situación es muy similar a la de México. Honduras tiene una de las tasas más altas de homicidio doloso en Centroamérica, lo que incluye una gran cantidad de asesinatos de mujeres, creando importantes secuelas emocionales y consecuencias en la salud mental de las víctimas y sobrevivientes. Por ello se supone que en Honduras existen muchos factores que contribuyen al estrés y la ansiedad sin importar la edad, el sexo o la raza, y se estima que más del 30% de la población hondureña sufre o ha vivido un episodio depresivo. En otros estudios realizados en diferentes partes de Honduras, se encontró que gran parte de la población, en especial mujeres, jóvenes y enfermos residen en zonas urbanas y frente a la violencia y/o con enfermedades crónicas son más vulnerables. de trastornos mentales, especialmente depresión o ansiedad.

En un estudio realizado en Perú, Colombia, Paraguay, El Salvador, México, Uruguay, y Argentina, se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a los síntomas depresivos, el 41,30% presentó síntomas mínimos de depresión, el 31,20% depresión leve, el 15,20% depresión moderada, el 7,60% depresión moderadamente severa y el 3,90% depresión severa. (Román, 2022)

En el Perú, el director de Salud Mental del MINSA precisó que en el 2021 se atendieron más de 1 300 000 casos de problemas vinculados a la salud mental. "La mayor parte de estos casos son de personas, de todas las edades, con desordenes depresivos o trastornos de ansiedad, pero también con trastornos mentales severos; como trastornos por consumo de sustancias y otras drogas, psicosis, bipolaridad o problemas del desarrollo, entre otros". Además, el MINSA (2023) informó que atendió 247 mil 171 casos de depresión durante el 2022, el 75% mujeres y 25% hombres. Asimismo, en el 2021 se registraron 313 mil 455 casos de depresión. Además, los más afectados por esta condición son los adultos, siendo el 46% de los casos. Le siguen los jóvenes (24%), adultos mayores (17%), adolescentes (10%) y niños (2%). De igual manera se precisó que: "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)”. “En el 2017, se suicidaron en el Perú 466 personas; en el 2018, 576; en el 2019, 638; en el 2020, 612; en el 2021, la cifra subió a 708 y en el 2022 se registró 614 personas. Este año, al 10 de enero, ya se habían registrado 14 suicidios. De esta cantidad, probablemente el 70% tenía un problema de depresión”.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Feijoo (2021) a través de su estudio de caso en una mujer de 39 años con trastorno depresivo recurrente, el cual tuvo como objetivo modificar el sistema de pensamientos distorsionados instaurando nuevas formas de pensar de forma flexible y lógica de esa manera se dé el cambio emocional y conductual, pudiéndose optimizar su desempeño personal y familiar a través de la terapia cognitiva conductual. Utilizo como instrumentos El inventario Depresión de Beck, El Inventario clínico multiaxial Millón II e Inventario de Pensamientos Automáticos. La intervención consto de 12 sesiones 10 de intervención y 2 de seguimiento usando técnicas como programación de actividades, dominio y agrado, reestructuración cognitiva, el termómetro emocional y técnica de relajación. Se obtuvo como resultados la disminución significativa de la sintomatología depresiva, con mejoras a nivel personal, social, familiar y laboral.

Calderón (2020) presenta el estudio de un caso clínico donde desarrolla una intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con depresión, el objetivo de la investigación es demostrar que a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual se disminuyen los síntomas y signos de la depresión, favoreciendo un desarrollo adaptativo en la vida de la usuaria. El tipo de investigación fue aplicada, con diseño de caso único, siendo

bicondicional ABA. Los instrumentos y técnicas utilizadas para la evaluación fueron la observación y entrevista psicológica, el Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón. La aplicación de la terapia cognitiva conductual se dio a través de técnicas como la psicoeducación, relajación, auto instrucciones, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva. Los resultados logrados fueron favorables debido a que se evidenció la disminución de la sintomatología depresiva en la usuaria.

Huaynates (2019) realizó un estudio de caso en Lima para disminuir la sintomatología depresiva y los sentimientos de culpa, en una mujer de 40 años, mediante la intervención cognitivo conductual. Los instrumentos para recolectar los datos que utilizó fueron: entrevista, línea base, auto registros, análisis funcional y cognitivo, Inventario de Beck y la Escala de Personalidad de Eysenck. Asimismo, se aplicó las técnicas cognitivas conductuales como relajación, auto instrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva. Se emplea el diseño univariable multicondicional ABA, con la finalidad de reestructurar los pensamientos desencadenantes de emociones y comportamientos perjudiciales. Los resultados manifiestan una disminución del nivel de depresión, reducción de pensamientos, emociones y comportamientos negativos para la usuaria según las evaluaciones de seguimiento, de esta manera, al finalizar la fase de tratamiento se ratifica la efectividad de las técnicas empleadas para el caso de depresión.

Álvaro (2018) realizó una investigación en Lima que tuvo como objetivo principal la disminución de los niveles de depresión en una paciente de 22 años de edad, a través de la terapia cognitivo conductual, uso el diseño experimental de caso único Univariable Multicondicional – ABA, inicio con la evaluación de los síntomas a través del inventario de depresión de Beck, después aplicó el programa de intervención cognitivo conductual en el que incluyó técnicas como psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en técnicas de

relajación, auto instrucción de afrontamiento, técnicas de asertividad, solución de problemas, y reestructuración cognitiva. Los resultados encontrados evidencian disminución de los síntomas depresivos ya que el puntaje inicial (línea base) se halló una depresión Moderada y al final del tratamiento se evidencio ausencia de depresión, así mismo se observó una disminución de ideas irracionales, niveles de ansiedad, logrando así la eficacia del tratamiento cognitivo conductual.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Barbosa (2020) describe una investigación donde plantea la evaluación e intervención psicológica en un caso de depresión mayor en Bucaramanga, Colombia donde el objetivo es utilizar el modelo cognitivo conductual para reducir la sintomatología depresiva en el usuario de 77 años de edad; el modelo fue un estudio de caso único con pre y post test; utilizó instrumentos de evaluación como la Escala de depresión de Hamilton, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y Autorregistros del pensamiento disfuncional. La intervención terapéutica se dio en 11 sesiones, las cuales tuvieron como base fundamental el modelo de Aaron Beck, con principal énfasis en el manejo de los pensamientos automático, la primera fase fue de evaluación y diagnóstico, seguida de su intervención y finalizando con la etapa de evaluación del post test. Los resultados obtenidos dieron una disminución de la sintomatología depresiva, logrando una mejor calidad de vida del usuario y desarrollando interpretaciones alternativas en el abordaje terapéutico.

Cruz (2019) desarrolló un estudio de caso único en Bucaramanga, Colombia planteando una intervención cognitivo conductual en un joven de 17 años con un diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin signos psicóticos. El objetivo fue evaluar y aplicar técnicas cognitivas y conductuales para el tratamiento del caso; se utilizaron instrumentos y técnicas de evaluación como la entrevista clínica, la observación conductual y se aplicó la Escala de Riesgo Suicida, la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)

y el Inventario de depresión de Beck. La estructura de las 10 sesiones estuvo dada por procedimientos como la reestructuración cognitiva, la detención, la psicoeducación, el control de pensamientos automáticos y la resolución de problemas. Al concluir el proceso se evidenció como resultado una reducción significativa de la sintomatología depresiva, reafirmando así la efectividad del enfoque cognitivo conductual.

Ballesteros (2018) en su proyecto de Intervención Psicológica desde el Modelo Cognitivo Conductual en un Caso de Trastorno Depresivo Mayor en Bucaramanga, Colombia. Tuvo como objetivo describir el proceso de análisis e intervención de un trastorno depresivo mayor y disminuir la sintomatología depresiva, la cual consto de 14 sesiones, se tuvo como instrumento el inventario de depresión de Beck II, el inventario multiaxial de Millón II, el inventario de ansiedad de Beck – BAI y la escala de Estrategias De Coping. Las técnicas que se utilizo fue psicoeducación, detección y control de pensamientos automáticos, técnicas del control de la respiración, resolución de problemas, biblioterapia, reestructuración cognitiva, tareas para la casa. Los resultados señalan que: se alcanzó la disminución de la sintomatología del ánimo mediante la TCC.

1.2.3. Fundamentación Teórica

A. Depresión. Para Álamo et. al. (2012), la depresión deriva del latín depressus, cuyo significado es desalentado o decaído; conceptualmente lo describe como una alteración o trastorno emocional, manifestándose como una fase de infelicidad, con una variación en el tiempo, sea transitorio o permanente. Asimismo, se señala que los niveles elevados de depresión suelen ser incapacitantes, llegando a dañar la identidad personal y profesional (Mingote et. al., 2009).

De igual forma, Benavides (2017) define a la depresión como un trastorno mental, usualmente de presencia reiterada que desata una variación emocional de tristeza (depresión),

en la mayoría de los casos adherido a síntomas ansiosos, así como también sensación de vacío, disminución en la comunicación social, ideas suicidas y otros síntomas somáticos.

Por su parte, Vallejo (2011), resalta que el punto principal de la depresión es la tristeza intensificada, involucrando a la persona hasta alterar sus relaciones intrapersonales como interpersonales; a su vez, esta influye en su pensamiento (cognición), afectividad (emoción), fisiología (ritmos biológicos y somatización) y conducta.

B. Modelos explicativos de la depresión.

B.1. Teoría biológica. Para Silva (2002), en sus estudios realizados comprobó que la consanguinidad de primer grado, es decir, familiares directos como padres, hijos o hermanos que padecen depresión, tienen tres veces más la posibilidad de desarrollar un cuadro clínico de depresión, a diferencia de los demás habitantes. Por tanto, la heredabilidad tiene una influencia de un 31% a 42% a desarrollar depresión mayor, no obstante, suele aumentar la probabilidad cuando se trata del subtipo de la depresión recurrente (Restrepo et. al., 2017).

Adicionalmente, para Pérez et. al. (2017), manifiestan que el cuadro depresivo es causado por una alteración funcional de los neurotransmisores, siendo estos la serotonina (5-HT) y la noradrenalina (NA) en las partes emocionales del cerebro.

B.2. Teoría conductual. Según Vásquez et. al. (2000), el enfoque conductual suscita que la depresión es principalmente un suceso aprendido que ha tenido relación interaccional de forma negativas entre el sujeto y su ambiente. Por ello, se utiliza métodos conductuales para modificar los modelos poco adaptativos tanto en su cognición, emoción y conducta. De hecho, Lewinsohn et. al. (1986) resaltan que la depresión surge de la disminución del refuerzo positivo contingente a las acciones o conductas del individuo. Entre tanto, la persona obtiene conductas saludables del refuerzo positivo según el número de veces que ocurre un evento, que posiblemente sea reforzador para la persona, así también, la cantidad de hechos potencialmente reforzadores que tienen oportunidad de presentarse, y el total de habilidades que el sujeto

posee, entre ellas las habilidades sociales, las cuales incitan refuerzos positivos en sus conductas externas (Lewinsohn y Gotlib, 1995).

