



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

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

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Chuchón Sulca, Annie

Asesora:

Casquero Zaidman, Miriam
(ORCID: 0000-0003-0214-481X)

Jurado:

Del Rosario Pacherres, Orlando
Castillo Gómez, Gorqui Baldomero
Campana Cruzado, Fray

Lima - Perú

2022

Referencia:

Chuchón, A. (2022). *Caso psicológico: terapia cognitivo conductual en un caso de depresión recurrente*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6384>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

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

Línea de Investigación: Salud Mental

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

Autora:

Chuchón Sulca, Annie

Asesora:

Casquero Zaidman Miriam

(ORCID: 0000-0003-0214-481X)

Jurado:

Del Rosario Pacherras, Orlando

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Campana Cruzado, Fray

Lima – Perú

2022

Pensamientos

“EL futuro nos tortura, el pasado nos encadena,
he ahí el por qué se nos escapa el presente”.

Gustave Flaubert

“La buena vida es un proceso, no un estado del
ser. Se trata de una dirección, no un destino”.

Carl Rogers

Dedicatoria

A Dios, que nunca me deja y siempre está guiando mi camino.

A mi madre y padre, quienes son mi orgullo, me dan el ejemplo a seguir adelante y disfrutar cada segundo de la vida.

Agradecimientos

A los Docentes de la Universidad Nacional Federico Villarreal, donde resalto su profesionalismo, sabiduría y compromiso como ejemplo en el estudio de formación para la especialidad TCC.

A mi familia, quién contribuyó en todo momento brindándome su respaldo.

Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	ix
Abstract	10
I. Introducción	11
1.1 Descripción del problema	12
1.2 Antecedentes	13
1.2.1 Antecedentes Nacionales	13
1.2.2 Antecedentes Internacionales	16
1.2.3 Fundamentación Teórica	19
1.2.3.1 modelos explicativos	19
1.2.3.2 teorías cognitivas	21
1.2.3.3 intervención cognitiva conductual	24
1.3 Objetivos	26
1.4 Justificación	26
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	26
II. Metodología	28
2.1 Tipo y diseño de Investigación	28
2.2 Variables de Investigación.	29
2.3 Participante	29
2.4 Técnicas e Instrumentos	29

2.4.1 Técnicas	29
2.4.2 Instrumentos	33
2.4.3 Evaluación psicológica	34
2.4.4 Evaluación Psicométrica	41
2.4.5 Informe psicológico integrador	44
2.5 Intervención	52
2.5.1 Plan de intervención y calendarización	52
2.5.2 Programa de intervención	52
2.6 Consideraciones éticas	59
III. Resultados	70
3.1 Análisis de resultados	70
3.2 Discusión de Resultados	71
3.3 Seguimiento	73
IV. Conclusiones	74
V. Recomendaciones	75
VI. Referencias	76
VII. Anexos	81

Índice de Tablas

N°	Título	Pág.
1	Resultados pre-test y post-test del Inventario de depresión de Beck	81
2	Registro de frecuencia e intensidad de pensamientos pre y post test	81
3	Registro de frecuencia e intensidad (promedio) de emociones pre y post test	82
4	Registro de frecuencia de comportamientos pre y post test	82

Índice de Figuras

N°	Título	Pág.
1	Desarrollo cronológico del problema	83
2	Datos de la familia	83
3	Familiograma	84

Resumen

El presente estudio de caso de depresión recurrente realizado en Lima es de una mujer de 36 años, que se encontró atravesando una crisis de tristeza, llanto, pérdida de interés y de placer en actividades, insomnio, cansancio, culpa, autorreproches, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, intentos suicidas y cefalea frecuente. Para el tratamiento se realizó una intervención cognitiva conductual (ICC) de 14 sesiones, en un periodo de 6 meses y de 60 minutos cada sesión. Se realizó la Historia Clínica Psicológica y se recabaron datos para la determinación del ICC que se inició con el registro de conductas frecuentes y pensamientos distorsionados. Así también, se utilizó las técnicas cognitivo conductuales como la reestructuración cognitiva, re atribución, columnas paralelas, detención de pensamiento, regulación emocional, relajación muscular progresiva (Jacobson), respiración abdominal, role playing, entrenamiento asertivo y mindfulness. El trabajo académico es una investigación de tipo aplicada, el diseño es de tipo experimental (pre-experimental) y se usó el modelo ABA, de nivel aplicativo con mediciones pre test, programa de ICC y post test. La variable dependiente fue el cuadro clínico de depresión y la variable independiente el programa de ICC. Se administró las pruebas psicológicas como el Inventario de Depresión de Beck, Test de pensamientos automáticos, Inventario Multiaxial de Millon-II y el Inventario de personalidad de Eysenck forma B, y se demostró que después de lo aplicado del programa de ICC, la sintomatología de la depresión recurrente disminuyó significativamente.

Palabras claves: depresión, intervención cognitivo conductual, terapia cognitivo conductual.

Abstract

The present case study of recurrent depression carried out in Lima is of a 36-year-old woman, who found herself going through a crisis of sadness, crying, loss of interest and pleasure in activities, insomnia, tiredness, guilt, self-reproach, difficulty concentrating. and making decisions, suicide attempts and frequent headache. For the treatment, a cognitive behavioral intervention (CBI) of 14 sessions was carried out, in a period of 8 months and of 60 minutes each session. The Psychological Clinical History was carried out and data were collected for the determination of the ICC that began with the registration of frequent behaviors and distorted thoughts, those who received psychoeducation. Cognitive behavioral techniques of cognitive restructuring, reattribution, parallel columns, thought arrest, emotional regulation, progressive muscle relaxation (Jacobson), abdominal breathing, role playing, assertive training and mindfulness were applied. The academic work is of the experimental type of a single ABA case, of an application level with pre-test measurements, ICC program and post-test. The dependent variable was the clinical picture of depression and the independent variable was the CHF program. Psychological tests such as Beck's Depression Inventory, Automatic Thoughts Test, Millon-II Multiaxial Inventory and Eysenck's Personality Inventory form B were administered, and it was shown that after the application of the ICC program, the problem of recurrent depression decreased significantly.

Keywords: depression, cognitive behavioral intervention, cognitive behavioral therapy

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) manifiesta que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, se estima que afecta a un 3,8% de la población, donde un 5% son adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas padece de depresión, caracterizándose por variaciones habituales del estado de ánimo y de respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana convirtiéndose en un problema de salud serio, en especial cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave, la persona que lo padece siente un gran sufrimiento alterando sus actividades laborales, escolares, sociales y familiares y en mucho de los casos puede llevar al suicidio a la persona. Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio se considera la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. A pesar de existir tratamientos conocidos y eficaces contra la depresión, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos y medianos no recibe tratamiento alguno, debido a la falta de recursos económicos y de profesionales capacitados, además de la estigmatización asociada a los problemas de salud mental.

Así también en Perú, un estudio reciente por la OMS (2019) encontró que jóvenes adultos universitarios padecían altos síntomas de estrés, ansiedad, y depresión (SAD) señalaron que en estudiantes mujeres esta sintomatología era más alta comparada con estudiantes hombres y evidenciaron que algunas actividades académicas como ponencias en el aula incrementaban los síntomas de esta enfermedad.

En el presente trabajo académico se expone el caso de una mujer adulta que presenta depresión persistente, que inicia a partir de una infidelidad hacia el esposo, presentó la sintomatología depresiva y fue modificada con la intervención cognitivo conductual.

En el apartado 1 se establece la introducción, la descripción del problema, los antecedentes nacionales e internacionales, la fundamentación teórica, los objetivos como el general y específicos, luego continuamos con la justificación e impactos esperados del trabajo académico.

En el apartado II se precisa la Metodología, tipo y diseño de investigación, las variables de investigación como la variable independiente y dependiente, el participante, técnicas e instrumentos que comprende análisis e interpretación de resultados de la evaluación psicológica, conclusión y recomendaciones, también se encuentra la intervención con su respectivo objetivo general y sus objetivos específicos, a su vez el plan de intervención y el programa de intervención y consideraciones éticas.

En cuanto al apartado III se tiene a los resultados obtenidos antes y después de aplicar el proceso de intervención y su análisis respectivo con la discusión de los resultados.

En el apartado IV las conclusiones y finalmente en el capítulo V se muestra las recomendaciones donde se incluye el seguimiento respectivo luego de su debido tratamiento, evidenciando cambios notorios y satisfactorios para la usuaria a nivel cognitivo, afectivo y comportamental, a partir de las estrategias y actividades propiamente desde el marco teórico de la terapia cognitiva conductual.

En el apartado VI se presenta las referencias para el aporte pertinente y para finalizar el capítulo VII se detalla los anexos.

1.1 Descripción del problema

Hoy en día la depresión ha tomado mayor relevancia por la repercusión en la salud, los estragos que se presentan con este cuadro clínico cada vez son más alarmantes y teniendo una variedad de terapias no se ha podido facilitar una intervención oportuna desde una atención primaria. Según la Organización Mundial de la Salud (2020) la depresión puede

convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave y en el peor de los casos puede llevar al suicidio.

El trastorno depresivo afecta de un modo global a la persona, produciendo cambios que alcanzan a todas las áreas de su comportamiento. Cabe precisar que el tratamiento cognitivo conductual apunta hacia una alternativa terapéutica muy eficaz abordando el tema de la Depresión con resultados favorables y sustento empírico y nos brinda una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales.

La Organización de Naciones Unidas (ONU, 2020) manifiesta que casi mil millones de personas en el mundo viven con un problema de salud mental y cada 40 segundos, alguien muere por suicidio, y que se reconoce que la depresión como una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre niños y adolescentes y adultos. Por tal motivo, el presente trabajo académico desarrolla un estudio de caso que describe la aplicación de una intervención cognitivo conductual para disminuir la sintomatología de la depresión.

1.2 Antecedentes

Luego de haber realizado la búsqueda pertinente en base de datos, repositorios, revistas, tesis y artículos en sitios web tales como Proquest, Scielo, Dialnet, Redalyc y otros encontramos que aunque es escasa la información relacionada con la variable de estudio, tenemos los siguientes antecedentes que a continuación se detallan.

1.2.1 Antecedentes Nacionales:

Pissani (2022) Presenta un estudio de caso clínico sobre una mujer adulta con trastorno depresivo moderado. El programa de intervención fue elaborado desde un enfoque cognitivo conductual que se diseñó conforme a una duración de 21 sesiones. Se emplearon técnicas cognitivas, emotivo experienciales y conductuales de la terapia cognitivo conductual.

Dentro de las técnicas cognitivas se hizo uso de estrategias de Psicoeducación, diario de pensamientos, registros del ABC, debates y afirmaciones racionales; en las técnicas emotivo experienciales se utilizaron estrategias de imágenes emotivas racionales, ejercicios de reparentalización y uso del humor; y finalmente en las técnicas conductuales se utilizaron estrategias como la utilización de relajación progresiva de Jacobson, uso de refuerzos y asignación de tareas. Los resultados evidenciaron a través del criterio psicométrico que la paciente pudo disminuir su depresión a un nivel leve, mejorar su autoestima y modificar sus creencias irracionales.

Feijoo (2021) Realizó un estudio de caso en una mujer de 39 años de edad con diagnóstico de depresión recurrente, episodio actual moderado. Utilizó el modelo cognitivo conductual. La intervención fue de 10 sesiones y 2 sesiones de seguimiento. Se utilizó las técnicas cognitivo conductuales como: programación de actividades, dominio y agrado, reestructuración cognitiva, el termómetro emocional y técnica de relajación. Finalmente se concluyó disminución significativa de la sintomatología depresiva, obteniendo como resultado mejoría a nivel personal, social, familiar y laboral.

Calderón (2020) Presenta la intervención en el caso de una mujer adulta con depresión a través de la terapia cognitivo conductual, el objetivo fue disminuir la sintomatología depresiva mediante un programa de intervención. La evaluación se realiza a través del Inventario de depresión de Beck, Cuestionario de Personalidad de Eysenck y el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon, entrevista y observación psicológica, para la intervención cognitiva conductual se utilizaron técnicas como: psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación, autorregistros, auto instrucciones, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva. Los resultados encontrados en la evaluación post test muestran la disminución de los síntomas depresivos,

comprobando de esta manera la eficacia de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de la depresión.

Ramírez (2020) Técnicas del enfoque Cognitivo Conductual en el tratamiento de la depresión en adultos: Una revisión sistematizada. Tipo de diseño básica, objetivo conseguir nuevos conocimientos tomando como base la revisión científica. Entre las técnicas se cuenta con la psicoeducación, programa de actividades, técnicas de dominio y agrado, distracción cognitiva e imaginación, la mayéutica, registros conductuales, bloqueo de pensamiento, autoinstrucciones, Los resultados obtenidos indicaron la eficacia de las técnicas del enfoque cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión en adultos.

Sotelo (2020) en Perú, sostiene tras una revisión sistematizada sobre la terapia cognitiva y la intervención basada en el Mindfulness, resalta la eficacia y beneficio particular o mixto de estos modelos para el trastorno depresivo.

Aguilar y Huamaní (2019) Aplicación de un programa Cognitivo Conductual para la depresión en niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa. Se manejó un diseño cuasi experimental aplicándose un pre test y post test con un solo grupo. El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional contando para ello con una muestra de 15 niñas de 8 a 12 años. Se utilizó el cuestionario de depresión para niños CDS. Se logró reducir los niveles de depresión.

Reyes (2019) Efectos de un programa Cognitivo Conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un Hospital de Ferreñafe. Investigación cuasi experimental, muestreo de 18 adolescentes, instrumentos utilizados; Inventario de Depresión de Beck (BDI) de Aron Beck y la adaptación de la Escala de Ideación Suicida (SSI) de Beck realizada por Bobadilla (2004) en los resultados se encontró diferencias altamente significativas antes y después de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual.

Céspedes (2019) Propuesta de un programa cognitivo conductual para superar la depresión en pacientes de una Clínica de Chiclayo, cuyo objetivo fue determinar los niveles de depresión y proponen un programa cognitivo conductual en paciente atendidos en una Clínica de Chiclayo, se utilizó el diseño no experimental, de tipo descriptivo propositivo, población de 200 pacientes de ambos sexos entre 20 y 75 años de edad. Se concluyó que el 29 % se ubica en un nivel grave, seguida del nivel no depresión y finalmente cierto porcentaje se ubica en un nivel moderado Jaime (2019) Efectos de un programa Cognitivo Conductual en la depresión en un adulto mayor del programa CAM de la provincia de Lambayeque 2016. Trabajó con 30 adultos mayores, 15 de grupo experimental y 15 de grupo control, de ambos sexos, de 65 a 70 años, diseño experimental de tipo cuasi experimental. Se concluyó que el programa de intervención Cognitiva Conductual ha producido efectos altamente significativos. Luego de la aplicación del programa, el 87 % no presenta depresión y el 13 % aún tiene probabilidad de tener depresión.

1.2.2 Antecedentes Internacionales:

Cruz (2019) en Bolivia realizó un estudio de caso de un joven de 17 años con diagnóstico depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin signos psicóticos, del cual se estructuró y desarrolló un proceso de intervención cognitivo conductual de Beck (1991) de 10 sesiones con técnicas conductuales y cognitivas como la reestructuración cognitiva, la detención y control de pensamientos automáticos, la psicoeducación y la resolución de problemas. Para la evaluación del caso se utilizó la entrevista clínica, la observación conductual y se aplicó la Escala de riesgo suicida y el Inventario de depresión de Beck. Se cumplió a cabalidad los objetivos planteados, se realizó un seguimiento en sesión a los quince días y a los dos meses. Se evidenció la disminución de los síntomas depresivos. Se reafirma la efectividad del modelo cognitivo conductual.

Acevedo y Gélves (2018) presentan el caso en Bolivia de un trastorno de depresión persistente en una mujer de 35 años, quien a lo largo de su vida ha experimentado sucesos traumáticos con personas cercanas y con ella misma que la han llevado a experimentar sentimientos de tristeza, minusvalía y desesperanza. Luego de aplicar un programa de intervención basándose en la terapia cognitivo conductual por 14 sesiones cuyo proceso se desarrolló en 4 fases, compuesto por; evaluación, intervención, cierre y seguimiento. Tuvo resultados favorables donde se logró identificar y modificar los pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales, disminuir el diálogo negativo y auto culpabilizador, así también, la formación de nuevos esquemas como prevención de recaída.

Berná (2016) en España presentó la Intervención del caso de una mujer de 34 años que presenta un trastorno depresivo mayor moderado. Los objetivos fueron disminuir los síntomas depresivos y vuelva a tener un nivel de desempeño similar al que tuvo antes. Los instrumentos utilizados fueron la entrevista semiestructurada, el Inventario de depresión de Beck-II, Escala de depresión de Hamilton, autorregistro del grado de malestar, autorregistro de actividades gratificantes y autorregistro del sueño. El tratamiento aplicado fue de tipo cognitivo conductual con técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, activación conductual e inoculación del estrés. El análisis de los resultados obtenidos evidenció la realización de los objetivos planteados, ya que disminuyó su síntoma depresivo, aumentó su capacidad de afrontamiento y logró retomar el control de su vida. Por tanto, se evidencia la eficacia del tratamiento cognitivo conductual.

Vega (2015) en Ecuador realizó un estudio de caso en una mujer de un rango de edad de 30 años, con diagnóstico de depresión mayor. Se aplicó más de doce sesiones de terapia cognitiva conductual en un periodo de cinco meses con el objetivo de disminuir los síntomas y brindar al paciente herramientas para que no se diera una reincidencia de los síntomas. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de síntomas 90 revisado, el Inventario de

depresión de Beck, Personality diagnostic Questionnaire -4+. Los resultados obtenidos en esta investigación reflejaron una disminución importante en los síntomas y no se reflejó en los resultados después de un periodo de cuatro meses de haber culminado con las sesiones terapéuticas reincidencia de los síntomas. Lo que sugiere la efectividad de la terapia cognitiva conductual para el tratamiento de la depresión mayor.

Díaz y Sanz (2015) Vulnerabilidad cognitiva en el trastorno depresivo, en España trabajaron con una mujer de 30 años con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, episodio único, con síntomas psicóticos. El tratamiento constó de las siguientes técnicas de modificación de conducta: psicoeducación, reestructuración cognitiva y metacognitiva, planificación de actividades graduales, entrenamiento en respiración abdominal, detención del pensamiento y entrenamiento en autoinstrucciones, técnica de solución de problemas y toma de decisiones y entrenamiento en habilidades sociales. Concluyó que los procedimientos cognitivos conductuales aplicados favorecieron a la disminución de la sintomatología depresiva.

Puerta y Padilla (2011), en Colombia dentro de los diversos enfoques, plantearon el enfoque cognitivo conductual que se emplea en el tratamiento del trastorno depresivo con más frecuencia, donde los participantes modifican sus pensamientos y conductas negativas, donde su teoría se sustenta en el conductismo, el cognitivismo y el aprendizaje social.

Hernández (2010) presenta el análisis de caso de depresión en una mujer de 19 años, madre de un hijo con discapacidad. En México, se realizó una intervención con el Modelo Cognitivo Conductual basándose en la intervención de pensamientos irracionales, tareas, registros conductuales y técnica de relajación. Se concluyó que se cumplió con el objetivo propuesto, el cual considera el impacto que tiene la intervención con el MCC, en la disminución de las manifestaciones de depresión.

Segal et al. (2006) en Estados Unidos se llevó a cabo la intervención con el modelo de Terapia cognitiva sobre la depresión basada en la conciencia plena, un nuevo abordaje para la prevención de recaídas. Los autores exponen que el ser más consciente del momento presente en que viven y al darse cuenta de las tendencias que muestran sus pensamientos, emociones, síntomas fisiológicos y conductas, ayuda a romper las relaciones entre estos cuando son disfuncionales, para que así aprendan a enfrentarse a los acontecimientos de manera más adaptativa.

Nieto (2006) la importancia de plantear los objetivos de una forma graduada y no en su totalidad. Trabajo con una mujer de 27 años con diagnóstico de depresión grave. La intervención cognitiva conductual se realizó en España y se llevó a cabo durante 19 sesiones, consistió en diversas técnicas cognitivas, conductuales y emocionales, utilizó como marco de referencia el modelo cognitivo de la depresión de Beck. Concluyó resultado favorable y satisfactorios

1.2.3 Fundamentación teórica

1.2.3.1 Modelos explicativos. En la década del 40 la depresión no era más que un síntoma detectable en la mayor parte de las enfermedades mentales; actualmente es considerado el trastorno mental más extendido en el mundo (Ehrenberg, 2000).

Retamal (1999) define la depresión como uno de los tipos de alteración de estado de ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades y acompañado de diversos síntomas psíquicos (tristeza, alteraciones de la concentración, memoria, etc) y físicos (disminución de la libido, anorexia, hiperfagia, etc).

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (2000) establece que la depresión puede reconocerse por una serie de síntomas. La gravedad y

duración de estos varía mucho de una persona a otra. Algunos de estos síntomas son: estado de ánimo triste y vacío o enojo fácil y malhumor, casi todo el tiempo; pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban como estar con familiares, amigos o parejas; pérdida o aumento importantes de apetito y peso; insomnio; incapacidad de quedarse quieto o lentitud observada por los demás; disminución de energía, fatiga; sentimientos de culpa o inutilidad; dificultad para concentrarse; pensamientos de muerte o ideas suicidas.

En cuanto a la prevalencia e incidencia la depresión tiende a ser más frecuente en personas de mayor edad, en aquellos que padecen enfermedades somáticas, crónicas o graves y en las mujeres, en una razón 2-3 mujeres por cada hombre (Retamal, 1999).

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud (CIE-10) Refiere que la depresión quien lo padece sufre de un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar d las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, también se incluye disminución en la atención y concentración, perdida de la confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas, trastorno del sueño y pérdida de apetito.

Asi mismo, en el CIE-10 especifica al Trastorno depresivo recurrente donde se caracteriza por episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodios leve, moderado o grave.

San y Arranz (2010) Existe una serie de factores que nos hacen más susceptibles a tener una depresión y otros que pueden aumentar nuestra predisposición a la depresión. Los factores que nos hacen más susceptibles a la depresión son:

. . . 1. Genes.

- 2 Personalidad.
- 3 Familia.
- 4 Genero.
- 5 Estilo de pensamiento.
- 6 Enfermedades crónicas.
- 7 Problemas económicos.

Y los factores que pueden ocasionar una depresión son:

- Estrés y sucesos vitales estresantes.
- Presencia de una enfermedad física.
- Administración de algunos fármacos.

Seligman (1975) hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación entre su comportamiento y sus consecuencias, ya sean negativas o positivas, como consecuencia de ello se produciría lo que Seligman denominó indefensión aprendida.

Se ha demostrado que los individuos predispuestos a la depresión atribuyen los acontecimientos negativos a factores internos (uno mismo) estables (irreversibles) y globales (abarcan todo) (Peterson, Maier y Seligman, 1993).

1.2.3.2 Teorías cognitivas. Este modelo teórico ha sido estudiado bajo dos enfoques psicológicos que fusionados conforman al Modelo Cognitivo Conductual. Uno de ellos es el enfoque cognitivo, tales aportaciones tienen sus orígenes filosóficos con Zenón de Citio, Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio (Beck, 1983) todas estas aportaciones se centran en que las emociones humanas están basadas en ideas, por lo tanto el control de los

sentimientos más intensos se logra por medio del cambio de ideas.

Beck et al., (2010) La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a visión general, prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

1. Controlar los pensamientos automáticos negativos.
2. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
3. Examinar la evidencia a favor o en contra de sus pensamientos distorsionados.
4. Sustituir las cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

De acuerdo con el modelo, en la depresión hay un mal funcionamiento del procesamiento de la información debido a la activación de creencias nucleares profundas por acontecimientos o situaciones importantes de la vida del individuo y no se plantea que las cogniciones sean la causa de la depresión o de cualquier otro trastorno emocional. Las causas pueden ser debidas a numerosos factores, (genéticos, bioquímicos, evolutivos, de personalidad, ambientales, etc.) o a la interacción de varios de ellos. Lo que realmente se postula es la primacía de los síntomas: la activación de esquemas negativos y las distorsiones cognitivas consiguientes.

La terapia cognitiva se inicia a mediados de los años cincuenta con la propuesta de Albert Ellis y Aarom Beck quienes después de reconocer la dificultad de la intervención con los pacientes desde el modelo psicoanalítico, instauran un tipo de psicoterapia que busca ser

más eficaz y de menor duración.

El segundo enfoque psicológico a considerar dentro de este modelo teórico es el modelo conductual, en este se realiza el manejo de las conductas a partir de las teorías del aprendizaje. Las primeras aportaciones hacia la comprensión conductual de trastornos como la depresión fueron emitidas por Skinner (1953) quién postuló que este es considerado como una reducción generalizada en la frecuencia de conductas, mientras que Lewinsohn (1974) reafirma que la depresión se caracteriza por la reducción de reforzadores positivos que le ayudan a la persona a controlar el medio que le rodea.

Beck et al., (2010) El trabajo de Ellis supuso un nuevo impulso en el desarrollo histórico de las terapias cognitivo-conductuales. Ellis relaciona el estímulo ambiental o Activador (A) con las Consecuencias emocionales (C) a través de la Creencia interviniente (Cr). Así, el objetivo de su Terapia Racional Emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de éstas. La Terapia Racional Emotiva pretende modificar éstas creencias irracionales.

En cuanto al modelo cognitivo de la depresión por Beck, postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión, son:

1. La triada cognitiva.
2. Los esquemas
3. Errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

La triada cognitiva presenta 3 componentes:

- Visión negativa del paciente acerca de si mismo, atribuyendo sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico.
- Visión negativa del mundo centrándose en la tendencia a interpretar sus

experiencias de una manera negativa con demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos.

- La visión negativa hacia el futuro haciendo proyectos de gran alcance, anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente.

1.2.3.3 Intervención cognitiva conductual. Rehm (1977) propuso un modelo de autocontrol para la depresión en el que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. El entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión, hace énfasis en una combinación de la consecución progresiva de la meta, auto refuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual.

En el entrenamiento de autocontrol, tal como lo desarrollo Rehm (1977), se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia, perfeccionistas, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican poco refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol.

De acuerdo con la formulación de Nezu (1987) los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas tendrán un mayor riesgo en desarrollar un episodio depresivo.

Nezu y Ronan (1985) sugirieron que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión. Hipotetizaron que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podía actuar como un amortiguador de los efectos de las

experiencias de vida negativa.