Por otro lado, Nezu (1987) explicaba que la depresión surgía de la incapacidad de solucionar problemas que experimentaba el sujeto, comprobando una relación entre ellos que afectaba a niños y adultos. También, Vázquez et. al. (2000) tras investigar el modelo de Nezu, señalaron que la depresión se presenta tras la falta de algún componente de solución de problemas (Río, 2017): 1. Orientación hacia el problema. 2. Definición y formulación del problema. 3. Generación de soluciones de alternativas. 4. Toma de decisiones. 5. Puesta en práctica de la solución y verificación. Cabe mencionar que, si no se resuelve el conflicto, el individuo vive consecuencias desagradables, es decir, hay una reducción en el refuerzo de la conducta (Barraca y Pérez, 2015).

B.3. Teoría cognitiva. Según Beck et. al. (1979) en su teoría cognitiva indican que la depresión surge como consecuencia de una interpretación desadaptativa de los eventos y acontecimientos que debe enfrentar el individuo, teniendo tres conceptos fundamentales: (1) la cognición, refiriéndose al proceso y organización del pensamiento, percepción y de las representaciones mentales; el (2) son los esquemas, siendo la base de creencias que se compone por los principios directrices que funciona como procesador de información del ambiente externo y (3) son los contenidos cognitivos, esto es el significado que la persona da a las imágenes o pensamientos, es decir, que la interpretación que haga sobre un suceso tendrá una fuerte dominio sobre su sentir (Carrasco, 2017).

Igualmente, la Teoría Cognitiva de Beck (2005) también explica que hay cuatro elementos por la que se da la depresión: la tríada cognitiva, visión negativa sobre uno mismo (distorsión en la autopercepción y sentimientos de inferioridad), visión negativa del mundo (inadecuada interpretación en relación a su interacción con el ambiente) y visión negativa del futuro (sensación de que la mejora es inalcanzable), disfunción en los esquemas, los

pensamientos automáticos negativos, errores de la percepción y en el procesamiento de la información (Perris, 1989).

C. Sintomatología de la depresión.

C.1. Anímica. Existe un nivel de tristeza exacerbada, suele ser el síntoma más fácil de reconocer y suele generar más malestar que el resto de los síntomas (Klerman, 1987). También puede manifestarse la irritabilidad constante, sensación de vacío, ante los cuadros más severos los pacientes consideran que no son capaces de experimentar emociones. Además, se experimenta una escasa o nula respuesta de satisfacción ante actividades que antes le generaban satisfacción (anhedonia), no basta con un síntoma afectivo para considerar que la persona presenta depresión, la anhedonia suele acompañar la tristeza profunda (Belloch et. al., 2008).

C.2. Motivacional. La persona con depresión suele experimentar inhibición de sus actividades, debido a que la motivación desciende, esto podría deberse al escaso placer que presentan al realizar sus actividades, además, este tipo de conducta suele experimentarse en conjunto de pensamientos de desesperanza, falta de control sobre su vida y pérdida del sentido de la vida. Las actividades diarias se convierten en retos que la persona prefiere evitar en ocasiones. La expresión más intensa de estos síntomas suele denominarse retardo psicomotor, donde los mismos movimientos del sujeto se reducen de manera significativa, cambiando su forma de hablar, gestos y expresiones; asimismo, también se puede llegar al estupor depresivo, el sujeto pierde movilidad y no se expresa (Belloch et. al., 2008).

C.3. Cognitiva. En función a las estructuras mentales, los sujetos presentan alteraciones en la memoria, atención y concentración, asimismo, rumiaciones e ideas distorsionadas negativas sobre sí mismo, el mundo y el futuro (Belloch et. al., 2008).

C.4. Física. Suelen presentarse alteraciones en el sueño, alimentación, fatiga constante, reducción de la libido y pérdida de peso, en ocasiones, se evidencia malestar corporal, cefaleas, estreñimiento y problemas visuales (Belloch et. al., 2008).

C.5. Interpersonal. Los pacientes con depresión presentan dificultades en sus relaciones interpersonales, perciben rechazo y tienden a aislarse (Belloch et. al., 2008).

D. Modelos de Intervención.

D.1. Terapia Conductual. La terapia conductual busca la mejora de las relaciones interpersonales, a través de conductas más adaptables y saludables, integrando reforzadores positivos como estímulo a estas conductas, de esta forma se logra la disminución de conductas negativas. Lewinsohn realizó el primer programa de intervención, quien busca probar como aparece la depresión, su investigación está sustentado en las investigaciones conductuales de Skinner. Su teoría da a conocer que la depresión es generada por la ausencia y/o carencia de reforzamientos en las conductas que emite la persona en su vida diaria (Carrasco, 2017).

D.2. Terapia Cognitiva. Tiene como finalidad la modificación de la cognición; basada en tres hipótesis, la primera es que la percepción negativa que tiene de su entorno, es debido al comportamiento y las emociones que presenta la persona con depresión, la segunda hipótesis es que las cogniciones como las creencias, pensamientos y otros logran ser advertidas y anunciadas por la persona, pero para lograr ello, se debe instruir teniendo en cuenta que las cogniciones pueden o no ser consecuentes, la tercera es la modificación de la emoción y el comportamiento conllevando al cambio de la cognición. La terapia cognitiva señala también el trabajo en conjunto que realiza el terapeuta como el paciente, ya que buscan restaurar los problemas del paciente en sintomatología que sea objetiva y específica, después se elabora un programa de intervención individual, basado en los problemas del paciente (Beck et. al, 1979).

D.3. Tratamiento farmacológico. Los antidepresivos tricíclicos han logrado tratar eficazmente la depresión mayor y la distimia, no obstante, los fármacos de la nueva generación (como inhibidores selectivos de la serotonina) han demostrado que son más seguros y tolerados por los pacientes e incluso es superior al placebo que genera los antidepresivos tricíclicos (Vásquez, 2000).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de una mujer con depresión a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a) Disminuir las respuestas fisiológicas de la depresión mediante la técnica de respiración diafragmática.
- b) Disminuir las respuestas emocionales de ansiedad mediante la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.
- c) Disminuir pensamientos distorsionados mediante la técnica de reestructuración cognitiva, flecha descendente y parada de pensamiento.
- d) Disminuir las emociones disfuncionales mediante la técnica de autocontrol y visualización.
- e) Incrementar el nivel de autoestima mediante psicoeducación, reestructuración cognitiva, cuestionamiento socrático.
- f) Incrementar conductas de interacción social mediante la técnica de asignación de tareas graduales, resolución de problemas, modelado y autoinstrucciones.

1.4. Justificación

El presente estudio busca beneficiar a la evaluada con la cual se trabajó, ya que le permite un mejor afrontamiento ante las situaciones que le generan sintomatología depresiva, mejorando en su desenvolvimiento personal y familiar.

A su vez, se pretende contribuir con un aporte metodológico, dado que el presente trabajo servirá como una referencia para otros profesionales en psicología y/o estudiantes, que pretendan abordar casos psicológicos en depresión.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Se logró disminuir la sintomatología depresiva de la evaluada, mejorando su salud emocional y física. De esta manera, se redujeron los pensamientos irracionales que son desadaptativos y disminuyeron las respuestas fisiológicas perturbadoras, llevándola a tener mejor calidad de vida. Finalmente, esta intervención podrá ser replicada en casos con sintomatología similar tomándolo como evidencia empírica.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

El presente trabajo se ubica dentro de la investigación aplicada, ya que según Sánchez y Reyes (2015), menciona que: La aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ella se deriven.

Además, corresponde a un diseño experimental (de tipo pre experimental), en los que un solo individuo es el propio control. Se utilizó el modelo AB, donde la fase A implica observaciones de la línea base, y la fase B introduce la variable de tratamiento, para observar los cambios en la variable dependiente (Montero y León, 2007).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El desarrollo de la intervención psicológica de este caso clínico se desarrolló en el año 2023, desde el mes de marzo hasta agosto, siendo 18 sesiones semanales y 2 de seguimiento, con duración de 60 minutos de forma presencial en la ciudad de Lima (Centro de Salud Villa Mercedes, ubicado en el distrito de San Bartolo).

2.3. Variables de Investigación

2.3.1. *Variable independiente: Terapia Cognitivo Conductual*

Puerta y Padilla (2011) señalan que la Terapia Cognitivo Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, se basa en lograr que el paciente modifique sus pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más funcionales para hacer frente a sus problemas. Se encuentra conformada por técnicas e intervenciones estructuradas que se ponen en práctica luego de una evaluación de la sintomatología del paciente.

2.3.2. *Variable dependiente: Depresión*

Beck (1983), como se citó en López (2016), señala que la depresión es principalmente un trastorno del pensamiento más que del estado de ánimo, caracterizado por pensamientos

negativos acerca de sí mismo, la situación y el futuro, que conforman la triada cognitiva. Según Beck las atribuciones de los individuos deprimidos serán personales; es decir las personas deprimidas se culparán a sí mismas por cualquier cosa mala que suceda, y cuando suceda algo bueno lo atribuyen a la suerte. (p. 305)

2.4. Participante/ Sujeto

La consultante es una mujer de 30 años, nacida en Lima, de estado civil casada, residente en el distrito de Lince, Lima, con grado de instrucción superior completa, de profesión profesora de educación inicial, cargo en el que actualmente se desempeña en un colegio de educación primaria.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

A. Entrevista psicológica. Busca identificar las conductas objetivo de evaluar. Además, es el método para solicitar, el consentimiento informado, desarrollar el análisis funcional, la historia clínica, conocer la motivación del paciente o evaluar la efectividad de las intervenciones. (Ruiz et. al., 2012).

B. Observación psicológica. Es un método requerido durante la intervención y su objetivo está dirigido a obtener información detallada acerca de las conductas problemas e identificarlas claramente (Ruiz et. al., 2012).

2.5.2. Instrumentos

A. Inventario de depresión de Beck – II.

Ficha Técnica

- Nombre: Inventario de depresión de Beck II- (DBI-II).
- Autores: Aron Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
- Año en la que se publicó: El cuestionario fue adaptada en Lima Sur por Espinosa Estrada Ángela (2016).

- Administración: Colectiva e Individual.
- Significación: Evaluar el nivel de Depresión.
- Tiempo de aplicación: 10 minutos como máximo.
- Grado de aplicación: Mayoría de edad.
- Descripción: El inventario de Depresión Beck-(BDI-II). Es de uso auto aplicable de 21 ítems ha sido diseñado para evaluar el grado de la sintomatología depresiva de la persona en adultos y en el adolescente con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir entre las cuatro alternativas lo que mejor le parezca según el estado de ánimo del cual se encuentre.
- Análisis psicométrico: Espinoza (2016), en una muestra de más de 1000 universitarios de Lima Sur, reportó en la confiabilidad por consistencia interna coeficientes Alfa de Cronbach de 0.865 para el nivel general y coeficientes superiores a 0.60 para las 3 áreas en esta población que hallan y componen el inventario; así mismo, evaluó la validez de constructo de BDI-II a través de análisis factorial hallando tres factores que explican el 39% de la varianza total.