Una importante cantidad de investigaciones ha demostrado que la terapia cognitiva conductual (TCC) para la depresión tiene efectos para largo plazo para la prevención de recaídas (Hollon et al., 2005). Más aún si se diera la posibilidad de desarrollar una terapia de mantenimiento que podría servir para tratar el problema de la recurrencia en este trastorno.

Segal et al., (2002) diseñaron la terapia cognitiva basada en la conciencia plena para reducir las recaídas en depresiones recurrentes. En este modelo de tratamiento se toma a los pensamientos y a los sentimientos como eventos en la conciencia. El objetivo es mantener distancia sobre ellos sin reaccionar, detener el funcionamiento automático de la mente.

La psicoterapia de conciencia plena utiliza un marco teórico de información derivados tanto del budismo como de la psicología oriental, así como de la experiencia personal de los terapeutas (Lau & MacMain 2005).

El énfasis creciente en la reestructuración o modificación de las cogniciones se refleja en el trabajo de Lazarus (1972) quien afirma “puede decirse que la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos se centran en la corrección de las ideas erróneas y esta corrección de las ideas erróneas, puede producirse tanto antes o después de que tenga lugar el cambio en la conducta”.

Las investigaciones que realizaron seguimiento a largo plazo en pacientes tratados con las distintas terapias validadas, concluyeron que una de las principales causas de la alta prevalencia de la depresión en el mundo es el resultado de la reaparición de nuevos episodios depresivos en gente que ya ha experimentado un episodio (Segal, Williams & Teasdale 2002).

En este estudio de caso, se analizó la importancia que tiene el Modelo Cognitivo Conductual en la práctica clínica de la psicología. Esto permitirá comprender el fundamento

teórico de éste modelo en el tratamiento de la depresión. Por lo tanto, se describirán los principios generales, característicos, estructura de las sesiones y el uso de técnicas que en conjunto guían al terapeuta en la intervención clínica.

Por tal motivo es de considerar que el trabajo realizado bajo estos dos enfoques psicológicos ha marcado el amplio contenido del Modelo Cognitivo Conductual y gracias a las teorías cognitivas conductuales y sobre todo a las aportaciones emitidas por Beck se plantea un tratamiento con resultados favorables para la depresión y otros trastornos.

Por lo tanto, de lo descrito el Modelo Cognitivo Conductual es uno de los modelos eficaces para la atención a diversos trastornos que presenta el individuo brindando un tratamiento efectivo en el manejo terapéutico y autocontrol de la sintomatología depresiva.

1.3 Objetivos

○ Objetivo general

Determinar la eficacia en la disminución de la sintomatología de una Intervención cognitiva conductual en un caso de trastorno depresivo recurrente para que pueda enfrentar situaciones sociales a nivel cognitivo, emocional y conductual.

○ Objetivos específicos

- Describir el nivel de depresión del inicio y término de la intervención.
- Disminuir la frecuencia de los pensamientos distorsionados mediante las técnicas cognitivo conductuales.
- Reducir la frecuencia e intensidad de las emociones negativas.
- Incrementar recursos de afrontamiento y autonomía personal.

1.4 Justificación

El programa permitirá conocer la elaboración de estrategias de intervención cognitiva conductual como también el manejo de las técnicas y su repercusión en beneficio del caso,

teniendo en cuenta la trayectoria y su eficacia dejando precedente para casos similares.

Esta intervención cobra una gran importancia a nivel teórico-práctico considerando que el modelo cognitivo conductual cuenta con bases históricas de su eficacia en el tratamiento de la depresión. Por tal motivo se puede lograr obtener cambios favorables en cuanto a su replanteamiento de ideas más adaptativas y realistas, ejerciendo nuevos patrones de comportamiento sin perturbación emocional.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico:

Se espera reducir la sintomatología en un cuadro clínico de depresión, logrando un bienestar en la persona que lo padece y con la intervención cognitiva propuesta permite reducir que se desarrolle pensamientos irracionales y que la persona tenga una visión positiva de sí misma, de su medio y de su futuro que le permitan disfrutar de sentimientos agradables realizando interacciones efectivas y logre desempeñarse productivamente en su contexto social, laboral y familiar.

Esta intervención podrá ser replicada ya que se fundamenta en procedimientos específicos y evidencias de cambio conductual.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es aplicada, porque su fin es práctico y toma los conocimientos de la investigación básica para aplicarlos, con la finalidad de mejorar la calidad del fenómeno estudiado. Kerlinger (2002).

El diseño del presente estudio es de tipo experimental (pre experimental). Se utilizará el modelo ABA que describe la Fase A como línea base, donde se observa el comportamiento del organismo antes del tratamiento y utilizando la observación, B el tratamiento, en el cual se aplica la intervención experimental y luego un regreso a la línea base A como evaluación final, del cual se necesita saber si el cambio en la respuesta se debió a la intervención del tratamiento.

El diseño de trabajo académico se elaboró en 4 fases:

1era Fase: elección del caso

Paciente mujer de 36 años, casada y tiene 2 hijos

2da Fase: aplicación de las pruebas psicológicas y registro conductuales

- El Inventario de depresión de Beck – BDI
- Test de pensamientos automáticos.
- Inventario multiaxial de Millon – II
- Inventario de personalidad de Eysenck – forma B
- Registro de frecuencia e intensidad (promedio) de pensamientos de la usuaria
- Registro de frecuencia e intensidad (promedio) de emociones.
- Registro de frecuencia de comportamientos.

3era fase: Aplicación de la Intervención Cognitivo Conductual.

Son 14 sesiones de las cuales se utilizaron y son las siguientes; las técnicas utilizadas fueron Reestructuración cognitiva, columnas paralelas (cuadro de registros), detención de pensamiento, regulación emocional, relajación muscular progresiva (Jacobson), respiración abdominal, mindfulness. (Método auxiliar), role playing (cuando se trabajó con la hermana).

4ta Fase: aplicación de la pruebas psicológica y registros conductuales (post Test)

Pruebas psicológicas y registros conductuales aplicados en la segunda fase

2.2 Variables de investigación

- **Variable independiente**

Programa de intervención cognitivo conductual

- **Variable dependiente**

Cuadro clínico de la depresión.

2.3 Participante

Paciente adulta de 36 años de género femenino, con secundaria completa, procedente del distrito de Los olivos, natural de Piura y con historia clínica de hace 2 años de depresión.

2.4 Técnicas e instrumentos

2.4.1 Técnicas

Las técnicas utilizadas fueron:

A. Reestructuración cognitiva. Proceso terapéutico que se basa en la identificación y confrontación de los pensamientos negativos e irracionales que nos asaltan ante determinadas circunstancias. Consiste en que la paciente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y

cuestiona sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. El terapeuta formula una serie de preguntas a la paciente para que evalúe y someta a prueba sus pensamientos negativos y llegue a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos.

B. Columnas paralelas (Cuadro de registros). Aprender a cuestionarse la evidencia que tiene para mantener un determinado pensamiento automático y a generar interpretaciones más realistas o útiles. Para ello la paciente llevará un autoregistro con tres columnas: en la primera anota la situación desencadenante del sentimiento desagradable, en la segunda los pensamientos automáticos relacionados con esa situación y esas emociones negativas, y en la tercera pensamientos alternativos tras valorar las evidencias para los pensamientos automáticos anteriores.

C. Detención de pensamiento. Reducir la frecuencia y/o duración de nuestros pensamientos rumiativos u obsesivos, o bien eliminarlos del todo o bien hacer que sean menos intrusivos. Consiste en lo siguiente: primero, cuando se encuentra en el inicio de la rumiación, irse a un espacio tranquilo donde no puedan molestar o interrumpir (por ejemplo una habitación). Esto es recomendable las primeras veces luego se pondrá en práctica la técnica de detención del pensamiento en casi todos los entornos o contextos. Una vez solos y tranquilos, nos dedicaremos a pensar intencionadamente dejando que fluya en ese pensamiento que tanto nos perturba. Intentar centrar en él, en lugar de intentar evitarlo, ignorarlo o huir de él y mantener así durante un minuto como mínimo. Justo en el momento en que el pensamiento está en su momento "cumbre" y/o la ansiedad o el miedo sean intensos o incluso insoportables, gritaremos alto y fuerte la palabra "¡Stop!" o "¡Basta!" o usar otras palabras que nos sirvan. Volver a repetir el proceso y decir la palabra en un tono un poco más bajo.

Posteriormente con la práctica se podrá incluso pensarla, teniendo el mismo efecto de detener el pensamiento.

D. *Reatribución.* Trabaja sobre la atribución de las causas de la paciente, se caracteriza en ayudar al paciente a valorar cuáles pueden ser la causas de una situación determinada con el fin de discutir y modificar sus creencias respecto a dicha causalidad, redirigiendo la atribución que realiza el paciente hacia una perspectiva más realista, objetiva y funcional. En cuanto a la técnica poco a poco la paciente vaya valorando que existen una gran cantidad de factores que pueden influir en que determinadas situaciones o problemas se den o se resuelvan de forma determinada, de modo que en el caso de los eventos negativos la persona no se atribuya en exclusiva la responsabilidad del resultado y se auto-culpabilice en el caso de los eventos negativos, o bien que no atribuya sólo a la suerte los éxitos y resultados positivos.

E. *Autorregulación emocional.* Identificar aquello que nos sucede, monitorizar su progreso e intervenir sobre el mismo para que acabe desapareciendo dicha emoción. Implica poder analizarse uno mismo, disminuir el grado en el que los sentimientos nos producen altibajos súbitos, y redirigir su energía hacia un objetivo más adaptativo. Si estamos enfadados, en vez de empezar a destrozar algún objeto, una buena opción es canalizar esa energía y hacer un deporte mientras se está en ese estado.

F. *Relajación muscular progresiva (Jacobson).* Esta técnica se basa en que los pensamientos y comportamientos asociados al estrés provocan tensiones musculares. Consiste en tensar y relajar distintos grupos musculares. La etapa de tensión se realiza para que la persona aprenda a identificar las sensaciones asociadas al estrés o ansiedad. De esta forma, cuando perciba esas sensaciones en su cuerpo, sabrá que tiene que relajarse. Al final

de la etapa de aprendizaje y entrenamiento, el usuario será capaz de relajar su musculatura en cualquier momento sin necesidad de tensarla previamente.

Los pasos a seguir son: Sentarse en una silla, con la espalda recta y las manos sobre las piernas en una posición relajada. Los dos pies apoyados en el suelo y luego inhala profundamente llevando el aire a tu abdomen. Al exhalar, deja que tu cuerpo empiece a relajarse. Cierra los puños. Aprieta los antebrazos, los bíceps y los pectorales. Mantén esa tensión durante 7 segundos y afloja. Nota cómo brazos y pecho se relajan. Arruga la frente y mantenla así durante 7 segundos. A la vez rota la cabeza hacia un lado y luego hacia el otro. Afloja y siente la relajación en la zona. Arruga la cara. Frunce el entrecejo, los ojos, los labios, aprieta la mandíbula y encorva los hombros. Mantén la posición 7 segundos y afloja, centrándote en las sensaciones que la relajación te produce. Inspira profundamente y arquea la espalda suavemente. Mantén la postura 7 segundos y relaja. Inhala profundamente y saca el abdomen, dejando que se hinche todo lo posible, mantén la posición 7 segundos y suelta. Fíjate bien en lo que notas en abdomen y espalda al relajar. Flexiona los pies y los dedos de los pies. Tensa los muslos, las pantorrillas y los glúteos. Mantén la tensión durante 7 segundos y afloja. Para terminar, estira los pies como una bailarina, a la vez que tensas muslo, glúteos y pantorrillas de nuevo. Pasados 7 segundos suelta y siente la relajación.

G. Respiración abdominal. Ayuda a respirar con más lentitud y por tanto a relajarnos y tomar consciencia de lo que hacemos al concentrarnos en ello, dejando de lado todo tipo de preocupaciones y ciclos obsesivos que nos generen estrés. Lo logramos a través de los siguientes pasos: Coloque una o ambas manos sobre el abdomen, Respire lenta y profundamente por la nariz. El abdomen se le debe levantar pero la parte superior del pecho debe permanecer inmóvil y relajada. Exhale lentamente por la boca con los labios fruncidos (como cuando sopla velas). A medida que saque el aire, empuje lenta y suavemente el abdomen hacia la columna. Repita el movimiento 5 veces.

H. Autoinstrucciones. Permite la modificación o sustitución de la auto verbalización interna que el sujeto utiliza antes, durante y después de enfrentarse a una situación aversiva, por otras verbalizaciones más adaptativas. Consta de 5 fases: Modelado Cognitivo, modelado Cognitivo Participante, autoinstrucciones en voz alta, autoinstrucciones en voz baja y autoinstrucciones encubiertas.

2.4.2 Instrumentos

Para el presente caso se utilizó las pruebas psicológicas como:

Inventario de depresión de Beck (BDI-II) validado y adaptado por Rodriguez y Farfán (2015) se utiliza en diversas áreas: Psicología clínica, Forense y Neuropsicología, con formato de tipo Likert con 21 ítems, su aplicación es desde los 13 años en adelante, de forma individual y colectiva entre 5 a 10 minutos.

Inventario de Pensamientos Automáticos desarrollado por Aaron Beck, adaptado por Ruiz y Lujan en 1991 con formato de escala que va de 0 a 3, con 45 ítems, la aplicación a partir de los 15 años en adelante, de forma individual y colectiva con un tiempo aproximado de 15 minutos.

Inventario clínico multiaxial de Millon II (MCMI-II) con formato de respuesta verdadero o falso, con 22 escalas de personalidad y 175 ítems, la aplicación a partir de los 18 años en adelante, de forma individual y colectiva (grupo pequeño de 10 personas) con un tiempo aproximado de 45 a 60 minutos (no hay tiempo límite)

Inventario de personalidad de Eysenck forma B Adultos, adaptado por Domínguez, et al. (2013) sus variables de estudio son el temperamento, dimensiones de la personalidad, Introversión Extroversión "E" y Estabilidad Inestabilidad "N" con formato de respuesta dicotómica (si, no), utilidad en el área clínica y educacional con 57 ítems, la aplicación a partir de los 16 años en adelante, de forma individual y colectiva con un tiempo promedio de

15 minutos.

2.4.3 Evaluación psicológica

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

Datos de filiación:

Nombre y Apellidos:	Beatriz
Edad:	36
Lugar y fecha de nacimiento:	Piura, 10 de Febrero de 1985
Lugar de residencia:	Los olivos
Dirección:	Urb. Las Palmeras – Los olivos
Grado de instrucción:	Secundaria completa
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Casada
Lugar de entrevista:	“Medi Salud”
Fecha de entrevista:	marzo de 2019
Derivado por:	Psiquiatría

Motivo de consulta

Acude a consulta por presentar la siguiente sintomatología: problemas en su entorno familiar y personal debido a la infidelidad cometido por la consultante. Sostiene que no puede dejar de culpabilizarse, presenta dolores de cabeza, reniega de todo, no tiene ganas de hacer las actividades del hogar, se aburre y se irrita con facilidad, grita a sus hijos con frecuencia y no les tiene paciencia, no puede dormir pensando que su esposo no le perdonará por haberle

engañado con otro hombre, el apetito ha disminuido, toma pastillas para dormir y tranquilizarme. Hace un año, fue atendida por un Psicólogo y Psiquiatra, en dos ocasiones atentó con su vida cuando se encontraba en Italia alejada de su familia por motivo de trabajo.

En la actualidad se aleja de sus hijos para pasar mayor tiempo solo en su cuarto, rechaza invitaciones de amistades y familiares, así también descarta postulaciones de trabajo porque le dificulta concentrarse.

Problema actual

Beatriz refiere que hace 2 años le fue infiel a su esposo en dos oportunidades. Desde la segunda infidelidad se siente culpable hasta la actualidad manifiesta “fue mi culpa al estar con otros hombres, me equivoque, me arrepiento de lo que hice, soy una mala madre, estoy pagando lo que hice, siento el desprecio e indiferencia de mi esposo e hijos, me siento sucia, él no me perdona y nunca lo hará, no puedo olvidar el daño que le hice, me lastima la frialdad de mi esposo, de cómo se comporta y habla conmigo, no soporto la vida que tengo y siento que muero por dentro. A veces pienso que mi esposo pueda engañarme con otra mujer cuando me vaya de viaje por trabajo, solo está conmigo por los hijos. No vale mi vida, perdí a mi esposo y a mis hijos.”

Llora sin que nadie la vea, reniega con facilidad, no soporta que sus hijos la desobedezcan y les grita sin poder controlarse, últimamente no tiene paciencia, sintiéndose triste, añade “mis hijos no saben lo que me pasa con su padre, presiento que me descargo con ellos tratándoles mal, la impotencia de no conversar sobre la relación con mi esposo me tiene así angustiada, preocupada al no saber qué piensa de mí, si aún me ama o no y aunque me arregle él no me mira como antes”. Una a dos veces por semana presenta dolor de cabeza intenso.

Cuando tuvo la oportunidad de viajar a Argentina para trabajar por 3 meses al lado de

un familiar, tuvo momentos de soledad más intensos de cuando se encontraba en su hogar. A pesar de tener poca comunicación por celular con su familia, se mantuvo triste, sentimientos de culpa empezaron a perturbarle hasta pensar en quitarse la vida sin llegar a concretarlo, mirando desde una ventana del quinto piso donde habitaba, sentía que la vida se le iba, que no merece nada bueno en su vida, se reprochaba y arrepentida de lo que hizo años atrás de haberle sido infiel a su esposo. Recuerda que se decía así misma “estoy sola, tengo miedo vivir o morir, no sé qué hacer con migo”. Arrepentida por pensar en quitarse la vida, se dedicó a trabajar casi todo el día para no pensar en su familia y en su soledad.

Durante su estancia en Argentina. Pasaba los meses, cansada, sin ganas de ir a trabajar, dificultad para pensar y concentrarse, sobretodo tomar decisiones. Intento quitarse la vida ingiriendo pastillas sin llegar a concretarse tirando las pastillas al suelo y a desvanecerse en su cama. Recuerda “tuve sentimientos de pesimismo, vacía por dentro, desamparo, desmotivada, no quería hacer nada, solo dormir y soñar que tengo una familia feliz, me sentía culpable de lo que me está pasando, lloraba sin poder controlarme, a la ves irritable, me auto reprocho hasta ahora”.

Acudió al psiquiatra y psicólogo por recomendación de un conocido de su trabajo, le diagnosticaron depresión y el uso de calmantes para dormir con supervisión de algún familiar.

Casi a diario le dificulta poder conciliar el sueño por las noches, sensación de sueño y pesadez corporal durante el día, falta de apetito, le dificulta realizar actividades del hogar, se siente cansada sin haber realizado esfuerzo físico, falta de energía por lo que incluso las tareas pequeñas requieren de mayor esfuerzo. Suele pasar mayor parte del día sola e irse a su cuarto las veces que tiene ganas de llorar para no ser vista por sus hijos ni el esposo.

Al estar presente su esposo en casa Beatriz se siente culpable por haberle sido infiel,

se va a su cuarto o evita mirarle a los ojos para no sentirse mal al verlo. Cada vez que sus hijos le desobedecen se irrita con facilidad, dando gritos. Al no tener intimidad sexual con su esposo hace que ella piense que no la ha perdonado y estando sola en su habitación se castiga verbalizando ser fea para él y no merece ser amada.

Desarrollo cronológico del problema

- A los 09 años su padre algunas veces se iba de la casa y no daba explicación alguna, regresaba ebrio con frecuencia y discutía con su madre, su padre le alzaba la voz, insultaba y eso le daba miedo, en ese momento Beatriz pensó “Están peleando por mi culpa” “de repente hice algo” “Quiero irme a otro lado” experimentó miedo y preocupación, recuerda que se orino en sus pantalones cuando su padre insulto a su mama, su cuerpo comenzaba a temblar y su corazón a latir más rápido. Como consecuencia cada vez que su padre llegaba a casa, ella se iba corriendo a su cuarto y se encerraba o abrazaba a su mama, tratando de evitar que su padre se dirija hacia ellas.
- A los 12 años Beatriz recuerda un suceso que ocurrió en la sala de su casa, cuando el padre llegó de trabajar en ese momento Beatriz empezó a sudar, sintiendo miedo , pensando “pelearan otra vez”, dejo de ver la televisión y se fue corriendo a la cocina y su mama mando a su papa que se vaya a su cuarto. Beatriz afirma cuando salió corriendo para la cocina y su mama la protegió mandando a su papa que se retirara a su cuarto se sintió aliviada y tranquila.
- A los 16 años Beatriz recuerda a su padre le fue infiel en varias ocasiones a su madre con una mujer más joven, en donde observó que al salir de su casa en muchas ocasiones se encontraba con su padre y la mujer caminando juntos, en ese momento ella empezó a sentir miedo 7/10 y cólera 9/10, así mismo cuando encontraba al padre o veía al salir con alguien su corazón de ella empezaba a latir más fuerte, su cara se ponía roja y

pensaba “Porque mi mama no lo hizo feliz a mi papa” “él no se siente cómodo con nosotros” “es mi culpa que mis padres se separen”.

- A sus 34 años sintió que la relación con su esposo no estaba yendo bien. Le fue infiel en 2 oportunidades y al recordar ese hecho, al respecto piensa: “Todos los hombres son unos perros” “Nunca seré feliz” “Deberían morirse todos los hombres” “Todos los hombres son iguales”, Pensó que su esposo no la quería ni deseaba, busco sentirse amada y fue así que empezó a engañarle con un joven de su trabajo sintiéndose asustada 9/10, miedo 8/10 y cólera 7/10 cada vez que veía un varón cerca de ella.

Historia personal

- **Desarrollo inicial:** Recuerda, la madre le contó, que la concibió por parto normal, cumplió los 9 meses de gestación con controles médicos completos, durante los primeros meses del periodo gestacional tuvo frecuentes pleitos con el padre por problemas económicos. El padre regreso al hogar cuando Beatriz tuvo 6 meses de nacida.
- **Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia:** De niña fue inquieta, alegre, un poco retraída en clase, se desconcentraba fácilmente y le costaba aprender las matemáticas. Fue castigada por su padre con correa cada vez que no obedecía en las labores del hogar y cuando sacaba malas calificaciones, la madre le gritaba “burra”, no le daba permiso para salir con amigas y se encerraba en su cuarto a llorar.

De adolescente le gustaba llamar la atención, se sentía menos importante frente a los demás de su aula, reservada, desconfiada, a nadie conto sobre sus sentimientos, poco sociable, tuvo pocos amigos. Tuvo bajas calificaciones hasta terminar el colegio. A veces se quedaba en casa a cuidar a sus hermanos. Le gustaba bailar, sus padres no le permitían salir a fiestas, salía a escondidas de ellos.

- **Actitudes de la familia frente al niño:** La madre castigaba a Beatriz cuando se portaba

mal. Se encargó de cuidar a sus hermanos menores cuando salía a trabajar la madre, El padre cuando llegaba al hogar en estado etílico los fines de semana y en presencia de Beatriz, la madre le reclamaba al padre con gritos por el estado en que se encontraba. El padre le era infiel en varias ocasiones a la madre quien debido a ello le ordenaba a su hija que lo llamara para saber dónde estaba y que estaba haciendo.

- **Educación:** Empezó a los 6 años a estudiar y termino a los 17 años. Era castigada por la madre cuando salía sin permiso, excepto cuando solo iba a estudiar. Tuvo bajas calificaciones hasta terminar el colegio. No tuvo apoyo en las tareas y le agradaba ir al colegio para juntarse con sus amigas.
- **Trabajo:** Estuvo enfocada al trabajo de promotora de ventas pasando más tiempo laborando y disfrutaba de salir con sus compañeros. Laboró durante dos años seguidos, dejándolo por el deseo de apartarse del hombre con quien le fue infiel a su esposo.
- **Vida psicosexual:** En casa no conversaban del tema sobre la sexualidad. La madre hacia comentarios sobre la infidelidad de los hombres. Recuerda que le dijo su madre en llanto “tu padre me engaña con otra mujer más joven y linda, descuide a tu padre, él me amaba y yo lo ignoraba, por eso se fue con otra, el volverá a ser como antes atento con nosotras, por eso hay que estar más unidas, no hay quien pueda pagar tus estudios”.
- **Antecedentes patológicos**

No registra enfermedades significativas como accidentes, operaciones, procesos judiciales a excepción en enfermedades las infecciones vaginales recurrentes.

Historia familiar

- **Padre:** Felipe, de 60 años, chofer, natural de Huancayo, grado de instrucción secundaria completa. La examinada refiere que su Padre es autoritario, consume alcohol, poco

comunicativo con la familia, no demuestra afecto. Respecto a la relación con su padre, Beatriz lo define distante, ejerce control sobre ella, al desobedecer le pegaba frente a su madre.

- **Madre:** Raquel, de 59 años, ama de casa, natural de Cerro de Pasco, grado de instrucción secundaria incompleta. La examinada refiere que su Madre es renegona, poco tolerante, fría sin muestra de afecto para su familia. Respecto a la relación con su Madre, Beatriz la define poco comunicativa con ella, sin embargo solía pasar más tiempo con la madre, sin mantener una buena relación, le castigaba sin dejarla salir cuando se portaba mal. Sintió reproches de las actividades del hogar que no hacía bien, como gritos, recuerda la examinada “Eres una inútil, no aprendes, tienes que cuidar a tus hermanos, pórtate bien, se te corrige para que aprendas, no hagas renegar a tu Padre, tu buscas que te pegue”.
- **Hermanos:** Dos hermanos menores por parte de la madre y una nueva pareja, de quienes se encargaba del cuidado en el hogar durante el tiempo que la madre y el padre estuvieron en el trabajo.
- **Esposo:** José de 39 años, técnico en redes de computadoras y comunicaciones de datos, grado de instrucción técnico.
- **Hijos:** Carlos hijo mayor de 9 años, estudiante, cursando el 4to grado de primaria y Alejandro de 6 años, estudiante, cursando el primer grado de primaria.
- **Otros parientes significativos:** Tía de 52 años por parte de la madre, apoyaba económicamente en ocasiones a Beatriz. y dándole empleo cuando viajaron a Argentina.

Relación familiar

Esposo: La examinada refiere que su esposo fue atento y afectuoso cuando lo conoció, actualmente es reservado, desatento y serio. Referente a la relación con su esposo, Beatriz lo

define indiferente con ella, no le expresa afecto, poco comunicativo, no salen juntos y pasa mayormente del tiempo trabajando.