B. Escala de Autoestima de Rosenberg.

Ficha Técnica

- Nombre: Escala de Autoestima de Rosenberg (EA-Rosenberg).
- Autor: Morris Rosenberg.
- Año: 1989.
- Tipo de instrumento: escala.
- Objetivo: Evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. La autoestima refleja la relación entre la autoimagen real y la autoimagen ideal.
- Población: adolescentes, adultos, personas mayores.
- Número de ítems: 10

- Descripción: La escala consta de 10 ítems, 5 planteados en forma positiva y 5 en forma negativa (para controlar la aquiescencia y la tendencia a responder afirmativamente).
- Análisis psicométrico: Validada en población peruana por Ventura-León, Caycho Rodríguez, Barboza-Palomino y Salas (2018), quienes tomaron el instrumento traducido al español por Atienza, Moreno y Balaguer (2000). Este instrumento está compuesto por 10 ítems de tipo cerrado construido según una escala de tipo Likert de cuatro alternativas cuya valoración está entre 1 (muy en desacuerdo) y 4 (muy de acuerdo). Asimismo, cinco ítems de la escala (ítems 1,3,4,7 y 10) redactados en positivo Autoestima Positivo y los otros cinco ítems (ítems 2,5,6,8 y 9) en negativo, Autoestima Negativo (Atienza, Moreno & Balaguer, 2000).

C. Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-II).

Ficha Técnica

- Abreviado: MCMI-II
- Autor: Theodore Millon
- Año de publicación: 2002
- Significación: Evaluación de la personalidad para la toma de decisiones de tratamiento sobre personas con trastornos de la personalidad y dificultades emocionales e interpersonales.
- Tipo de aplicación: individual, colectivo
- Rango de aplicación: 18 años en adelante
- Duración: Tiempo variable, entre 30 a 40 minutos.
- Adaptaciones o Baremos: Tasas bases para las puntuaciones directas
- Descripción: Consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso, que ocupa un tiempo de administración, relativamente breve (de 15 a 25 minutos). Los diferentes aspectos de la personalidad patológica son recogidas en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez; 10 escalas básicas de personalidad; 3 escalas de personalidad patológica; 6 síndromes clínicos de gravedad moderada; y 3 síndromes clínicos de gravedad severa. De uso clínico.

D. Inventario de pensamientos automáticos (IPA).

Ficha Técnica

- Nombre original: Inventario de pensamientos automáticos “IPA”.
- Autores: Ruiz y Lujan (1991).
- Administración: Individual, colectiva, autoaplicable.
- Duración: 30 - 45 minutos aproximadamente.
- Aplicación: 15 años en adelante.
- Significación: Distorsiones cognitivas presentes en la persona.
- Descripción: El inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan es un instrumento psicométrico para medir el tipo de distorsiones cognitivas más prevalentes. De entre 15 tipos de distorsiones que se plantean en el instrumento.

E. Registros: Registro de pensamientos.

2.5.3 Evaluación psicológica

A. Historia Psicológica.

A.1. Datos de filiación.

- Nombres y Apellidos : Mariana.
- Edad : 30 años.
- Lugar y Fecha de Nacimiento : Lima, 22 de mayo 1993.
- Estado Civil : Casada.
- Grado de Instrucción : Superior Completa.
- Ocupación : Docente de educación inicial.
- Lugar y fecha de evaluación : C.S. Villa Mercedes – 13 de marzo 2023.
- Evaluador : Lic. Luis Macavilca Pacheco

A.2. Observación psicológica. Paciente de sexo femenino, de tez clara, contextura gruesa, de estatura 1.60 aproximadamente. Se encontraba vestido acorde a la situación y estación. Además, mostraba adecuada higiene y aliño personal.

Mostraba una postura semi encorvada, contacto visual intermitente, solía quedarse mirando al suelo y solo levantaba la cabeza para responder, mostró facies de tristeza. Su lenguaje fue claro y su tono de voz bajo, solía demorar para responder. Mostró actitud colaboradora y respondió todas las preguntas del evaluador.

A.3. Motivo de consulta. Paciente asiste a consulta y refiere: “Siento que mi vida ha cambiado por completo. Me enteré que mi esposo salió con su ex pareja a mis espaldas, y desde ahí no he podido vivir tranquila, porque ya no confío en él; cuando no está en casa pienso: ¿qué hará, con quién estará?; me siento muy triste y frustrada; lloro en mi cuarto, he faltado al trabajo algunos días y pienso que las cosas no volverán a ser como antes; a escondidas he tratado de revisar su celular; no le permito salir por las noches a jugar futbol y tenemos constantes discusiones”.

A.4. Problema Actual. Paciente menciona que lleva una relación de pareja de 6 años y actualmente siente tristeza (9/10), culpa (9/10) y enojo (8/10), llora durante el día, se queda en casa viendo televisión y ha dejado de realizar actividades cotidianas. Esto a raíz de que le informaron que su esposo había sido visto con otra mujer hace 7 meses. Manifiesta labilidad emocional al relatar los hechos, asimismo, pensamientos como: “mi esposo no me quiere, qué será de mi vida sin él”. “no fui suficiente mujer, soy aburrida y me siento culpable”, “no puedo vivir sola”.

Por otro lado, comenta que cuando ve fotos antiguas piensa: “yo no merecía que me haga esto, le he dado mis años de juventud y siempre le fui fiel”. Refiere sentir enojo al recordar ese episodio, le sudan las manos y su respiración se acelera. Durante el día llora y suele tener

pensamientos como: “me quedaré sola y nadie me va a querer”, por lo cual decide distraerse viendo televisión o revisando el celular.

Menciona que este episodio le ha traído complicaciones laborales, se ha reportado enferma algunos días para no asistir al trabajo, se siente con desgano, irritable, sin apetito, debido a esto ha dejado de comer a sus horas. Además, suele cancelar los planes cuando sus amigas del trabajo la invitan a salir, tiene pensamientos como: “seguro se van a burlar porque saben que he perdonado a mi esposo”, “deben pensar que soy una arrastrada”.

Finalmente, la paciente refiere que presenta 1 o 2 episodios diarios de tristeza, donde cada uno tiene una duración promedio de 1 o 2 horas, con una intensidad de tristeza (9/10), ansiedad (8/10), vergüenza (8/10) y enojo (8/10).

A.5. Desarrollo cronológico del problema. La paciente comenta que a la edad de 8 años su padre viajaba constantemente y no vivía con ella, lo veía una vez al mes o a veces menos, por lo que lo extrañaba mucho y la ponía muy triste que la dejara, recuerda días sin comer, llorando por la partida de su papá.

A la edad de 10 años, mediante una tía, se entera que su papá tenía otra familia, lo cual la llenó de tristeza, lloraba constantemente y dejó de disfrutar sus momentos de juego. Empezó a darse cuenta que su padre no estaba presente en su vida, ni en sus logros importantes, y que su madre sufría por su ausencia, por lo que empezó a sentir rechazo hacia esa figura, lo veía más como un tío lejano que como su padre.

Mariana refiere que cuando tenía 14 años su mejor amiga le dijo que se iba a ir a vivir al extranjero, esto le generó bastante tristeza y frustración porque ya no iba a poder hacer todas las cosas que tenía planeado con su mejor amiga. Cuando ella se fue presentó llanto constante y pérdida de placer en sus actividades cotidianas durante aproximadamente 6 meses.

La paciente refiere que cuando tenía 16 años le gustaba un chico que vivía cerca a su casa, pero ella nunca se había atrevido a decirle nada durante varios meses. Cuando por fin

decidió hacerlo, mientras se dirigía a su casa, observó que él llegaba de la mano con una chica, al ver esta escena ella caminó rápidamente hacia otra dirección y comenzó a llorar desconsoladamente. Comenta que fueron 3 semanas de llanto constante, pérdida de apetito y sentimientos de desesperanza sobre el amor.

Mariana comenta que cuando tenía 20 años le tocó llevar un curso complicado en la universidad, vivió 4 meses con sentimientos de tristeza y frustración porque a pesar que se esforzaba no entendía el curso. Al final de ciclo, al recibir sus notas se percató que había desaprobado el curso lo cual le generó una tristeza más profunda, irritabilidad, pérdida de apetito e insomnio. Estos síntomas tuvieron una duración de 2 semanas.

La evaluada menciona sentirse preocupada por la situación actual del país, además siente tristeza por tantas personas asaltadas y asesinadas a diario, y miedo porque le pueda pasar algo a su hija en la calle, ya que ella asiste a la universidad de manera presencial y esto le genera mucha ansiedad, más aún cuando ve en la televisión las noticias. Por ello, se mantiene al pendiente de la hora de llegada de su hija y del celular para comunicarse con ella.

B. Historia Personal.

B.1. Infancia. Menciona que su madre llevó un embarazo sin complicaciones, el parto fue natural, fue una bebé no planificada pero esperada por parte de ambos padres. Ella recuerda que de niña era tranquila, tímida, de pocos amigos, pero siempre fue muy obediente, aunque extrañaba mucho a su padre, cree que por eso era una niña tan introvertida. Refiere que cuando su padre llegaba a casa ella estaba muy contenta, pero cuando se iba, lloraba desconsoladamente por horas, comenta; “Cuando mi padre nos dejaba sentía mucha pena, me quedaba muy triste y cuando mi madre se demoraba en el trabajo me asustaba, tenía miedo, en ocasiones pensaba que se iría lejos igual que mi padre”. “A veces me abrazaba fuerte de él y no lo quería soltar, lo quería mucho”. Sus padres no utilizaban castigos físicos, utilizaban medidas correctivas, como quitarle algún juguete o prohibirle salidas al parque.

B.2. Adolescencia. En la adolescencia llegó a tener algunas amigas, siendo una de sus mejores amigas Rosa Angélica, quien tuvo que viajar al extranjero por motivos laborales de sus padres, debido a esto Mariana sintió tristeza, desgano y frustración en sus actividades cotidianas.

B.3. Psicosexualidad. Refiere que era muy insegura en su relación con los varones, sin embargo, tuvo su primer enamorado a los 16 años con el que duró 5 años y no tuvo relaciones sexuales hasta los 18 años. Terminaron a sus 21 años, se mantuvo soltera un tiempo hasta que conoció a su actual esposo, con quien tuvo una relación de 5 años, casándose a los 26 años por civil y religioso. En la actualidad llevan 4 años y 9 meses de casados, menciona sentir rechazo hacia su esposo, falta de interés sexual y contacto físico. Refiere: “Creo que mi falta de experiencia a nivel sexual hace que mi esposo se aburra conmigo y por eso ha buscado a otra”.

B.4. Educación. Estudió inicial en un colegio estatal, siendo sus notas las esperadas, estudiando de igual manera la primaria en un colegio estatal, donde tuvo excelentes notas ocupando los primeros puestos, siendo siempre su conducta y rendimiento escolar óptimos. En secundaria tuvo dificultades con las matemáticas, física y química, sin embargo, logro aprobar las materias y terminar su secundaria con un buen promedio. Estudió educación en la Universidad Nacional de San Marcos donde se recibió en el año 2015.

B.5. Área laboral. Comenzó a trabajar en su último año de carrera, refiere haberse sentido dichosa en su trabajo con los niños, dejándolo posteriormente por una mejor oportunidad laboral. A la fecha trabaja como docente en el nivel inicial de un colegio privado, refiere sentirse cómoda, se lleva muy bien con sus compañeros de trabajo.

B.6. Área social. Tiene un soporte estable de dos mejores amigas del centro educativo donde trabaja, refiere: “siento que soy amigable, intento ser educada y llevarme bien con todos”, sin embargo, a raíz de los problemas con su esposo, presenta desgano al salir con sus amigas, compañeros de trabajo o cualquier actividad social.

Tabla 1*Historia Familiar*

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de Instrucción	Dedicación
Padre	Lucho	58 años.	Técnico.	Administrador.
Madre	María	57 años.	Secundaria completa.	Ama de casa.
Esposo	Juan	32 años.	Superior.	Ingeniero Industrial.

Relaciones familiares. Mantiene una relación distante con su padre, se ven dos o tres veces al año, en ocasiones sociales y no hay un trato cercano. Mientras que con su madre mantiene una buena comunicación, se ven semanal y tienen una relación sólida y de confianza.

Con su esposo llevaba una buena relación hasta hace 6 meses que iniciaron los rumores de una presunta infidelidad e iniciaron las dudas y malestar de parte de ella. En la actualidad tienen una relación tensa, ya que ella no confía en él.

Tabla 2*Diagnóstico funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza: Al pensar “me quedare sola, nadie me va a querer”. • Enojo: Al recordar infidelidad de su esposo. • Culpa: Al pensar “No fui lo suficiente mujer para él”. • Vergüenza: Al pensar en la opinión de los demás frente a la infidelidad y la decisión de perdonar a su esposo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuentar amistades, cancelando invitaciones excusándose con tener pendientes laborales, así como, mostrarse más irritable con sus familiares. • Realizar actividades laborales y caseras cotidianas de manera eficaz. En la actualidad la consultante refiere haber dejado de tener ordenada su casa, prepararse sus comidas, etc. Y en lo laboral, 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad para solucionar problemas. Mariana indica no saber lidiar con las situaciones difíciles referente a su esposo (discusiones o problemas cotidianos sobre la casa) ya que, cuando surgen los problemas entre ambos tiende a discutir y no llegar a una solución, evadir o reclamar. • Asertividad. Mariana refiere que reconoce no expresar sus pensamientos o

<p>Conductual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quedarse en casa cuando sus amigas la invitan a salir. • Reclamarle a su pareja cuando llega tarde a casa. • Revisar el celular de su pareja. <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Me quedaré sola, nadie me va a querer” (pensamientos de desesperanza). 	<p>refiere que le cuesta cumplir con lo mínimo indispensable a diferencia de antes, así como, no concretar correctamente sus reportes, llenado de asistencias o notas, entre otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comer a las horas indicadas, saltándose en reiteradas ocasiones el desayuno e incluso la cena. 	<p>emociones verbalmente de forma adecuada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia a la frustración. Indica que nunca le ha gustado cometer errores y ahora que los evidencia más seguido se siente abrumada por ello.
--	--	--

Tabla 3

Análisis funcional

Estímulo discriminativo	Conducta del paciente	Estímulo reforzador
<p>Que su pareja no regrese del trabajo y ya sea tarde.</p>	<p>Motor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llorar - Ver televisión <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tristeza <p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temblor en el cuerpo. - Respiración pesada. <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “me quedaré sola y nadie más me va a querer” 	<p>- Llamar a su pareja para ver que está haciendo y este no le responde, ella asume que esta con otra. (R-)</p>
<p>Ver fotos antiguas de ella y su pareja</p>	<p>Motor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar una copa de vino. - Se encierra en el baño. <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enojo. - Tristeza. <p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiración acelerada. <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “cómo este desgraciado me ha engañado” - “yo no merecía todo esto; le he dado todos mis años de juventud y siempre le fui fiel”; 	<p>- La calma que experimenta después de tomar el vino.</p> <p>- Suele ponerse a recordar todos los momentos que ella considero especiales al inicio de su matrimonio y luego se cuestiona como llegó a la situación actual.</p>

<p>Cuando las amigas le invitan a salir</p>	<p>- “me gustaría que se largara y nunca más regrese”</p> <p>Conductual:</p> <p>- Quedarse en casa revisando su celular y las fotos de su esposo.</p> <p>Emocional:</p> <p>- Tristeza. - Ansiedad. - Vergüenza.</p> <p>Fisiológico:</p> <p>- Aumento del ritmo cardiaco. - Sudoración palmar.</p> <p>Cognitivo:</p> <p>- “Ellas saben algo” - “Seguro se van a burlar de mí” - “Deben creer que soy una arrastrada y tienen pena de mí”</p>	<p>- Cancelar los planes. - Justificarse con que está ocupada.</p>
---	---	--

Tabla 4

Análisis cognitivo

Situación (a)	Pensamiento (b)	Emoción y conducta (c)
<u>Externos:</u>		
<p>Cuando mi pareja sale a trabajar.</p>	<p>- “¿Qué estará haciendo y con quién estará hablando?”.</p> <p>- “Nada volverá a ser como antes”.</p>	<p>- Ansiedad (5/10) - Tristeza (8/10). - Se encierra y llora en su cuarto.</p>
<p>Cuando estoy sola en las noches en casa y mi pareja no regresa.</p>	<p>- “Me quedaré sola y nadie más me va a querer”.</p>	<p>- Tristeza (9/10). - Preocupación (8/10). - Lloro, ve televisión y llama a su pareja para saber dónde está.</p>

Internos:

Pensar que mi esposo no me quiere y que solamente está conmigo por compromiso.	- “¿Qué será de mi vida si él me deja por otra?”. - “No le di todo lo que debí haberle dado en su momento”.	- Tristeza (9/10). - Culpabilidad (8/10). - Lloro y tira puñetes a su almohada.
Recordar que mi esposo buscó a su ex.	- “No fui lo suficiente mujer para él”. - “¿Quién va a querer estar con una mujer tan aburrida como yo?”.	- Tristeza (9/10). - Culpabilidad (8/10). - Enojo (9/10). - Revisa el Facebook de la ex de su pareja, para compararse con ella.

Tabla 5*Diagnóstico Tradicional: (DSM V – TR)*

Criterios diagnósticos según DSM V - TR	Conductas que presenta la usuaria
<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.</p> <p>1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p.ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)</p> <p>2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como</p>	<p>1. Mariana refiere que presenta 1 o 2 episodios diarios con una duración aproximada de 1 hora cada uno donde presenta estado de ánimo deprimido (9/10).</p> <p>2. Mariana refiere que su arreglo personal ya no es el mismo de antes.</p>

-
- se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.
-
3. La usuaria comenta que bajó bastante de peso cuando su esposo se fue de la casa.
 4. Dificultad para dormir cuando su esposo no regresa del trabajo. Refiere que piensa: “me quedaré sola y nadie más me va a querer”, lo cual la hace sentir muy triste y preocupada; llora y se queda viendo televisión para distraerse y posteriormente llama a su pareja para ver porque se demora tanto.
 5. Disminución en su rendimiento laboral. Su jefe le ha comentado irritable con sus alumnos.
 6. Mariana refiere que ahora que se ha reincorporado al trabajo se siente bastante desganada.
 7. Comenta que se siente inútil y dependiente de su pareja al pensar que es probable que la despidan porque ha faltado reiteradamente a su centro de labores.
 8. La atención de Mariana actualmente se encuentra enfocada en las conductas de su esposo y presenta dificultad para mantener su atención y concentración en sus actividades laborales.
 9. La usuaria no presenta ideas suicidas, ni pensamientos de muerte recurrente.
- Mariana ha faltado constantemente a su trabajo. Mariana evita salir con sus amigas y compañeras de trabajo. Mariana refiere no presentar afecciones médicas ni consumo de sustancias psicoactivas.
-

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	Mariana no presenta trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pue-den atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.	Mariana no refiere antecedentes de manía o hipomanía.

2.5.4 Evaluación Psicométrica

A. Inventario de depresión de Beck.

Datos de filiación

- Nombres y Apellidos : Mariana.
- Edad : 30 años.
- Lugar y Fecha de Nacimiento : Lima, 22 de mayo 1993.
- Estado Civil : Casada.
- Grado de Instrucción : Superior Completa.
- Ocupación : Docente de educación inicial.
- Lugar y fecha de evaluación : C.S. Villa Mercedes – 13 de marzo 2023.
- Evaluador : Lic. Luis Macavilca Pacheco

Motivo de evaluación

Medir el grado de depresión.

Técnicas e instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica.
- Inventario de depresión de Beck.

Resultados

- Puntaje: 24 puntos.
- Categoría: Depresión moderada.

Interpretación

El puntaje obtenido por la usuaria es de 24 puntos, lo cual indica una Depresión moderada, presenta labilidad emocional, tristeza, sentimientos de culpa y soledad, desgano al realizar sus actividades diarias, desinterés en las relaciones sociales, ideas irracionales sobre su futuro, pensamientos negativos sobre su situación, actual lo cual influye en su repertorio conductual y emocional.

Conclusiones

La evaluada presenta depresión moderada.

Recomendaciones

Intervención cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva.

B. Escala de autoestima de Rosenberg.**Datos de filiación**

- Nombres y Apellidos : Mariana.
- Edad : 30 años.
- Lugar y Fecha de Nacimiento : Lima, 22 de mayo 1993.
- Estado Civil : Casada.
- Grado de Instrucción : Superior Completa.
- Ocupación : Docente de educación inicial.
- Lugar y fecha de evaluación : C.S. Villa Mercedes – 13 de marzo 2023.
- Evaluador : Lic. Luis Macavilca Pacheco

Motivo de evaluación

Medir el nivel de autoestima de la evaluada.

Técnicas e instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica
- Escala de autoestima de Rosenberg.

Resultados

- Puntaje: 21 puntos.
- Categoría: Autoestima baja.

Interpretación

La evaluada obtuvo un puntaje de 21, lo cual la ubica en la categoría autoestima baja.

Conclusiones

Autoestima baja, existen problemas significativos de autoestima.

Recomendaciones

Intervención cognitivo conductual para reforzar la autoestima.

C. Inventario Multiaxial de Millon II.**Datos de filiación**

- Nombres y Apellidos : Mariana.
- Edad : 30 años.
- Lugar y Fecha de Nacimiento : Lima, 22 de mayo 1993.
- Estado Civil : Casada.
- Grado de Instrucción : Superior Completa.
- Ocupación : Docente de educación inicial.
- Lugar y fecha de evaluación : C.S. Villa Mercedes – 13 de marzo 2023.
- Evaluador : Lic. Luis Macavilca Pacheco

Motivo de evaluación

Identificar patrones clínicos de la personalidad.

Técnicas e instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica
- Inventario multiaxial de Millon II

Resultados

Patrones clínicos de la personalidad

- Dependiente: 98 puntos.
- Compulsiva: 89 puntos.

Síndromes clínicos

- Distimia: 74 puntos.

Síndromes severos

- Depresión mayor: 86 puntos.

Interpretación

Se determinó la validez de la prueba y se respondió con honestidad. Dentro de los patrones clínicos, la evaluada muestra rasgos de una personalidad dependiente y compulsiva, se preocupa en exceso por la opinión de los demás, a su vez denota una depresión mayor o moderada con llanto fácil, labilidad emocional, dificultad para conciliar el sueño, muestra pensamientos negativos de su presente y sentimientos de inferioridad que limitan su desarrollo.