Hijos: Con Carlos de 9 años la examinada refiere que la relación con su hijo fue distante, pasó poco tiempo con él, no le obedecía, ambos se gritaban y discutían. En ocasiones cuando no hacia la tarea o se sacaba malas notas le pegaba con correa, perdía la paciencia con él. Mientras con Alejandro de 6 años, la relación con su hijo fue más cercano, le ayudaba casi en todo de las actividades escolares, sin embargo le costaba abrazarlo, no le era fácil demostrar cariño.

2.4.4 Evaluación Psicométrica

Informe Psicológico del Inventario de Depresión de BECK – BDI II

Datos generales

- Nombre y Apellidos : B. C. L.
- Edad : 36 años
- Estado civil : Casada
- Grado de instrucción : Superior
- Examinador : Ps. Annie Chuchón Sulca

Resultados

Obtuvo un puntaje de 28 donde la ubica en una depresión moderada.

Conclusión

Los puntajes adquiridos en la aplicación de esta prueba, nos indica que el paciente tiene depresión moderada, que conlleva a dificultades en su vida diaria, debido a que sus síntomas como la tristeza, sentimientos de soledad, culpa, vergüenza e ira, desgano y

desmotivación, autoestima baja, desconfianza en sí misma y de los demás, percepción del futuro de forma negativa, negación a participar en las relaciones interpersonales (familiares y amistades), disminución de su actividad personal y social.

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

Datos generales

- Nombre y Apellidos : Beatriz.
- Edad : 36 años
- Estado civil : Casada
- Grado de instrucción : Superior
- Examinador : Ps. Annie Chuchón Sulca

Resultados

Obtuvo las siguientes distorsiones cognitivas: en sobregeneralización un puntaje de 8, interpretación de pensamiento un 6, visión catastrófica 6 de puntuación, razonamiento emocional indica un puntaje de 6, culpabilidad obtuvo 7, mientras que en los debería alcanzar un puntaje de 9 y en el filtraje un 7, siendo estos pensamientos distorsionados los más resaltantes.

Conclusión

La examinada presenta los siguientes pensamientos automáticos:

- Sobregeneralización: Saca de un hecho general una conclusión particular sin base suficiente. Si ocurre algo malo en una ocasión, espera a que ocurra una y otra vez.
- Interpretación de pensamiento: Tiende a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás.

- **Visión catastrófica:** Adelanta acontecimientos de modo catastrófico para sus intereses personales.
- **Razonamiento emocional:** Tiende a creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierta necesariamente.
- **Culpabilidad:** Atribuye la responsabilidad de los acontecimientos a sí mismo o a los demás, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen al desarrollo de los acontecimientos.
- **Los debería:** Mantiene reglas rígidas y exigentes sobre cómo tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema.
- **Filtraje:** Selecciona en forma de visión túnel un solo aspecto de una situación.

Informe Psicológico del Inventario Multiaxial de MCMI-III

Datos generales

- Nombre y Apellidos : Beatriz.
- Edad : 36 años
- Estado civil : Casada
- Grado de instrucción : Superior
- Examinador : Ps. Annie Chuchón Sulca

Resultados

Obtuvo en patron clinico de personalidad un puntaje de 81

Conclusión

La examinada presenta un puntaje elevado de depresión mayor y un patrón clinico de personalidad de tipo dependiente como indicador moderado.

Informe Psicológico del Inventario de Personalidad de Eysenck – forma B

Datos generales

- Nombre y Apellidos : Beatriz.
- Edad : 36 años
- Estado civil : Casada
- Grado de instrucción : Superior
- Examinador : Ps. Annie Chuchón Sulca

Resultados

En la escala “L” obtuvo un puntaje de 4, en la Dimensión “N” un puntaje de 16 y en la Dimensión “E” alcanzó un puntaje de 13.

Conclusión

Beatriz es una persona con una tipología tendiente a inestable, así también tendiente a la introversión y corresponde al tipo de melancólico y presenta procesos neurodinámicos fuertes y desequilibrados.

2.4.5 Informe psicológico integrador

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

Datos de filiación:

Nombre y Apellidos:	Beatriz
Edad:	36
Lugar y fecha de nacimiento:	Piura, 10 de Febrero de 1985
Lugar de residencia:	Los olivos
Dirección:	Urb. Las Palmeras – Los olivos

Grado de instrucción:	Secundaria completa
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Casada
Lugar de entrevista:	“Medi Salud”
Fecha de entrevista:	marzo de 2019
Derivado por:	Psiquiatría

Motivo de consulta

Acude a consulta por presentar la siguiente sintomatología: problemas en su entorno familiar y personal debido a la infidelidad cometido por la consultante. Sostiene que no puede dejar de culpabilizarse, presenta dolores de cabeza, reniega de todo, no tiene ganas de hacer las actividades del hogar, se aburre y se irrita con facilidad, grita a sus hijos con frecuencia y no les tiene paciencia, no puede dormir pensando que su esposo no le perdonará por haberle engañado con otro hombre, el apetito ha disminuido, toma pastillas para dormir y tranquilizarme. Hace un año, fue atendida por un Psicólogo y Psiquiatra, en dos ocasiones atentó con su vida cuando se encontraba en Italia alejada de su familia por motivo de trabajo.

En la actualidad se aleja de sus hijos para pasar mayor tiempo solo en su cuarto, rechaza invitaciones de amistades y familiares, así también descarta postulaciones de trabajo porque le dificulta concentrarse.

Análisis e interpretación.

Beatriz en la evaluación del inventario de Beck, obtiene un puntaje de 28 que la ubica en una depresión moderada, teniendo tristeza, soledad, culpa, ira, desgano, cansancio, percepción negativa de si misma, de los demás y del futuro, así también dificultad en las relaciones interpersonal e intrapersonal.

En los resultados del inventario de pensamientos automáticos, se evidencia las siguientes distorsiones:

- Sobregeneralización con un puntaje de 8, donde toma de un hecho general una conclusión particular sin base suficiente. Si ocurre algo malo en una ocasión, espera a que ocurra una y otra vez.
- Interpretación de pensamiento con 6, Tiende a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás.
- Visión catastrófica 6 puntos, adelanta acontecimientos de modo catastrófico para sus intereses personales.
- Razonamiento emocional con puntaje de 6, Tiende a creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierta necesariamente.
- Culpabilidad con 7 puntos, atribuye la responsabilidad de los acontecimientos a sí mismo o a los demás, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen al desarrollo de los acontecimientos.
- Los debería lleva 9 puntos, mantiene reglas rígidas y exigentes sobre cómo tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema.
- Filtraje obtiene un puntaje de 7, selecciona en forma de visión túnel un solo aspecto de una situación.

En el Inventario Multiaxial de MCMI-III, presenta un puntaje de 81 como indicador moderado un patrón clínico de personalidad de tipo dependiente, suele permitir por lo general que otras personas asuman responsabilidades y decisiones importantes de la propia vida, sentimientos de malestar o abandono al encontrarse sola, temor a ser abandonada por el esposo e hijos, así también una percepción negativa de sí misma con ideas de inutilidad e incompetente.

En el inventario de personalidad de Eysenck forma B, la evaluada obtuvo en Dimensión Sinceridad (escala de mentiras) (L) un puntaje de 4 siendo válido, en tanto en la Dimensión Neuroticismo (Estabilidad - Inestabilidad) (N) 16 puntos y en la Dimensión Introversión – Extroversión (E) resultó un puntaje de 13. Es una persona con una tipología tendiente a inestable, siendo tímida, insegura, tensa, emociones incontroladas. Así también, tendiente a la introversión donde requiere pocas exposiciones frente a situaciones sociales, suele ser pesimista ante situaciones estresantes, se aísla, suele ser reservada y observadora y corresponde al tipo melancólico y presenta procesos neurodinámicos fuertes y desequilibrados.

- **Presunción diagnóstica**

Beatriz presenta un grado de depresión recurrente, episodio actual moderado, con pensamientos automáticos como sobregeneralización, interpretación de pensamientos, visión catastrófica, razonamiento emocional, culpabilidad, los debería y filtraje, con rasgos de personalidad dependiente nivel moderado, introvertida, tímida, incapaz de expresar sus sentimientos, deseos y objetivos, no le agrada relacionarse con gente nueva, se aleja y retrae de la vida social y carece de habilidades para las relaciones sociales.

ANÁLISIS FUNCIONAL

Análisis funcional de la conducta

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Llorar cuando se encuentra sola.	Bajo control de impulsos.	Falta de habilidades para afrontar el estrés.
Sentimientos de culpabilidad por la infidelidad que le hizo a su esposo.	Bajo nivel de autoestima.	
Rechazar invitaciones de familiares y amigos.	Poca capacidad de expresar sentimientos.	
Pasa mayor tiempo en su cuarto.	Poca habilidad social.	
Se desconcentra con facilidad.	Escasa comunicación asertividad	
Se irrita con facilidad cuando no le hacen caso (hijos).	Poca tolerancia a la frustración.	
Tristeza Medidas en SUD 10/10. culpa 10/10, vergüenza 10/10, ira 10/10 y temor 9/10		
Llanto, cefalea, disminución del apetito, insomnio, anhedonia, cansancio.		
Pensamientos de:		
“Fue mi culpa de engañarlo con otro hombre”.		
“Mi esposo puede engañarme con otra mujer”.		
“Solo está conmigo por los hijos”.		
“Soy una mala madre”.		
“Estoy pagando lo que hice”.		
“Nunca me perdonara”.		

Análisis funcional

Estímulo discriminativo	Conducta	Estímulo reforzador / Estímulos consecuentes
<p><u>Externo:</u></p> <p>La indiferencia de su esposo</p> <p>No tener intimidad sexual con su esposo.</p> <p>Los hijos le desobedecen.</p> <p><u>Interno</u></p> <p>Pensar en la infidelidad que le hizo a su esposo</p>	<p><u>Motor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - No conciliar el sueño por las noches. - Somnolencia durante el día. - Disminución del apetito. - No disfruta de las actividades que realiza en el hogar. - Cansancio durante el día sin hacer esfuerzo. - Enlentecimiento en sus quehaceres. - Llorar las veces que se encuentra sola. - Pasar mayor tiempo sola en su cuarto <p><u>Emocional:</u></p> <p>Culpa 10/10, tristeza 10/10, vergüenza 10/10, ira 10/10 y temor 10/10</p> <p><u>Fisiológico:</u></p> <p>Llanto, cefalea, disminución del apetito, insomnio, anhedonia, cansancio.</p> <p><u>Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - “fue mi culpa de engañarlo con otro hombre”. - “Mi esposo puede engañarme con otra mujer”. - “solo está conmigo por los hijos”. - “soy una mala madre”. - Estoy pagando lo que hice”. - “Nunca me perdonara”. 	<p><u>Refuerzo externo:</u></p> <p>No tener una comunicación mantiene sus preocupaciones.</p> <p>Luego de gritar a sus hijos aumenta sus auto reproches.</p> <p>Pasar mayor tiempo en su cuarto aumenta el distanciamiento con sus hijos y esposo.</p> <p>Encerrarse en su cuarto mantiene y/o aumenta sus ideas perturbadoras.</p> <p>El no tener intimidad con su esposo aumenta su inseguridad (celos).</p> <p><u>Refuerzo interno:</u></p> <p>(pensamientos)</p> <p>“Pensar en que mi esposo se entere que le engañe, podría perder a mis hijos y a él”.</p> <p>“Al recordar la infidelidad siento que soy de lo peor y merezco sus malos tratos, la estoy pagando”</p>

CRITERIOS DEL DIAGNÓSTICO TRADICIONAL DEL DSMV

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

CRITERIOS DSM V	Presentes en la paciente
A	<ul style="list-style-type: none"> • Ánimo deprimido:
<ol style="list-style-type: none"> 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 lioroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.). 	<ul style="list-style-type: none"> - tristeza la mayor parte del día, con más frecuencia por las noches. - Llanto con frecuencia en momentos de soledad.
<ol style="list-style-type: none"> 2 Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 	<ul style="list-style-type: none"> • Anhedonia la mayor parte del día.
<ol style="list-style-type: none"> 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.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del apetito.
<ol style="list-style-type: none"> 4 Insomnio o hipersomnias casi todos los días. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para conciliar el sueño.
<ol style="list-style-type: none"> 5 Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Enlentecimiento en sus movimientos.
<ol style="list-style-type: none"> 6 Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento, debilidad tanto físico y mental

7 Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).	• Culpabilidad excesiva por la infidelidad.
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).	• Dificultad para concentrarse, tomar decisiones en torno al contexto familiar y personal.
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.	• 2 intentos de suicidio durante un año.
B . Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	• Escasa relación afectiva y gritos con malos tratos hacia sus hijos, aislamiento y rechazo a las actividades sociales.
C El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica	• No presenta.
D El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	• No presenta
E Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.	• No presenta

- **Recomendaciones:**

Que inicie un Programa Cognitivo Conductual y algun miembro de la familia participe en algunas sesiones con previo aviso en apoyo de su familiar.

2.5 Intervención

2.5.1 Plan de tratamiento y calendarización:

Para el caso clínico del trabajo académico, se utilizó la Intervención Cognitivo Conductual que constó de 14 sesiones de 60 minutos cada uno, llevadas a cabo en un Centro de Salud privado, con el objetivo de disminuir los niveles de depresión a través de la intervención cognitivo conductual, donde incluye disminuir pensamientos automáticos distorsionados, promover el desarrollo de habilidades emocionales, reducir la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas fisiológicos, incrementar el nivel de registro de actividades agradables y graduales e incluir un programa de seguimiento cuyo objetivo es apoyar al paciente durante un periodo donde la Intervención cognitiva conductual sean menores y donde se afronten las posibles recaídas.