Conclusiones

La evaluada presenta patrones clínicos de la personalidad dependiente y compulsiva, a su vez síndrome severo de depresión mayor.

Recomendaciones

Intervención cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva.

D. Inventario de pensamientos automáticos (IPA).**Datos de filiación**

- Nombres y Apellidos : Mariana.

- Edad : 30 años.
- Lugar y Fecha de Nacimiento : Lima, 22 de mayo 1993.
- Estado Civil : Casada.
- Grado de Instrucción : Superior Completa.
- Ocupación : Docente de educación inicial.
- Lugar y fecha de evaluación : C.S. Villa Mercedes – 13 de marzo 2023.
- Evaluador : Lic. Luis Macavilca Pacheco

Motivo de evaluación

Identificar las distorsiones cognitivas presentes en la evaluada.

Técnicas e instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica
- Inventario de pensamientos automáticos (IPA).

Tabla 6

Resultados del IPA

Pensamientos automáticos	Puntaje	Nivel de efecto emocional
Filtraje	8	Severo.
Interpretación del pensamiento	8	Severo.
Sobregeneralización	4	Regular
Personalización	6	Regular.
Etiqueta global	8	Severo.
Falacia de cambio	4	Regular
Culpabilidad	6	Regular

Interpretación

La evaluada obtuvo puntaje elevado en interpretación del pensamiento, filtraje y visión catastrófica, lo que la lleva a tener pensamientos en “visión de túnel” es decir que observa un solo aspecto de una situación, aspecto que tiñe toda la interpretación de la situación y no toma en cuenta otros aspectos que la contradicen. Generalmente se filtra lo negativo y lo

positivo generalmente se olvida. Asimismo, tiende a imaginar, especular y rumiar el peor resultado posible, sin importar lo improbable de su ocurrencia, o pensar que la situación es insoportable o imposible de tolerar, cuando en realidad es incómoda, esto se relaciona con la baja tolerancia a la frustración.

Conclusiones

La evaluada presenta distorsiones cognitivas que interfieren con su vida diaria y su relación con los demás.

Recomendaciones

Intervención cognitivo conductual para modificar las distorsiones cognitivas.

2.5.5 Informe psicológico integrador

Datos de filiación

- Nombres y Apellidos : Mariana.
- Edad : 30 años.
- Lugar y Fecha de Nacimiento : Lima, 22 de mayo 1993.
- Estado Civil : Casada.
- Grado de Instrucción : Superior Completa.
- Ocupación : Docente de educación inicial.
- Lugar y fecha de evaluación : C.S. Villa Mercedes – 08 de marzo 2024.
- Evaluador : Lic. Luis Macavilca Pacheco

Motivo de evaluación

Perfil psicológico.

Técnicas e instrumentos utilizados

- Observación psicológica.
- Entrevista psicológica.
- Inventario de depresión de Beck (BDI).

- Escala de autoestima de Rosenberg.
- Inventario multiaxial de Millon II.
- Inventario de pensamientos automáticos (IPA).
- Registro de pensamientos.

Resultados

Mariana presenta depresión moderada, caracterizada por un estado de ánimo decaído, tristeza la mayor parte del día, llanto constante y labilidad emocional, asimismo, presenta dificultad para realizar y disfrutar de sus actividades diarias, alejamiento de su círculo social y sentimientos de culpabilidad.

A su vez, presenta baja autoestima, caracterizada por sentimientos de insatisfacción consigo misma, al no considerarse suficiente para su pareja, suele sentirse culpable y tener pensamientos de desvaloración, inutilidad y vergüenza, asimismo, cuestiona su capacidad para resolver problemas y comunicarse adecuadamente.

Según los patrones clínicos obtenidos, presenta rasgos asociados a una personalidad dependiente y compulsiva, esto se evidencia en que suele tomar un rol pasivo en sus relaciones interpersonales, buscando afecto, aprobación y apoyo en los demás. De igual manera, busca seguridad y protección en sus relaciones de pareja, con tendencia a adoptar conductas controladoras y perfeccionistas.

Conclusiones

- Depresión moderada, basada en la sintomatología de la evaluada, el puntaje obtenido en la prueba aplicada y la correlación con los criterios diagnósticos del DSM V-TR.
- Distorsiones cognitivas de tipo filtraje, interpretación del pensamiento y etiqueta global, que afectan su relación consigo misma y su entorno.
- Baja autoestima, manifestada en la insatisfacción consigo misma, pensamientos de desvaloración e inutilidad.

- Patrones clínicos de personalidad dependiente y compulsiva, basados en los puntajes obtenidos con la evaluación psicométrica.

Recomendaciones

- Técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular de Jacobson, para disminuir la sintomatología ansiosa que acompaña a la depresión.

- Reestructuración cognitiva y uso de autorregistros, para reducir las distorsiones cognitivas.

- Psicoeducación en comunicación asertiva, parada de pensamiento y técnica de las 3 columnas, para aumentar el nivel de autoestima.

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización.

Tabla 7

Calendarización

	Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participante	Técnicas de tratamiento
Evaluación	Sesión n°1	13 - 03 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Evaluación psicológica. Rapport. Observación conductual. Inventario de depresión de Beck II.
	Sesión n°2	20 - 03 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Evaluación psicológica. Observación conductual. Escala de autoestima de Rosenberg.
	Sesión n°3	27 - 03 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Evaluación psicológica. Observación conductual. Inventario Multiaxial de Millon II.
	Sesión n°4	03 - 04 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Entrega de resultados. Observación conductual. Inventario de Pensamientos automáticos (IPA). Propuesta de intervención.

Intervención	Sesión nº5	10 - 04 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Psicoeducación en depresión. Respiración diafragmática..	
	Sesión nº6	17 - 04 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Respiración diafragmática.	
	Sesión nº7	24 - 04 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Relajación muscular de Jacobson.	
	Sesión nº8	01 - 05 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Relajación muscular de Jacobson.	
	Sesión nº9	08 - 05 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Reestructuración cognitiva. Autorregistros.	
	Sesión nº10	15 - 05 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Reestructuración cognitiva.	
	Sesión nº11	22 - 05 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Flecha descendente.	
	Sesión nº12	29 - 05 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Parada de pensamiento.	
	Sesión nº13	03 - 07 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Psicoeducación en emociones. Formato de evaluación del estado de ánimo diario.	
	Sesión nº14	10 - 07 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Exposición gradual. Role playing.	
	Sesión nº15	17 - 07 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Técnica de imaginación guiada.	
	Sesión nº16	05 - 06 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Psicoeducación. Asignación de tareas graduales.	
	Sesión nº17	12 - 06 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Asignación de tareas graduales. Solución de problemas.	
	Sesión nº18	19 - 06 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Solución de problemas.	
	Sesión nº19	26 - 06 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Solución de problemas.	
	Sesión nº20	24 - 07 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Psicoeducación en autoestima.	
	Sesión nº21	07 - 08 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Autorregistros. Técnica de las tres columnas.	
	Sesión nº22	14 - 08 - 23	60 minutos	Semanal	Usuaría de 30 años	Parada de pensamiento. Autoinstrucciones.	
	Seguimiento	Sesión nº23	18 - 09 - 23	45 minutos	Mensual	Usuaría de 30 años	Virtual.
		Sesión nº24	16 - 10 - 23	45 minutos	Mensual	Usuaría de 30 años	Virtual.

2.6.2. Programa de intervención.

A. Etapa de evaluación.

Tabla 8

Sesiones de evaluación

Nº de sesiones	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas	Desarrollo de la actividad
Sesión Nº 1	Generar rapport con la paciente, elaborar motivo de consulta y problema actual.	Entrevista y observación psicológica. Inventario de depresión de Beck II.	Se recogen sus datos generales y se recopila información acerca del motivo de consulta. Se identifica el problema actual a través de lo referido por la consultante, además se aplica la Escala de Depresión de Beck.
Sesión Nº 2	Definir el desarrollo cronológico del problema.	Entrevista y observación psicológica. Escala de autoestima de Rosenberg.	Se recogen datos relevantes sobre la historia de vida de la evaluada, además se aplica la escala de autoestima de Rosenberg.
Sesión Nº 3	Conocer la historia personal y familiar de la evaluada.	Entrevista y observación psicológica. Inventario multiaxial de Millon II.	Se recogen datos relevantes sobre la historia de vida de la evaluada, además se aplica la inventario multiaxial de Millon.
Sesión Nº 4	Conocer la historia personal y familiar de la evaluada.	Entrevista y observación psicológica. Inventario de pensamientos automáticos (IPA).	Se recogen datos relevantes sobre la historia de vida de la evaluada, además se aplica la inventario de pensamientos automáticos.

B. Etapa de intervención.

Tabla 9

Sesiones del primer objetivo

Nº de sesiones	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas	Desarrollo de la actividad	Actividades para la casa
Sesión Nº 5	Disminuir las respuestas fisiológicas de la depresión mediante técnica de respiración diafragmática.	Psicoeducación en depresión y respiración diafragmática.	Se educa a la usuaria con información sobre la depresión y cómo se manifiesta a través de respuestas fisiológicas, además se le brinda información sobre los beneficios de la técnica de respiración diafragmática.	Realizar la actividad en casa con música relajante.
Sesión Nº 6		Respiración diafragmática.	Se disminuyen las respuestas fisiológicas a través de la práctica, para fomentar un control voluntario de la respiración en cualquier momento de intranquilidad.	Practicar la actividad en casa y registrar sensaciones antes y después de realizar la técnica.

Tabla 10

Sesiones del segundo objetivo

Nº de sesiones	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas	Desarrollo de la actividad	Actividades para la casa
Sesión Nº 7	Disminuir las respuestas emocionales de ansiedad mediante la técnica de relajación muscular progresiva.	Relajación muscular de Jacobson.	Se reduce el nivel de tensión muscular y respuestas somáticas a través del entrenamiento en relajación muscular. Entrenamiento en grupos musculares (1 - 8).	Realizar la actividad en casa con música relajante.
Sesión Nº 8		Relajación muscular de Jacobson.	Se reduce el nivel de tensión muscular y respuestas somáticas a través del entrenamiento en relajación muscular. Repaso de la sesión anterior y continuación con los grupos musculares (9 - 16).	Practicar la actividad en casa y registrar sensaciones antes y después de realizar la técnica.

Tabla 11*Sesiones del tercer objetivo*

Nº de sesiones	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas	Desarrollo de la actividad	Actividades para la casa
Sesión Nº 9		Reestructuración cognitiva. Autorregistros.	Se psicoeduca a la usuaria en la relación de pensamiento, emoción y conducta e instruir en autoregistros.	Uso de autoregistros en casa para identificar pensamientos y emociones.
Sesión Nº 10		Reestructuración cognitiva.	Se identifica las distorsiones cognitivas más comunes de la consultante, a través de la revisión de sus autoregistros, para modificarlos por pensamientos funcionales.	Continuar con el uso de autoregistros.
Sesión Nº 11	Disminuir pensamientos distorsionados mediante la técnica de reestructuración cognitiva, flecha descendente y parada de pensamiento.	Flecha descendente.	Se entrena en la identificación de creencias más profundas (creencias intermedias y centrales), para lograr hacer consciente a la usuaria de dichas creencias y trabajarlas en el caso de que resulten desadaptativas.	Lectura sobre creencias para compartir con amigos o familiares.
Sesión Nº 12		Parada de pensamiento.	Se entrena en la técnica parada de pensamiento para reducir distorsiones cognitivas, modificarlas y reemplazarlas por pensamientos más adaptativos.	Practicar frente al espejo la técnica de parada de pensamiento y autosintrucciones.