Las técnicas utilizadas fueron Reestructuración cognitiva, columnas paralelas (cuadro de registros), detención de pensamiento, reatribución, regulación emocional, relajación muscular progresiva (Jacobson), respiración abdominal, autoinstrucciones, mindfulness. (Método auxiliar), role playing (cuando se trabajó con la hermana).

2.5.2 Programa de intervención

Objetivos

- **Objetivo General**

Aplicar la Terapia Cognitiva Conductual en un caso de trastorno depresivo recurrente.

○ **Objetivos específicos**

- Disminuir pensamientos automáticos distorsionados, a través de las técnicas como la detección, reatribución y reestructuración de pensamientos automáticos para remplazar por pensamientos más adaptativos.
- Promover el desarrollo de habilidades emocionales mediante la técnica de role playing, actividades distractoras y autorregulación emocional, logrando gestionar las emociones.
- Reducir la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas fisiológicos a través de las técnicas de relajación y autoinstrucciones, reeducando a nuevos hábitos y actitudes saludables.
- Incrementar el nivel de registro de actividades agradables y graduales a través de una organización personal y el uso de técnicas de entrenamiento en asertividad, fomentando cambios en el estilo de vida, tanto personal, laboral, familiar y social.
- Instruir en la prevención de recaída mediante la técnica de atención plena (Mindfulness) basada en la terapia cognitiva, logrando reconocimiento de la sintomatología depresiva y con la finalidad de contrarrestarlo con las técnicas de la TCC aprendida.

○ **Programa de sesiones:**

a. Etapa Informativa:

Primera sesión – psicoeducación

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Presentación y bienvenida	“saludo y presentación”	Reforzar la empatía y establecer las reglas para las sesiones de terapia.	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a la primera sesión de terapia. • Comentar como paso la semana 	Escucha activa	5´	
Estructura de las sesiones	“acuerdo de las sesiones”	Establecer horario semanal de las sesiones y las reglas de las mismas	<ul style="list-style-type: none"> • se fijaron dos días a la semana (lunes y viernes) para las sesiones. • hora acordada 10:00 am • apagar celular durante la sesión. • cumplir con las tareas, actividades físicas que se dejen para la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda • Lapiceros • Post it 	5´	Se firmó el contrato conductual y el consentimiento informado.
Desarrollo central	Explicación sobre el trastorno de depresión	Reducir el nivel de tensión percibido (físico y mental). Dar respuesta a las dudas, inquietudes y/o preguntas que le perturban a la usuaria como: ¿me perdonará?, ¿volveremos a ser la familia de antes?, ¿mi situación tendrá “solución”?	<ul style="list-style-type: none"> • se fomentó a que la usuaria comparta sus vivencias sobre cómo ha experimentado la depresión. • se enfocó sobre el tema explicándole de una manera sencilla y recreativa lo que es el trastorno de depresión y como este afecta la vida de muchas personas al igual que a ella. 	<ul style="list-style-type: none"> • uso de casos comunes como ejemplos. • pizarra • video – terapia, uso de casos comunes como ejemplos.(fuente you tube) 	20´	

Desarrollo central	Explicación del tratamiento bajo el enfoque cognitivo conductual	Explicarle a través de la psicoeducación del modelo de la depresión desde la terapia cognitiva conductual.	<ul style="list-style-type: none"> • se enfatizó en la influencia que tienen los pensamientos sobre las emociones y el comportamiento. • se tomó como referencia la información obtenida en la entrevista, para que mediante ejemplos identifique aquellas situaciones en las que ha experimentado malestar a causa de los pensamientos distorsionados 	<ul style="list-style-type: none"> • pizarra acrílica y plumones. • video-terapia: ¿Qué es la terapia cognitivo conductual? (Fuente: YouTube) 	20'	
Final	Resumen	Reforzar la información brindada (retroalimentación) Psicoeducación	Preguntas sencillas y cortas sobre lo conversado en la sesión.	Entrega de un tríptico informativo sobre la depresión y sus implicancias.	10'	Se le brindan los links de los videos de la sesión para que al visualizarlos se fortalezca el aprendizaje. Recordatorio para la usuaria: Actividad física (mínimo una vez a la semana)

b. Etapa de entrenamiento:

Segunda sesión – entrenamiento en las técnicas de respiración y relajación:

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve resumen de los conceptos discutidos la primera sesión	Consolidar el conocimiento del trastorno de la depresión y la terapia cognitiva conductual	<ul style="list-style-type: none"> • se le hicieron preguntas concretas sobre lo que recordaba de la terapia cognitiva conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Plumones • Post it. 	10'	
Desarrollo central	Técnica de respiración diafragmática.	Lograr el control voluntario de la respiración para que pueda realizarlo en cualquier momento, sobre todo en las situaciones de mayor ansiedad o estrés.	<ul style="list-style-type: none"> • se le enseñó a dirigir el aire inspirado hacia la parte inferior y media de los pulmones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Música relajante de fondo 	10'	Cada semana la paciente entrega el registro de relajación.
	Técnica de relajación muscular de Jacobson.	Disminuir el nivel de tensión muscular, las respuestas fisiológicas y somáticas de la depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • manos • brazos • hombros • cuello • cabeza • espalda • rostro • abdomen • pies 	<ul style="list-style-type: none"> • música relajante de fondo. • separata con la descripción de los ejercicios • Diván 	30'	Paciente presenta la ficha de registro de relajación semanal
Final	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la información brindada • Retroalimentación 	Preguntas sencillas y cortas sobre las técnicas aprendidas.		10'	Se le facilitó el video sobre la relajación muscular progresiva de Jacobson (sesión guiada con instrucciones. Fuente: youtube

c. Etapa Ejecutiva:

Tercera sesión – Relación entre pensamiento, emoción y conducta

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve diálogo sobre las actividades realizadas en la sesión anterior y realizarlo en casa	Fortalecer la importancia y función de practicarla diariamente.	• Se hicieron preguntas abiertas sobre la práctica semanal de la técnica de relajación y despejar dudas al respecto.		10'	Paciente entrega el registro de relajación.
Desarrollo central	Identificar la relación entre actividad y estado de ánimo. Reconocer la relación funcional entre situación, pensamiento, emoción y conducta a través del ABC de Beck.	Lograr la identificación y relación de aquellos pensamientos, emociones y conductas distorsionados mediante un ejemplo.	• primero se anotaba las situaciones en que aparecían los pensamientos distorsionados y la emoción que lo acompañaba en términos de SUD, en una escala del 1 al 10.	• Pizarra • plumones • video – terapia	40'	
Final	Resumen	• Reforzar la información brindada • Retroalimentación.	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.		10'	Se dejó como tarea presentar la ficha sobre la relación entre pensamiento , emoción y conducta

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

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve diálogo sobre las tareas que se dejaron para practicar durante la semana.	Fortalecer la importancia y función de practicarlo diariamente. Reforzar la capacidad de la paciente para identificar los pensamientos, emociones y respuestas conductuales que se dan ante un evento activador.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pregunto si tuvo algún inconveniente para llenar las fichas de registro. • Se aclararon dudas al respecto 		10'	Paciente entrega el registro de la relación entre pensamiento, emoción y conducta. . Proporciona: registro de pensamiento negativo registro de culpa y filtraje.
Desarrollo central	Reestructuración cognitiva a través de los principios A-B-C- de la terapia cognitiva conductual	Identificar y cuestionar los pensamientos distorsionados.	<ul style="list-style-type: none"> • Primero anotaba las situaciones en que aparecían los pensamientos distorsionados y la emoción que lo acompañaba en términos de SUD, en una escala del 1 al 10. • preguntas aclaratorias • preguntas en torno a supuestos • preguntas sobre la evidencia o razón • preguntas respecto al origen o fuentes • preguntas respecto a implicaciones y consecuencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • fichas: trabajando con el método A-B-C. • video - terapia <p>Aprende a debatir sus pensamientos: "reestructuración cognitiva"</p>	40'	
Final	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la información brindada • Retroalimentación. 	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.		10'	La siguiente sesión la paciente presenta la ficha semanal del A-B-C

Quinta sesión - técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de disminuir los pensamientos distorsionados (sobre generalización, visión catastrófica y racionamiento emocional).

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve diálogo sobre las tareas que se dejaron para practicar durante la semana.	Fortalecer la importancia y función de practicarlos diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pregunto si tuvo algún inconveniente para llenar las fichas de registro. • Se aclararon dudas al respecto 		10'	Paciente entrega el registro de la relación entre pensamiento, emoción y conducta. . Proporciona: registro de pensamiento negativo registro de culpa y filtraje.
Desarrollo central	Reestructuración cognitiva a través de los principios A-B-C- de la terapia cognitiva conductual	Identificar y cuestionar los pensamientos distorsionados.	<ul style="list-style-type: none"> • Primero anotaba las situaciones en que aparecían los pensamientos distorsionados y la emoción que lo acompañaba en términos de SUD, en una escala del 1 al 10. 	<ul style="list-style-type: none"> • fichas: trabajando con el método A-B-C. • Aprende a debatir sus pensamientos: “reestructuración cognitiva” 	40'	
Final	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la información brindada • Retroalimentación. 	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.		10'	La siguiente sesión la paciente presenta la ficha semanal del A-B-C

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

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve diálogo sobre las tareas que se dejaron para practicar durante la semana.	Fortalecer la importancia y función de practicarlo diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Se aclararon dudas al respecto 		10'	Paciente entrega el registro de la relación entre pensamiento, emoción y conducta. . Proporciona la tarea asignada.
Desarrollo central	Reestructuración cognitiva a través de los principios A-B-C- de la terapia cognitiva conductual Aplicación de la técnica de las tres columnas paralelas	Enseñar a la usuaria en la técnica de las columnas paralelas con su debida importancia y funcionalidad. Modificar los pensamientos distorsionados a otros pensamientos más adaptativos.	<ul style="list-style-type: none"> • Primero anotaba las situaciones en que aparecían los pensamientos distorsionados y la emoción que lo acompañaba en términos de SUD, en una escala del 1 al 10. 	<ul style="list-style-type: none"> • fichas: trabajando con el método A-B-C. • Aprende a debatir sus pensamientos: “reestructuración cognitiva” y manejo de las tres columnas paralelas. 	40'	Practicar la técnica de las tres columnas paralelas en casa tomando registro de ello.
Final	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la información brindada • Retroalimentación. 	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.		10'	La siguiente sesión la paciente presenta la ficha semanal del A-B-C con sus respectiva modificación (columnas paralelas)

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

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve diálogo sobre las tareas que se dejaron para practicar durante la semana.	Fortalecer la importancia y función de practicarla diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Se aclararon dudas al respecto. 		10'	Paciente entrega el registro de la relación entre pensamiento, emoción y conducta. . Proporciona la tarea asignada.
Desarrollo central	Modificar sus creencias distorsionadas a unas más reales.	Contribuir a que la usuaria logre modificar su locus de control, es decir que sea capaz de modificar la atribución de causas que hace para los eventos positivos y negativos.	<p>Valorar cuales pueden ser las causas de una situación determinada.</p> <p>Discutir y cambiar sus creencias a dicha causalidad, redirigiendo la atribución que realiza el paciente hacia una perspectiva más realista, objetiva y funcional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprende a debatir sus creencias. 	40'	Practicar la técnica
Final	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la información brindada • Retroalimentación. 	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.		10'	La siguiente sesión la paciente presenta “pai de alternativas” a una causa específica.

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

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve diálogo sobre la tarea que se dejó la sesión anterior.	Fortalecer la importancia y función de practicarla diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Se aclararon dudas al respecto. 		10'	Llega 17 minutos posterior a la hora de su cita. Cumple con la tarea asignada.
Desarrollo central	Establecer tiempo para preocuparse	Evitar estar todo el día centrando nuestros pensamientos en preocupaciones obsesivas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acordar una hora para dedicar a las preocupaciones y no prestarles atención fuera de este tiempo. ✓ Si las preocupaciones aparecen fuera de este tiempo aplicaremos la parada de pensamiento u otra técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprende a estructurar un horario para las preocupaciones. 	40'	Ejecuta la técnica mediante ejemplos.
Final	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la información brindada • Retroalimentación. 	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.		10'	Se deja la actividad del registro del horario de preocuparse.