Tabla 12*Sesiones del cuarto objetivo*

Nº de sesiones	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas	Desarrollo de la actividad	Actividades para la casa
Sesión Nº 13		Psicoeducación. Asignación de tareas graduales.	Se concientiza sobre la relación entre la depresión y la inactividad. Se entrena en la técnica de asignación de tareas para incrementar el ritmo de actividades cotidianas debilitadas.	Realizar actividades ocio como salir a pasear, leer un libro, ver una película.
Sesión Nº 14	Incrementar conductas de interacción social mediante la técnica de asignación de tareas graduales y solución de problemas.	Asignación de tareas graduales.	Se refuerza la técnica de asignación de tareas graduales y se adiciona otras conductas debilitadas y de mayor complejidad.	Realizar actividades del hogar o personales que había dejado de hacer.
Sesión Nº 15		Psicoeducación. Solución de problemas.	Se entrena en la técnica de solución de problemas, identificando y definiendo el problema. Luego se continua a través de la búsqueda de alternativas de solución y la toma de decisiones.	Realizar la actividad en casa con otro problema que haya surgido en el pasado.
Sesión Nº 16		Solución de problemas.	Se analiza la efectividad de la toma de decisiones del paciente, evaluando las alternativas de solución, a través de ejemplos de su vida diaria.	Practicar las actividades decididas para su mejoría.

Tabla 13*Sesiones del quinto objetivo*

Nº de sesiones	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas	Desarrollo de la actividad	Actividades para la casa
Sesión Nº 17		Psicoeducación en emociones. Formato de evaluación del estado de ánimo diario.	Se educa a la usuaria sobre la identificación de emociones disfuncionales. Se fomenta la práctica de llevar un registro de estas emociones en un formato de evaluación diario, con la finalidad de promover la autorreflexión y control de dichas emociones.	Lectura sobre las emociones y cómo identificarlas.
Sesión Nº 18	Disminuir respuestas emocionales disfuncionales mediante la técnica de identificación de emociones, autocontrol, exposición gradual y visualización.	Exposición gradual. Role Playing.	Se instruye en la técnica de exposición gradual, enfrentando a la usuaria a situaciones y estímulos que le provocan respuestas emocionales disfuncionales, como: angustia, enojo, tristeza y vergüenza. Además, se utiliza la técnica de Role Playing para ejemplificar y consolidar lo aprendido en la técnica de exposición.	Realizar alguna actividad parecida en casa en la que haya experimentado angustia o vergüenza.
Sesión Nº 19		Técnica de Imaginación guiada.	Se entrena a la usuaria en mejorar su estado emocional, a través de la técnica de visualización, imaginando escenas o situaciones positivas o relajantes para ella.	Realizar la actividad en casa con música relajante.

Tabla 14*Sesiones del sexto objetivo*

Nº de sesiones	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas	Desarrollo de la actividad	Actividades para la casa
Sesión Nº 20		Psicoeducación.	Se educar a la usuaria sobre la autoestima y sus componentes; se le explica que, a través de la autoimagen, autoconcepto, autoeficacia y autorefuerto; tenemos una percepción de nosotros mismos y de nuestras capacidades.	Lectura sobre el autoestima y la importancia en la vida personal.
Sesión Nº 21	Incrementar el nivel de autoestima mediante psicoeducación, reestructuración cognitiva, cuestionamiento socrático y parada de pensamiento.	Autorregistros. Técnica de las tres columnas.	Se logra identificar las distorsiones cognitivas orientadas a la percepción de sí misma. A través del uso del autorregistro, se le enseña a la paciente a reconocer los pensamientos automáticos en relación a su autoestima y cómo estos afectan a sus emociones y conductas. Finalmente, con la técnica de las tres columnas se sustituyó las distorsiones cognitivas por pensamientos más racionales y adaptativos.	Ver película “Mi vida y yo”, para luego hacer análisis sobre ella.
Sesión Nº 22		Parada de pensamiento. Autoinstrucciones.	Se entrena a la paciente en la técnica parada de pensamiento para poder reducir las distorsiones cognitivas orientadas a su autoestima, para luego modificarlas por pensamientos más adaptativos y realistas en relación a su imagen y su capacidad.	Practicar frente al espejo la técnica de parada de pensamiento y autoinstrucciones.

C. Etapa de seguimiento.

Tabla 15

Sesiones de seguimiento

Nº de sesiones	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas	Desarrollo de la actividad
Sesión Nº 1	Prevenir recaídas, mediante el uso de	Entrevista psicológica. Autoregistros.	Se logró consolidar lo aprendido durante la
Sesión Nº 2	uso de autoregistros y el formato de evaluación de ánimo diario.	Entrevista psicológica. Formato de evaluación de ánimo diario.	etapa de intervención y se revisó la continuación del uso de autoregistros y el formato de evaluación de ánimo diario

2.7. Procedimiento

La etapa de evaluación se llevó a cabo en cuatro sesiones de 60 minutos por sesión, con una frecuencia semanal, dónde se recogieron los datos de filiación, motivo de consulta y el problema actual, se estableció el rapport con la evaluada mediante la entrevista psicológica, se realizó la aplicación de los instrumentos de evaluación y se solicitó la aprobación para el consentimiento informado.

La etapa de intervención se llevó a cabo en 24 sesiones de 60 minutos por sesión, con una frecuencia semanal, donde se trabajó con la terapia cognitivo conductual en base a los objetivos del programa, a través de técnicas como, reestructuración cognitiva para modificar los pensamientos desadaptativos, respiración diafragmática para reducir los niveles fisiológicos de la depresión, relajación muscular progresiva para reducir los niveles fisiológicos de ansiedad, psicoeducación en emociones y autoregistros para disminuir las emociones

disfuncionales, asignación de tareas graduales y solución de problemas para aumentar la interacción social de la evaluada.

Finalmente, la etapa de seguimiento se desarrolló en dos sesiones de 45 minutos por sesión, con una frecuencia mensual, donde se buscó consolidar los conocimientos aprendidos durante las sesiones de intervención y también se aplicaron las evaluaciones psicológicas post test para medir los efectos del programa de intervención.

2.8. Consideraciones éticas

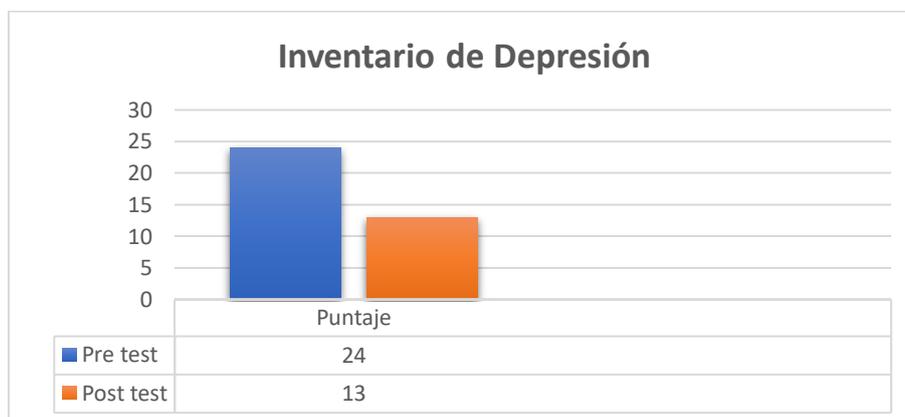
Teniendo en cuenta los procedimientos éticos, el presente estudio de caso se amparó en el capítulo 3, artículo N°24 del código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú, el cual refiere el uso del consentimiento informado. Además, se le informó a la evaluada sobre el respeto a la confidencialidad, la reserva su nombre y cualquier otro dato que la pueda identificar. Por lo tanto, el presente estudio no representa ningún riesgo ético.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de los resultados

Figura 1

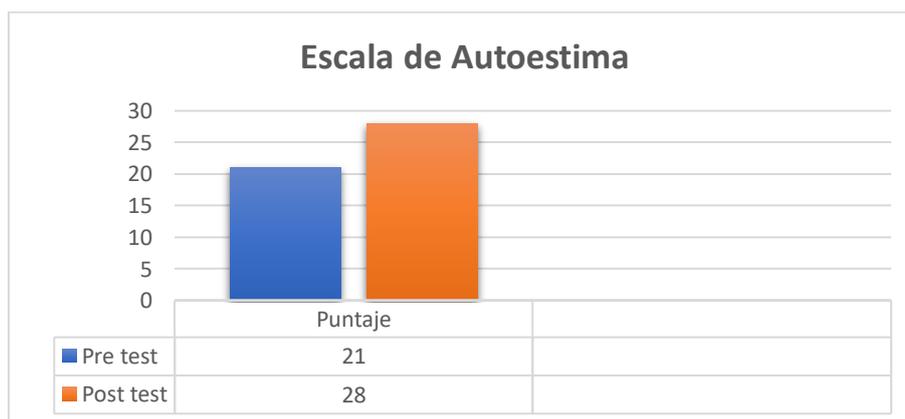
Resultados del inventario de depresión de Beck



En la figura 1, se evidencia una reducción significativa de la depresión, en el pre test obtiene un puntaje de 24 que corresponde a una depresión moderada y en el post test obtiene un puntaje de 13 que corresponde a mínima depresión.

Figura 2

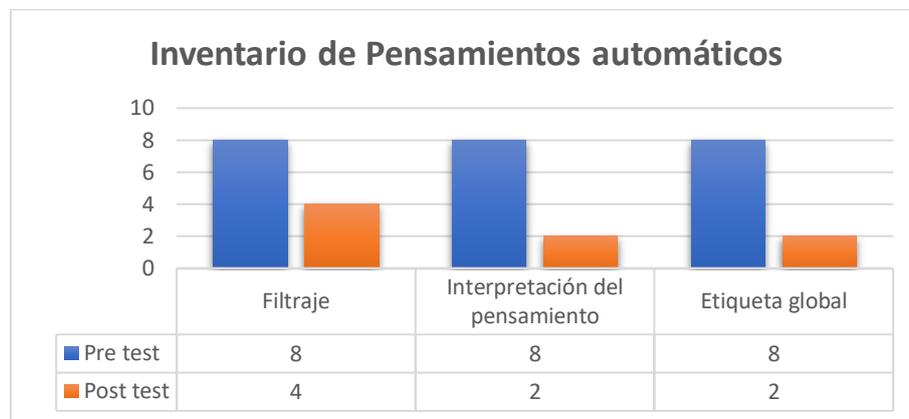
Resultados de la escala de autoestima de Rosenberg



En la figura 2, se evidencia un aumento en la escala de autoestima, el pre test obtiene un puntaje de 21 que corresponde a una autoestima baja, y en el post test obtiene un puntaje de 28 que corresponde a una autoestima media.