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

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve diálogo sobre las tareas que se dejaron para practicar durante la semana.	Fortalecer la importancia y función de practicarlo diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Se aclararon dudas al respecto 		10'	Paciente entrega el registro de la relación entre pensamiento, emoción y conducta. . Proporciona la tarea asignada.
Desarrollo central	Aplicación de la técnica de autorregulación emocional.	Enseñar a la usuaria en la técnica de autorregulación emocional con su debida importancia y funcionalidad al caso.	<ul style="list-style-type: none"> • Entender y nombrar las emociones: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar las funciones de las emociones y su relación con las dificultades para ser cambiadas. ✓ Entender la naturaleza de las emociones elaborando un modelo de emociones. ✓ Aprender cómo identificar y etiquetar emociones en la vida diaria. ✓ Entender las funciones de las emociones ✓ Identificar obstáculos para el cambio de las emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> • fichas: trabajando con los estados emocionales • Aprende a identificar y cuestionar sus emociones. • Video terapia de la regulación emocional (youtube) 	50'	Practicar la técnica de las tres columnas paralelas en casa tomando registro de ello.
Final	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la información brindada • Retroalimentación. 	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.		10'	La siguiente sesión la paciente presenta el registro de sus estados emocionales durante la semana (incluido el SUD)

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

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve dialogo de la sesión anterior y la tarea asignada.	Fortalecer la importancia y función de practicarla diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Se aclararon dudas al respecto 		10'	Paciente entrega el registro de estados emocionales incluido el SUD.
Desarrollo central	Aplicación de la técnica de autorregulación emocional.	Enseñar a la usuaria en la técnica de autorregulación emocional con su debida importancia y funcionalidad al caso.	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar las emociones no deseadas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprender cómo comprobar los hechos. ✓ Realizar acciones opuestas cuando la emoción no se ajusta a los hechos. ✓ Participar en la resolución de problemas cuando los hechos de la situación son el problema. • Manejar emociones extremas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprender a afrontar y manejar emociones difíciles. ✓ Reducir el sufrimiento emocional. ✓ Aprender a identificar el punto límite de nuestras habilidades y aplicar entonces habilidades de tolerancia al malestar. ✓ Incrementar la conciencia ante las emociones del momento ✓ Identificar el punto límite y aplicar técnicas de tolerancia al malestar 	<ul style="list-style-type: none"> • fichas: trabajando con los estados emocionales • Aprende a identificar y cambiar las emociones no deseadas. 	50'	Practicar la técnica de las tres columnas paralelas en casa tomando registro de ello.
Final	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la información brindada • Retroalimentación. 	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.		10'	La siguiente sesión la paciente presenta el registro de sus estados emocionales y con los cambios de las emociones no deseadas.

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

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve dialogo de la sesión anterior y la tarea asignada.	Fortalecer la importancia y función de practicarla diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Se aclararon dudas al respecto 		10´	Paciente entrega el registro de estados emocionales incluido el SUD.
Desarrollo central	Aplicación de la técnica de programación de actividades	Contrarrestar la escasa motivación, su inactividad y su preocupación en torno a sus ideas depresivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de actividades se hace en colaboración de la usuaria • Trazar metas con sentido realista.(de menor a mayor complejidad) 	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda de la usuaria. • Lapicero de colores.(preferible pero no indispensable) • Post it. • Video terapia fuente youtube). 	50´	Se concluye con las actividades organizadas sin ningún inconveniente de la usuaria.
Final	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la información brindada • Retroalimentación. 	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.		10´	La siguiente sesión se planteó llevar a cabo una actividad programada por la usuaria, (correr, ir al gym)

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

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve diálogo de la sesión anterior y la tarea asignada.	Fortalecer la importancia y función de practicarla diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Se aclararon dudas al respecto 		10'	Paciente entrega el registro de sus actividades durante la semana.
Desarrollo central	Aplicación de la técnica de entrenamiento en asertividad.	Reduce el estrés. Enseña a defender los derechos de cada uno sin ser agredido ni dejarse agredir.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los estilos básicos de la conducta interpersonal: estilo agresivo, pasivo y asertivo. • Identificar las situaciones en las cuales queremos ser mas asertivos. • Describir las situaciones problemáticas • Escribir un guion para el cambio de nuestra conducta. • Desarrollo del lenguaje corporal adecuado. • Aprender a identificar y evitar las manipulaciones de los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda de la usuaria. • Lapicero de colores.(preferible pero no indispensable) • Post it. • Video terapia fuente youtube). • Ejemplo en casos similares. 	50'	Ampliar información sobre las características (pasivo, agresivo y asertivo).
Final	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la información brindada • Retroalimentación. 	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.	Entrega de tríptico y figuras sobre las características: pasiva, agresiva y asertiva.	10'	Realizar ejemplos de una persona asertiva e identificar en el hogar las características del comportamiento (agresivo, pasivo y/o asertivo).

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

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve diálogo sobre las tareas que se dejaron para practicar durante la semana.	Fortalecer la importancia y función de practicarlo diariamente.	• Se aclararon dudas al respecto.		10'	Paciente entrega la tarea asignada..
Desarrollo central	Disminuir la sintomatología fisiológica con la técnica de autoinstrucciones.	Contribuir a que la usuaria logre incorporar otra técnica para su malestar fisiológico y genere nuevas experiencias placenteras y conscientes de si misma y de su entorno	Se empezara con el modelado cognitivo, luego el modelado cognitivo participante, posteriormente la usuaria dará auto verbalizaciones en voz alta y voz baja para pasar a las autoinstrucciones encubiertas.	• Aprende a generar su propia auto verbalizaciones positivas y reales.	40'	Practicar la técnica
Final	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la información brindada • Retroalimentación. 	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.		10'	La siguiente sesión la paciente presentará una lista de autoinstrucciones mediante un situación estresante.

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

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve diálogo sobre las tareas que se dejaron para practicar durante la semana.	Fortalecer la importancia de la función de practicarlo diariamente.	la y de	• Se aclararon dudas al respecto.	10'	Paciente entrega tarea asignada
Desarrollo central	Prevenir recaídas con la técnica de atención plena	Reducir la sintomatología residual, recaídas y mejorar la calidad de vida.	la	Técnica de autoconocimiento corporal (aprender a detectar las señales de posibles alarmas de recaídas que nos envía nuestro cuerpo y los pensamientos que surjan ante situaciones estresantes). Técnica de respiración diafragmática.	40'	Practicar las técnica
Final	Resumen	• Reforzar información brindada • Retroalimentación.	la	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.	10'	

2.6 Consideraciones éticas

De manera verbal se realizó el permiso a la paciente para utilizar su caso de depresión en la presentación de un trabajo académico para la obtención de un título de segunda especialización, la paciente acepto que se presente su caso evitando dar sus datos personales como nombres, dirección y teléfono.

III RESULTADOS

3.1 Análisis de resultados

En el Inventario de depresión de Beck, obtiene los siguientes datos: pre test obtuvo un puntaje de 28 que lo ubica en un nivel de depresión moderado. En el post test obtuvo un puntaje de 7 que lo ubica en un nivel mínimo de depresión.

En el Registro de frecuencia e intensidad de pensamientos se puede evidenciar que hay un cambio significativo en la frecuencia de pensamientos negativos e irracionales, en “fue mi culpa de engañarlo con otro hombre” inició con un registro de entrada donde obtuvo 67 y un registro de salida de 4, mientras un 9 y posteriormente 0.5 en intensidad, en el pensamiento “mi esposo puede engañarme con otra mujer” se reduce de 66 y 5 respectivamente y mientras un 8 y posteriormente 0.4 de intensidad, “solo está conmigo por los hijos” tiene un registro de entrada de 60 y concluye en 4, como también un ingreso de 8 y una salida de 0.2 en intensidad, “soy una mala madre” obtuvo un puntaje de 59 veces y al final 4, al igual hubo un puntaje de 8 y después de 0.5 en intensidad, “estoy pagando lo que hice” reduce las veces de 53 a 2 veces al termino del proceso, y un 8 a 0.4 de intensidad y “nunca me perdonará” denota una reducción de 65 veces a un puntaje de 2, a la ves se denota una baja de 9 a 0-5 en intensidad.

En el Registro de frecuencia e intensidad (promedio) de emociones de evaluación de ingreso y salida, tal como se evidencia en la tabla N°3, existe una disminución de la frecuencia e intensidad de las emociones negativas como: la culpa, que tuvo un decremento paulatino de ingreso 47 y salida un 2 en frecuencia y una disminución de 9 a 0.5 (promedio) en intensidad, la tristeza tuvo una baja de 43 a 3 veces en la semana y 9 a 0.5 en intensidad promedio respectivamente, la vergüenza una reducción de ingreso con 46 a un puntaje de salida de 2 en frecuencia y un 8 de entrada a un 0.2 de salida en intensidad, la ira experimento

un decrecimiento que va desde 34 a 2 veces por semana en frecuencia y 7 a 0.5 en intensidad, así también se denota en el temor una baja de 36 en ingreso a 2 de salida en frecuencia y un 8 a 0.4 en intensidad respectivamente.

En cuanto al Registro de frecuencia de comportamientos se puede visualizar en la tabla N° 04 donde se muestra una disminución de llorar cuando se encuentra sola con un registro de ingreso de 22 a un 2 de salida, rechazar invitaciones de familiares y amigos de 13 veces a 1 sola vez por semana, el pasar mayor tiempo en su cuarto tiene una baja de ingreso que corresponde de 19 veces a 2 veces, el desconcentrarse con facilidad va desde 38 veces a 1 sola vez a la semana, irritarse con facilidad cuando no le hacen caso (hijos) denota un decremento significativo con un ingreso de 30 veces a un 0 veces.

3.2 Discusión de resultados

La usuaria ha tenido una reducción significativa en cuanto a la disminución de los puntajes, que se observa diferencias entre la fase de pre test y post test, reflejando el comportamiento depresivo. Por tanto, se puede deducir que el paquete de técnicas de la terapia cognitiva conductual han logrado un efecto significativo en el alivio de la sintomatología cognitiva, emocional y conductual de la usuaria abordada.

Estos resultados contrastados y expuestos en investigaciones internacionales tales como Acevedo y Gélves (2018) presentan el caso en Bolivia de un trastorno de depresión. Tuvo resultados favorables donde se logró identificar y modificar los pensamientos automáticos, disminuir el diálogo negativo y el sentimiento de culpa. Al igual con Nieto (2006) Trabajo con una mujer de 27 años con diagnóstico de depresión grave. Concluyó con resultado favorable y satisfactorio.

En nuestro país podemos encontrar investigaciones cognitivo conductuales, que al igual la presente investigación, apuestan por complementar los aspectos cognitivos,

conductuales y emocionales obteniendo resultados favorables y tomando técnicas propiamente de la terapia cognitiva conductual mostrando efectividad no solo en el trastorno depresivo, a ello se suma la investigación dada por Ramírez (2020) abordó el uso de las técnicas del enfoque Cognitivo Conductual en el tratamiento de la depresión en adultos, entre las técnicas contó con la psicoeducación, programa de actividades, técnicas de dominio y agrado, distracción cognitiva e imaginación, registros conductuales, bloqueo de pensamiento, autoinstrucciones, Los resultados obtenidos indicaron la eficacia de las técnicas del enfoque cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión en adultos.

Asimismo, se confirma la importancia de llevar a cabo las sesiones semanales y sobre todo la adherencia y compromiso mostrado por la usuaria durante el tratamiento; además se hace hincapié que en este caso los pensamientos distorsionados como de culpabilidad y entre otros que generaban emociones poco saludables, se modificaron y/o disminuyeron con la reestructuración cognitiva como en otras investigaciones locales e internacionales y entre otras técnicas basadas en el modelo de tratamiento de Beck (2010) las técnicas cognitivas es un sistema amplio que se ocupa de proporcionar procedimientos específicos para identificar y modificar el paradigma personal del paciente,

Las respuestas emocionales como la culpa, la tristeza, la vergüenza, la ira y el temor se lograron efectuar cambios significativos a través de las técnicas; actividades distractoras y autorregulación emocional como lo señala su efectividad Berking (2010) señala que una buena regulación emocional tiene capacidad predictiva en el aumento del afecto positivo y una disminución del afecto negativo.

Al respecto en las respuestas de la conducta como llorar cuando se encuentra sola, evitar y/o rechazar invitaciones de familiares y amigos, pasar mayor tiempo en su cuarto, desconcentrarse e irritarse con facilidad; cuyas técnicas que se aplicó fueron la técnica de

relajación, auto instrucciones, programa de actividades, asignación de tareas agradables y graduales, entrenamiento en asertividad. Ante esto Beck (2010) indica que en las primeras fases de la terapia cognitiva y en especial con los pacientes con sintomatología depresiva grave suele ser necesario que se establezca el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión.

Se espera que este trabajo sea utilizado como guía para futuras investigaciones y es una evidencia que se suma a tantas investigaciones nacionales e internacionales sobre la eficacia de la aplicación de la terapia cognitiva conductual.

3.3 Seguimiento

Una vez culminado el Programa de intervención cognitiva conductual se realizó el seguimiento que consistió en una cita cada 15 días durante dos meses para afianzar lo aprendido y consejería psicológica para problemas que pudo presentarse. Posteriormente se llevó a cabo, una vez al mes por 3 meses. Finalmente se dio el alta clínica.

IV CONCLUSIONES

1. Al término de la aplicación de la terapia cognitivo conductual se corrobora por la propia usuaria los cambios realizados durante el tratamiento y por el post test aplicado, logrando reducir la sintomatología depresiva. Por tanto, se reafirma la eficacia de la TCC
2. Se logró modificar las distorsiones cognitivas por otros más adaptativos y flexibles.
3. Se logró promover el desarrollo de habilidades emocionales, sin embargo, en la expresión de afecto se logró mejorar sin llegar a un cien por ciento de eficacia.
4. Se logró disminuir de manera significativa la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas fisiológicos a través de hábitos saludables aplicados en el tratamiento.
5. Se logró incrementar el nivel de actividad física (Yoga, ejercicios, eventos familiares y sociales) y funcionalidad a nivel personal, social y laboral.
6. Se logró establecer como prevención estrategias de afrontamiento para la depresión.