Figura 3

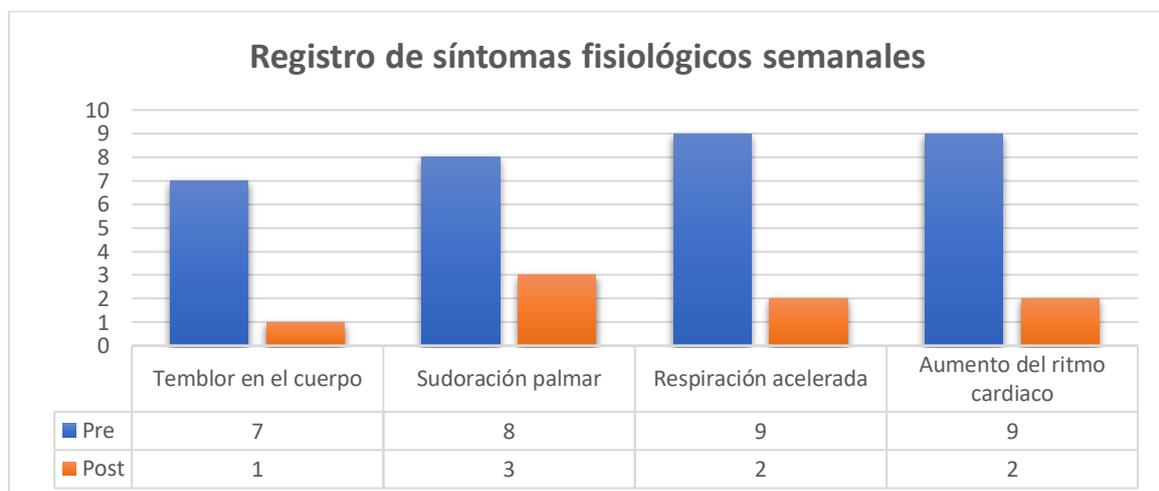
Resultados del inventario de pensamientos automáticos



En la figura 3, se observa una disminución relevante en los pensamientos automáticos que más puntaje obtuvieron en el pre test, filtraje (4), interpretación del pensamiento (2) y etiqueta global (2).

Figura 4

Registro de frecuencia de síntomas fisiológicos de depresión



En la figura 4, se observa una disminución significativa en la frecuencia de los síntomas fisiológicos de la depresión que presentaba la evaluada antes y después del programa de intervención.

Figura 5

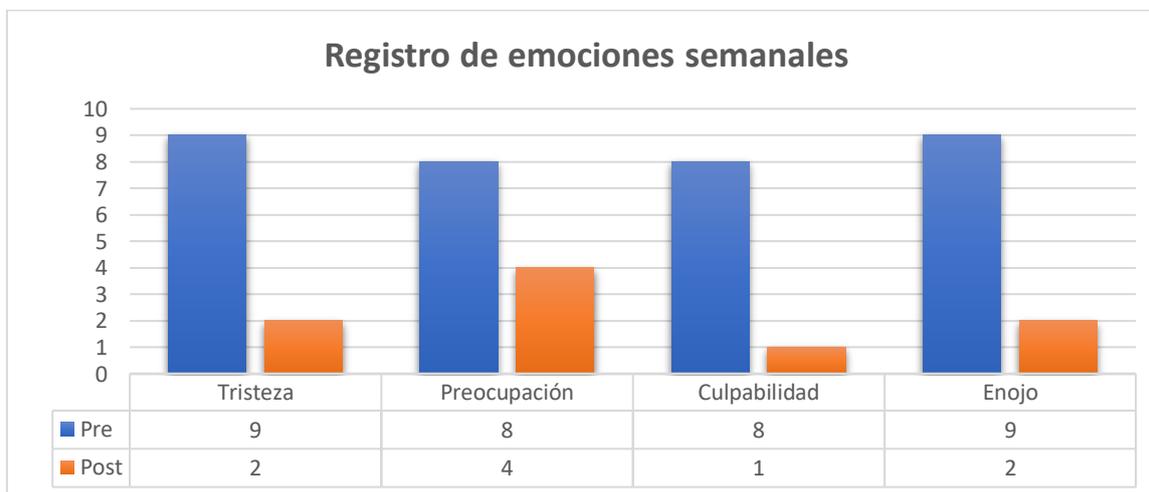
Registro de frecuencia de pensamientos distorsionados



En la figura 5, se observa una disminución bastante considerable en la frecuencia de los pensamientos distorsionados que aumentaban la depresión de la evaluada, llegando algunos incluso a desaparecer por completo.

Figura 6

Registro de intensidad emocional de depresión



En la figura 6, se observa el registro de intensidad emocional de depresión, antes y después del programa de intervención, evidenciándose una reducción importante en los niveles de emociones que generaban malestar en la evaluada.

Figura 7

Registro de frecuencia conductual de depresión



En la figura 7, se observa el registro de frecuencia conductual de depresión, donde se muestra una marcada reducción en los niveles de conducta de la evaluada, llegando incluso algunas a desaparecer.

3.2. Discusión de resultados

El presente estudio consiste en mostrar los resultados de la investigación, cuyo objetivo principal fue, disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de una mujer con depresión a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual. Al culminar las sesiones de intervención y seguimiento, se logró una disminución significativa de los síntomas fisiológicos (temblor en el cuerpo, sudoración palmar, respiración acelerada, aumento del ritmo cardíaco), a través de la técnica de respiración diafragmática, imaginación guiada y relajación muscular. De igual manera, una disminución en la frecuencia cognitiva (“nada volverá a ser como antes”, “no fui lo suficiente mujer para él”, “¿con quién estará hablando?”, “¿quién va a querer estar con una aburrida como yo?”), a través de la técnica de reestructuración cognitiva, flecha descendente, parada de pensamiento y autoinstrucciones. Asimismo, una disminución en la intensidad emocional disfuncional (tristeza, preocupación, culpabilidad, enojo) y conductual (llorar, quedarse en casa viendo televisión, revisar el celular

de su esposo), a través de las técnicas de psicoeducación, autoregistros y asignación gradual de tareas. Logrando así, que la evaluada pueda volver a realizar sus actividades personales, tales como asistir al trabajo, reunirse con sus amigas, salir a pasear, visitar a su familia. Estos resultados coinciden con la investigación de Feijoo (2021), quien realizó un estudio de caso en una mujer de 39 años con trastorno depresivo recurrente, el cual tuvo como objetivo modificar el sistema de pensamientos distorsionados instaurando nuevas formas de pensar de forma flexible y lógica de esa manera se dé el cambio emocional y conductual, pudiéndose optimizar su desempeño personal y familiar a través de la terapia cognitiva conductual. Se obtuvo como resultados la disminución significativa de la sintomatología depresiva, con mejoras a nivel personal, social, familiar y laboral. Esto concluye que las técnicas cognitivas conductuales son efectivas en el tratamiento de la depresión, siendo recomendada para otros psicólogos que se dediquen a la intervención de casos similares.

En relación al primer objetivo específico, se lograron disminuir las respuestas fisiológicas de la depresión mediante la técnica de respiración diafragmática, tales como, temblor en el cuerpo (7 a 1), sudoración palmar (8 a 3), respiración acelerada (9 a 2), aumento del ritmo cardíaco (9 a 2), a través del entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática. Estos resultados son similares a los descritos por Huaynates (2019), quien realizó un estudio de caso en Lima para disminuir la sintomatología depresiva y los sentimientos de culpa, en una mujer de 40 años, mediante la intervención cognitivo conductual. Los resultados manifiestan una disminución del nivel de depresión, reducción de pensamientos, emociones y comportamientos negativos para la usuaria según las evaluaciones de seguimiento, de esta manera, al finalizar la fase de tratamiento se ratifica la efectividad de las técnicas empleadas para el caso de depresión.

En relación al segundo objetivo específico, se lograron disminuir las respuestas emocionales de ansiedad, asociadas a la depresión, tales como la tensión muscular (9 a 3), a

través de la técnica de relajación muscular de Jacobson. Resultados similares obtuvo Ballesteros (2018) en Colombia. Cuyo objetivo fue disminuir la sintomatología depresiva, la cual constó de 14 sesiones. Las técnicas que se utilizaron fueron psicoeducación, detección y control de pensamientos automáticos, técnicas del control de la respiración, resolución de problemas, biblioterapia, reestructuración cognitiva y tareas para la casa. Los resultados señalan que, se alcanzó la disminución de la sintomatología del ánimo depresivo mediante la TCC.

En función al tercer objetivo específico, se lograron disminuir los pensamientos distorsionados, tales como filtraje, interpretación de pensamiento y etiquetas globales, mediante la técnica de reestructuración cognitiva, flecha descendente y parada de pensamiento. Estos resultados son similares a los presentados por Álvaro (2018), quien realizó una investigación en Lima que tuvo como objetivo principal la disminución de los niveles de depresión en una paciente de 22 años de edad, a través de la terapia cognitivo conductual, utilizó técnicas como psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en técnicas de relajación, autoinstrucción de afrontamiento, técnicas de asertividad, solución de problemas, y reestructuración cognitiva. Los resultados encontrados evidencian disminución de los síntomas depresivos, asimismo se observó una disminución de ideas irracionales, niveles de ansiedad, logrando así evidenciar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual.

En función al cuarto objetivo específico, se lograron disminuir las emociones disfuncionales, tales como tristeza (9 a 2), preocupación (8 a 4), culpabilidad (8 a 1) y enojo (9 a 2), mediante la técnica de psicoeducación en emociones, autocontrol y visualización. Resultados similares obtuvo Barbosa (2020) en Colombia, donde el objetivo fue utilizar el modelo cognitivo conductual para reducir la sintomatología depresiva en un usuario de 77 años; utilizó instrumentos de evaluación como la Escala de depresión de Hamilton, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y Autorregistros del pensamiento

disfuncional. Los resultados obtenidos dieron una disminución de la sintomatología depresiva, logrando una mejor calidad de vida del usuario y desarrollando interpretaciones alternativas en el abordaje terapéutico.

Finalmente, se logró incrementar el nivel de autoestima mediante la psicoeducación, reestructuración cognitiva y debate socrático. Asimismo, se lograron incrementar las conductas de interacción social, tales como, salir a comer con amistades, visitar a su familia y salir a bailar, mediante la técnica de asignación de tareas graduales, solución de problemas, modelado y autoinstrucciones. Estos resultados son similares a los obtenidos por Calderón (2020), quien presenta el estudio de un caso clínico donde desarrolla una intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con depresión, el objetivo de la investigación fue demostrar que a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual se disminuyeron los síntomas y signos de la depresión, favoreciendo un desarrollo adaptativo en la vida de la usuaria. La aplicación de la terapia cognitiva conductual se dio a través de técnicas como la psicoeducación, relajación, auto instrucciones, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva. Los resultados logrados fueron favorables debido a que se evidenció la disminución de la sintomatología depresiva en la usuaria. Concluyendo así, que las técnicas de intervención cognitivo conductual, fueron eficaces y adecuadas para los objetivos planteados por el programa.