V RECOMENDACIONES

1. Seguir poniendo en práctica las técnicas aprendidas de la TCC para fortalecer lo aprendido.
2. Continuar con el seguimiento para conservar las estrategias y mejoras personales.
3. Mantener hábitos saludables como el deporte, actividad recreativa, salida con la familia y entre otros.
4. Establecer tratamiento con la familia de la usuaria para así lograr una mayor eficacia en el programa de seguimiento.
5. Terapia de pareja y familia.
6. Extender el presente trabajo académico y compartir la casuística de depresión para superar la tasa de incidencia en mortalidad y/o manejar la problemática con evidencia empírica sobre la eficacia de la Intervención cognitiva conductual.

VI REFERENCIAS

- Acevedo, M. Y. y Gélvez, L. M. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (55), 156 - 158. [file:///C:/Users/hp/Desktop/link%20para%20el%20marco%20teorico/Dialnet-EstrategiasDeIntervencionCognitivoConductual %202021.pdf](file:///C:/Users/hp/Desktop/link%20para%20el%20marco%20teorico/Dialnet-EstrategiasDeIntervencionCognitivoConductual%202021.pdf)
- Aguilar, J. H y Huamaní, J. (2019). *Aplicación de un programa cognitivo conductual para la depresión en niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNAS/10244/PSagmojh.pdf?sequence=2&isAllow=y>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5° ed.) Médica Panamericana.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Desclée de Brower, S. A.
- Berná-Ruiz, J. (2016) *Intervención Cognitiva Conductual en un Caso de Depresión Mayor moderado* [Tesis de pregrado, Universidad Miguel Hernández]. Repositorio Digital de la Universidad Miguel Hernández. <http://dspace.umh.es/simple-search?query=intervencion+cognitiva+conductual+en+un+caso+de+depresi%C3%B3n+mayor+moderado>

Calderón-Obregón, E. Y. (2020) *Intervención Cognitiva Conductual para una mujer adulta con depresión* [Trabajo Académico de segunda especialidad, Universidad Federico Villarreal]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4654>

Céspedes, C. I. (2019) *Propuesta de un programa cognitivo conductual superar la depresión en pacientes de una Clínica de Chiclayo*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio Institucional UNPRG.
<https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/6946/C%c3%a9spedesChuz%c3%b3nCatherineIvon.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Cruz-Paredes, N. (2019). *Aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual en un caso de Depresión Recurrente* [Tesis de pregrado, Universidad Pontificie Bolivariana]. Repositorio virtual de la Universidad Pontificie Bolivariana.
https://repository.upb.edu.co/discover?rpp=10&etal=0&query=aplicacion%20en%20a%20terapia%20cognitiva%20conductual%20en%20en%20un%20caso%20de%20trastorno%20depresivo%20recurrent&group_by=none&page=1

Díaz, E. y Sanz, R. B. (2015). Vulnerabilidad cognitiva en el trastorno depresivo: A propósito de un caso clínico. *Revista de casos clínicos en salud mental*, (1), 61-78.
<file:///C:/Users/hp/Desktop/link%20para%20el%20marco%20teorico/DialnetVulnerabilidadCognitivaEnElTrastornoDepresivo-5912891.pdf>

Feijoo-Gamboa, A. P. (2021). *Estudio de Caso Clínico: Programa de Intervención Cognitivo*

Conductual para un caso de Trastorno Depresivo Recurrente [Tesis de pregrado,

Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional de la Universidad de

San Martín de Porres.

<https://repositorio.usmp.edu.pe/discover?scope=%2F&query=GIANNA+ANTONELLA+PISSANI+CONTRERAS&submit=>

Hernández, M. A. (2010). Tratamiento cognitivo conductual, un análisis de caso [Tesis de

pregrado, Universidad Autónoma del estado de Mexico].

<file:///C:/Users/hp/Desktop/link%20para%20el%20marco%20teorico/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>

Jaime, J. P. (2019). *Efectos de un programa Cognitivo Conductual en la depresión en un*

adulto mayor del programa CAM de la provincia de Lambayeque 2016[Tesis de

maestría, Universidad Nacional Pedro Ruíz de Gallo].

<https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/Handle/20.500.12893/7751/BC%204038%20JAIME%20RODRIGUEZ.pdf?Sequence=1&isAllowed=y>

Nieto, M. (2006). La importancia de plantear los objetivos de una forma Graduada y no en su

Totalidad en un caso de depresión. *Acción Psicológica*, 4(1), 83-91. <file:///C:/Users/hp>

</Desktop/link%20para%20el%20marco%20teorico/CASO%20DE%20DEPRE%2019%20SESIONES.pdf>

Pissani-Contreras, G. A. (2022). *Estudio de caso clínico: Intervención desde la Terapia*

Cognitivo Conductual en un Caso de Depresión [Tesis de pregrado, Universidad de

San Martín de Porres]. Repositorio Institucional de la Universidad de San Martín de

Porres. <https://repositorio.usmp.edu.pe/discover?scope=%2F&query=GIANNA+ANTONELLA+PISSANI+CONTRERAS&submit=>

Puerta, J. V. y Padilla, D. E. (20. y 11). Terapia cognitiva conductual como tratamiento para

la depresión. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(2), 251-257. [file:///C:/](file:///C:/Users/hp/Desktop/link%20para%20el%20marco%20teorico/Dialnet-TerapiaCognitivaConductualTCCComoTratamientoParaL.pdf)

<Users/hp/Desktop/link%20para%20el%20marco%20teorico/Dialnet-TerapiaCognitivaConductualTCCComoTratamientoParaL.pdf>

Ramírez, J. R. (2020). *Técnicas del enfoque Cognitivo Conductual en el Tratamiento de la*

depresión en adultos: Una revisión sistematizada [Tesis de maestría, Universidad

César Vallejo]. Repositorio Digital Institucional UCV.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60850/Ram%C3%ADrez_MJR-SD.pdf?sequence=1

Retamal, P. (1999). *Depresión. Guía para el paciente y la familia*. Editorial Universitaria,

S.A.

Reyes, V. (2019). Efectos de un programa Cognitivo Conductual en la depresión e Ideación

suicida en adolescentes de un Hospital de Ferreñafe. [Tesis de maestría, Universidad

Nacional Pedro Ruiz Gallo]. [https://repositorio.unprg.edu.pe/Bitstream/handle/20.500.](https://repositorio.unprg.edu.pe/Bitstream/handle/20.500.12893/5810/BC-TES-TMP1083%20REYES%20MONTENEGRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[12893/5810/BC-TES-TMP1083%20REYES%20MONTENEGRO.pdf?sequence=1&](12893/5810/BC-TES-TMP1083%20REYES%20MONTENEGRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<isAllowed=y>

San, L. y Arranz, B. (2010) *Depresión*. Editorial Amat, S. L.

Sotelo-Rospigliosi, R. P. (2020). *Mindfulness y Terapia Cognitiva* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8615?show=full>

Vega-Pérez, J. L. (2015). *Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual para Trastorno Depresivo mayor* [Tesis de pregrado, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio digital de la Universidad de San Francisco de Quito.
<https://repositorio.usfq.edu.ec/simplesearch?query=Efectividad+de+la+Terapia+Cognitiva+Conductual+para+Trastorno+de++Depresi%C3%B3n+Mayor>

VII. ANEXOS

Tabla 1

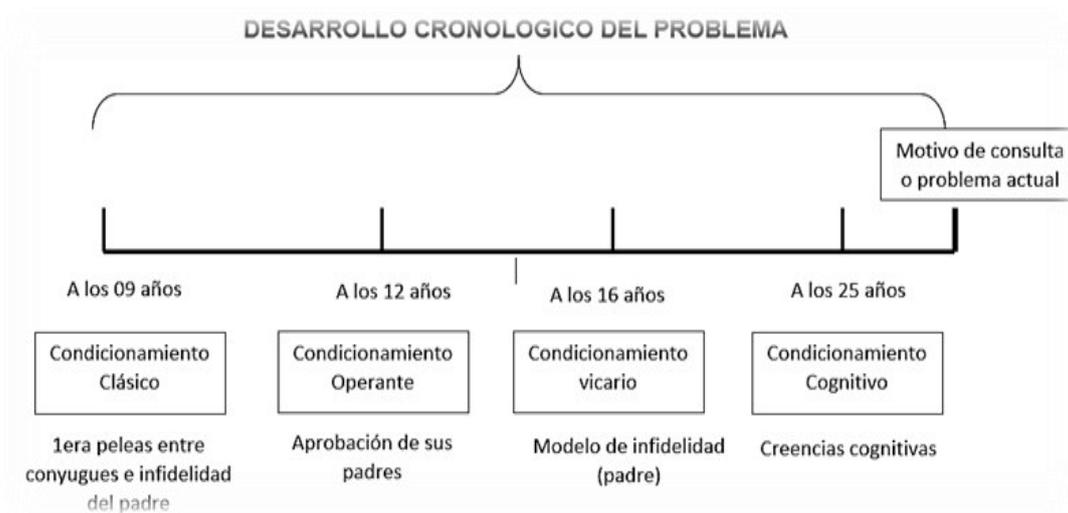
Resultados pre-test y post-test del Inventario de depresión de Beck

	Pre-test	Post-test
Inventario de Beck	28	7
	Depresión moderada	Mínima depresión

Tabla 2

Registro de frecuencia e intensidad de pensamientos pre y post test

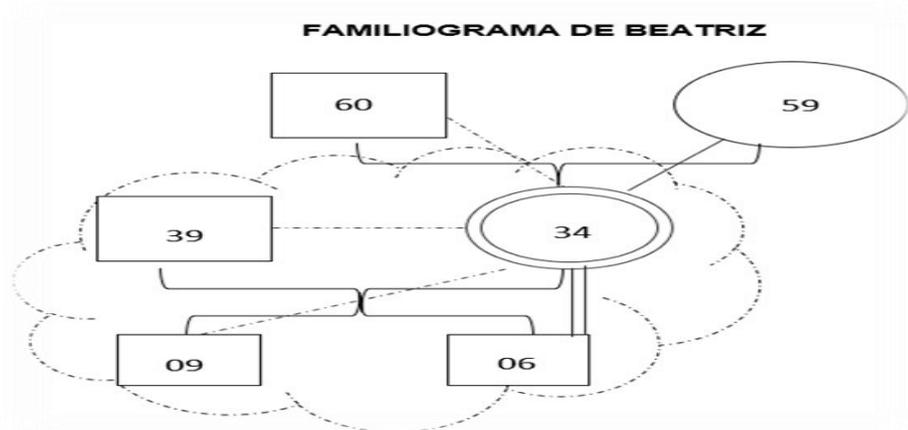
Conducta problema	Frec/int	Pre/Post	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom	Total
“Fue mi culpa de engañarlo con otro hombre”	F	Pre	10	9	10	10	9	9	10	67
	F	Post	1	0	1	1	0	0	1	4
	I	Pre	9	8	9	10	9	8	10	9
	I	Post	1	0	1	1	0	0	1	0.5
“Mi esposo puede engañarme con otra mujer”	F	Pre	10	10	9	10	10	9	8	66
	F	Post	1	1	0	1	1	1	0	5
	I	Pre	9	9	8	9	7	8	9	8
	I	Post	1	0	0	1	0	0	1	0.4
“Solo está conmigo por los hijos”	F	Pre	9	8	9	9	8	8	9	60
	F	Post	1	0	1	0	1	0	0	3
	I	Pre	7	8	7	9	8	9	10	8
	I	Post	0	0	0	1	0	0	1	0.2
“Soy una mala Madre”	F	Pre	9	8	8	8	9	9	8	59
	F	Post	1	0	0	0	2	1	0	4
	I	Pre	8	9	9	10	10	9	7	8
	I	Post	0	1	0	1	1	1	0	0.5
“Estoy pagando lo que hice”	F	Pre	7	8	7	7	7	9	8	53
	F	Post	0	1	0	0	0	1	0	2
	I	Pre	10	8	7	9	7	7	10	8
	I	Post	1	0	0	1	0	0	1	0.4
“Nunca me perdonará”	F	Pre	10	10	9	9	10	9	8	65
	F	Post	1	0	0	0	1	0	0	2
	I	Pre	10	9	7	8	9	10	10	9
	I	Post	1	1	0	0	0	1	1	0.5

Figura 1*Desarrollo cronológico del problema***Figura 2***Datos de la familia*

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de instrucción	Dedicación
Padre	Felipe	60	Secundaria completa	Chofer
Madre	Raquel	59	Secundaria incompleta	Ama de casa
Esposo	José	39	Técnico superior	Técnico en computación
Hijo mayor	Carlos	9	4to de primaria	Estudiante
Hijo menor	Alejandro	6	1ero de primaria	Estudiante

Figura 3

Familiograma



Nota. Beatriz a la relación con su padre, lo define distante, ejerció control sobre ella. La relación con su madre fue cercana y carente de afecto. El tipo de familia de Beatriz es nuclear y está conformado por el esposo (39 años) y 2 hijos (9 y 6 años), la relación entre el esposo y la usuaria es distante dentro del hogar, donde el contacto afectivo directo no es frecuente, poca comunicación, principalmente cumplen función de padres. Así también, relación distante con el hijo mayor y cercana con el hijo menor. Adaptada por McGoldrick y Gerson, 1985, Genograma en la evaluación familiar.