3.3. Seguimiento

La etapa de seguimiento se realizó de manera virtual y constó de 2 sesiones de 45 minutos cada una. La primera se realizó después de veinte días de haber finalizado el programa de intervención, y la segunda al siguiente mes. En esta etapa se revisó la continuación del uso de autoregistros y el formato de evaluación de ánimo diario, asimismo, la usuaria refirió sentirse más tranquila y aliviada respecto a su salud emocional, agradecida por lo aprendido durante el programa de intervención y dispuesta a seguir mejorando y cuidando su autoestima

y valor personal. Refiere que ha vuelto a la normalidad en sus actividades diarias, sale con amigas y está siendo más cuidadosa con su alimentación. Respecto a su relación actual de pareja, mencionó que se encuentra separada y tranquila.

IV. CONCLUSIONES

- a) La intervención cognitivo conductual expuesta en el presente estudio de caso, resultó eficaz, ya que permitió reducir los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de una mujer adulta con depresión.
- b) Se lograron disminuir las respuestas fisiológicas de la depresión, tales como, temblor en el cuerpo, sudoración palmar, respiración acelerada y aumento del ritmo cardiaco, la evaluada aprendió a relajarse y respirar lentamente en momentos de malestar.
- c) Se lograron disminuir las respuestas emocionales de ansiedad, asociadas a la depresión, tales como, la tensión muscular, mediante la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.
- d) Se lograron disminuir los pensamientos distorsionados, relacionados a su estado actual de pareja, tales como, filtraje, interpretación del pensamiento y etiqueta global.
- e) Se lograron disminuir las emociones disfuncionales que le generaban malestar, tales como, tristeza, preocupación, culpabilidad y enojo.
- f) Se logró incrementar el nivel de autoestima de la evaluada, mejorando así su valor de autoconcepto, autoimagen y autoeficacia.
- g) Se logró incrementar las conductas de interacción social, tales como, salir a comer con amistades, visitar a su familia y salir a bailar.

V. RECOMENDACIONES

- a) Mantener el apoyo familiar, social y personal, mediante actividades que generen bienestar a la evaluada, tales como, un paseo, salida con amigas, leer un libro, adoptar una mascota, reunión familiar, practicar deporte, etc., con el fin de proporcionar equilibrio mental y estabilidad emocional.
- b) Practicar los ejercicios de respiración y relajación, a nivel personal o grupal, mediante clases o talleres de relajación muscular y mental, con el fin de fortalecer lo aprendido durante el programa de intervención.
- c) Realizar un resumen semanal y en físico, de los pensamientos automáticos que hayan aparecido en diferentes situaciones, con el fin de utilizar y reforzar los ejercicios de parada de pensamiento y autoinstrucciones.
- d) Participar de charlas o conferencias sobre la dependencia emocional, con la finalidad de aprender a reconocer límites y la importancia de mantener relaciones de pareja saludables.
- e) Asistir periódicamente a consulta y orientación psicológica, con el fin de esclarecer dudas, ordenar ideas y recibir apoyo y contención emocional.
- f) Promover la aplicación de la terapia cognitivo conductual, en casos de depresión a diferentes niveles, con fines de investigación y validación de la eficacia de este enfoque en diferentes contextos.
- g) Promover la presente investigación, como guía de intervención en casos de depresión de mujeres adultas, partiendo desde la individualidad de cada evaluada y en base a sus alcances y limitaciones.

VI. REFERENCIAS

- Álamo, C., Guerra, J., y López, F. (2012). Terapéutica de la Depresión y de otros trastornos Afectivos. *Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos*, 383-406.
- Alvaro, K. (2018). *Terapia cognitivo conductual para la depresión en una joven de 22 años*. [Trabajo académico para optar por el título de especialista]. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM- 5*. American psychiatric publishing.
- Atienza, F., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 29-42.
- Ballesteros, M (2018). *Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo mayor*. [Tesis De Especialización, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio institucional de la UPB.
https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5583/digital_37477.pdf?sequence=1
- Barbosa, S. (2020). *Evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de depresión mayor* [Tesis de Post grado, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio institucional de la UPB.
https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5480/digital_37239.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Barraca, J., y Pérez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Síntesis.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford.

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Guilford.
- Beck, A. (2005). *El estado actual de la Terapia Cognitiva: Una retrospectiva de 40*. Arch Gen Psychiatry. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.953>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (2010a). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (20^a ed.). Desclée de Brouwer.
<https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (2010b). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (19^a ed.). Guilford .
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008) *Manual de psicopatología*. Mc Graw Hill.
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista PUCE*, 105, 171-188.
<https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>
- Calderón, E (2020). *Intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión*. [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional UNFV.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4654?show=full>
- Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: Hacia un enfoque integrado. *Revista internacional de Psicología*, 51 (2), 181-189.
<https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>
- Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista médica hondureña*, 89, 46-52. <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol89-S1-2021-14.pdf>

- Cruz, N. (2019). *Aplicación de la terapia cognitiva conductual en un caso de trastorno depresivo recurrente* [Tesis de post grado, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio institucional de la UPB.
<https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/8435/39169.pdf?sequence=1>
- Espinoza, A. (2016). *Estandarización y propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck (BDI-II) en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur*. [Tesis de pregrado]. Universidad Autónoma del Perú.
- Huaynates, M. (2019) *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa*. [Trabajo académico para optar por el título de especialista]. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Román, V. (20 de mayo de 2022). Por la pandemia, la ansiedad y la depresión aumentaron más del 32% en América Latina. *Infobae*. <https://www.infobae.com/america/ciencia-america/2022/05/21/por-la-pandemia-la-ansiedad-y-la-depresion-aumentaron-mas-del-32-en-america-latina/>
- Román, V. (14 de enero de 2022). Salud mental en el Perú: Casos de depresión aumentaron en el 2021. *Infobae*. <https://www.infobae.com/america/peru/2022/01/14/salud-mental-en-el-peru-casos-de-depresion-aumentaron-un-12-en-el-2021/>
- López, J. (2016). *Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto*. [Tesis para optar por el título de especialista]. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Lewinsohn, P., y Gotlib, I. (1995). *Behavioral theory and treatment of depression. Handbook of depression*. Guilford.

- Millon T. (2002). *Inventario clínico multiaxial de Millon II*. (3ra ed.). TEA ediciones
- Ministerio de Salud. (13 de enero de 2023). *La depresión es la primera causa de discapacidad en el mundo*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/688278-la-depresion-es-la-primera-causa-de-discapacidad-en-el-mundo>
- Mingote, J., Gálvez, M., Pino, P., y Gutiérrez, M. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55 (214), 41-63.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100004&lng=es&tlng=es.
- Nezu, A. (1987). Una formulación de la Depresión para la resolución de problemas: una revisión de la literatura y una propuesta de un modelo pluralista. *Clinical Psychology Review*, 7, 121 - 144. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(87\)90030-4](https://doi.org/10.1016/0272-7358(87)90030-4)
- Organización Panamericana de la Salud. (13 de enero de 2022). *Estudio advierte sobre elevados niveles de depresión y pensamientos suicidas en América Latina*. <https://www.paho.org/es/noticias/13-1-2022-estudio-advierete-sobre-elevados-niveles-depresion-pensamientos-suicidas-personal>
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., y Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 28 (2), 73–98.
<https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Perris, C. (1989). *Terapia cognitiva con el paciente adulto deprimido*. Umea Sweden.
- Puerta, J., y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad de Magallanes*, 7.

- Restrepo, M., Sánchez, E., Vélez, M., Marín, J., Martínez, L., y Gallegos, D. (2017). Trastorno depresivo mayor: Una mirada genética. *Revista Diversitas*, 13 (2), 279–294. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n2/1794-9998-dpp-13-02-00279.pdf>
- Río, E. (2017). *Eficacia de un Tratamiento Cognitivo Comportamental (TCC) con apoyo de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) para el dolor lumbar crónico. Ensayo clínico aleatorizado*. [Tesis de maestría no publicada]. Universidad Jaime I. Castellón, España.
- Sánchez, L. (13 de enero de 2022). Depresión, trastorno emocional que afecta a 280 millones de personas. (L. G. Sánchez, Ed.). RTVE. <https://www.rtve.es/noticias/20220113/depresion-trastorno-emocional-afecta-280-millones-personas/2252320.shtml>
- Ruiz, A., Diaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. (5ª ed.). Business Support Anneth. https://scholar.google.com.pe/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=3qroxJAAAAAJ&citation_for_view=3qroxJAAAAAJ:pyW8ca7W8N0C
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40 (1), 9-20. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500002>
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. (7ª Ed.). Masson S.A.
- Vásquez, F., Muñoz, R., y Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnósticos, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8 (3), 417–449. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

VII. ANEXOS

Anexo A

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: Mariana Estado Civil: Casada Edad: 30 a. Sexo: F.
Ocupación: Docente Educación: Superior Fecha:

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.
- 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

- 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.

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: 24

Anexo B

Escalas de Validez				PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0	=	Válido	
X	Sinceridad	325	=	Válido	55 X
Y	Deseabilidad Social	16	=		75 Y
Z	Autodescalificación	4	=		35 Z

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE FINAL		
	Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.			
1	Esquizoide	20	66	66							66	1
2	Evitativo	13	60	60	60						60	2
3	Dependiente	21	98	98							98	3
4	Histriónico	31	78	78							78	4
5	Narcisista	44	60	60							60	5
6A	Antisocial	28	66	66							66	6A
6B	Agresivo-sádico	37	77	77							77	6B
7	Compulsivo	45	89	89							89	7
8A	Pasivo-agresivo	21	50	50							50	8A
8B	Autoderrotista	4	15	15	15						15	8B

Patología severa de personalidad											
S	Esquizotípico	11	44	44		48	52	52		52	S
C	Borderline	11	36	36	36	40	44	44		44	C
P	Paranoide	28	67	67			69	69		69	P

Síndromes clínicos											
A	Ansiedad	7	30	30		34	49	49		49	A
H	Somatoformo	5	35	35		39	52	52		52	H
N	Bipolar	25	60	60						60	N
D	Distimia	11	74	74		78	93	93		74	D
B	Dependencia de alcohol	15	42	42						42	B
T	Dependencia de drogas	26	60	60						60	T

Síndromes severos											
SS	Desorden del pensamiento	16	60	60				60	60	60	SS
CC	Depresión mayor	4	25	25				25	25	25	CC
PP	Desorden delusional	10	60	60				60	60	60	PP

Indicador elevado	>=85
Indicador moderado	75-84
Indicador sugestivo	60-74
Indicador bajo	35-59
Indicador nulo	0-34

Anexo C

Anexo 1.

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)

Instrucciones: Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

1	2	3	4
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

	1	2	3	4
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras		X		
2. Casi siempre pienso que soy un fracaso*				X
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas		X		
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás		X		
5. Pienso que no tengo mucho de lo que estar orgulloso*			X	
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo			X	
7. Casi siempre me siento bien conmigo mismo		X		
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo* (omitido)				
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones*			X	
10. A veces pienso que no sirvo para nada*			X	

*items inversos

Clave de corrección: Se invierten las puntuaciones de los items inversos (Muy en desacuerdo = 4, En desacuerdo = 3, De acuerdo = 2, Muy de acuerdo = 1) y se suman las puntuaciones de los 9 items para obtener una puntuación total (rango: 9-36).

8 12 -1 = 21

Anexo E

Fecha	Situación	Emoción	Pensamientos Automáticos

Registro diario de pensamientos automáticos

-2-