



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA CON DEPRESIÓN

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Huarcaya Saenz, Susy Liliana

Asesor:

Solano Melo, Cristian Alfonso
(ORCID: 0000-0001-6669-4330)

Jurado:

Roca Paucarpoma, Favio
Montes de Oca Serpa, Hugo
Casquero Miriam, Zaidman

Lima - Perú

2022



Referencia:

Huarcaya, S. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con depresión*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6346>



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/>



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA CON DEPRESIÓN**

Línea de Investigación: Salud Mental

**Trabajo Académico para Optar el Título de la Segunda Especialidad
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual**

Autora

Huarcaya Saenz, Susy Liliana

Asesor

Solano Melo, Cristian Alfonso
(ORCID: 0000-0001-6669-4330)

Jurado

Roca Paucarpoma, Favio
Montes de Oca Serpa, Hugo
Casquero Miriam, Zaidman

Lima - Perú

2022

Dedicatoria

El presente trabajo lo dedico a mi amado esposo y mi muy querida hija, quienes en todo momento fueron mi fortaleza y soporte para concluir esta meta.

Agradecimiento

A Dios por regalarme salud y bienestar el cual me permite concluir una meta más en mi formación profesional.

A los diversos maestros de la segunda especialidad de la Universidad Nacional Federico Villareal quienes contribuyeron en mi formación académica.

Índice

	Pág.
Portada.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice.....	iv
Lista de tablas	vi
Lista de Figuras	vii
Resumen	viii
Abstract.....	ix
I. Introducción.....	10
1.1. Descripción del problema.....	11
1.2. Antecedentes	12
1.2.1. Antecedentes Nacionales.....	12
1.2.2. Antecedentes Internacionales	14
1.2.3. Fundamentación Teórica	17
1.3. Objetivos	36
1.4. Justificación.....	36
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	37
II. Metodología	39
2.1. Tipo y Diseño de la Investigación.....	39
2.2. Ámbito temporal y espacial.....	39
2.3. Variables de Investigación	40
2.4. Sujeto.....	41
2.5. Técnicas e Instrumentos	41
2.5.1. Técnicas:.....	41

2.5.2. Instrumentos:	41
2.5.3. Evaluación Psicológica.....	45
2.5.4. Evaluación Psicométrica	52
2.5.5. Informe Psicológico Integrados.....	57
2.6. Intervención:.....	65
2.6.1. Plan de intervención y calendarización	65
2.6.2. Programa de intervención	70
2.7. Procedimiento.....	84
2.8. Consideraciones éticas	94
III. Resultados	96
3.1. Resultados pre y post intervención	96
3.2. Discusión de resultados	102
3.3. Seguimiento	105
IV. Conclusiones	106
V. Recomendaciones.....	108
VI. Referencias	109
VII. Anexos	116

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1: Datos de la familia.....	50
Tabla 2: Diagnostico Tradicional CIE 10-Trastorno Depresivo Recurrente, episodio actual moderado.....	59
Tabla 3: Diagnostico Funcional.....	62
Tabla 4: Análisis situación, pensamiento y emoción.....	63
Tabla 5: Análisis Funcional	64
Tabla 6: Plan de intervención y calendarización	65
Tabla 7: Plan de Intervención del Caso de Estudio	70
Tabla 8: Registro de frecuencia de pensamientos distorsionados pre y post test	97
Tabla 9: Registro de frecuencia e intensidad de emociones pre y post test.....	97
Tabla 10: Registro de frecuencia y duración de conductas problema, pre test y post test ...	100

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1: Estructura familiar.....	51
Figura 2: Interacción Familiar	51
Figura 3: Resultados de la evaluación pre y post test del Inventario de depresión de Beck .	96
Figura 4: Registro de frecuencia de pensamientos distorsionados pre y post test.....	97
Figura 5: Registro de intensidad de emociones pre y post test.....	99
Figura 6: Registro de frecuencia de emociones pre y post test	99
Figura 7: Registro de frecuencias de conductas problema pre y post test.....	101
Figura 8: Registro de duración de conductas problema pre y post test	101

Resumen

Se presenta un estudio de caso psicológico en una paciente mujer adulta de 27 años con sintomatología depresiva, a través de la intervención de la terapia cognitivo conductual. El objetivo general fue disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa en terapia cognitivo conductual que le permita adoptar pensamientos, emociones y conductas funcionales para que pueda desarrollarse integralmente en el aspecto personal, familiar y laboral; se aplicó un diseño experimental de caso único ABA. Se elaboró la historia clínica cognitivo conductual y se aplicaron instrumentos como el inventario de depresión de Beck (BDI-II), el cuestionario de personalidad de Eysenck y registros cognitivos conductuales. Asimismo, se realizó una evaluación psicológica considerando los criterios diagnósticos del CIE 11 para la depresión. Se diseñó el programa de tratamiento de 13 sesiones de 45 minutos cada una, en las que se incluyó técnicas como programación de actividades, asignación de tareas graduales, el descubrimiento guiado, la retribución, dominio y agrado, triple columna y soluciones de problemas. Los resultados encontrados en la evaluación post test muestran una disminución de los síntomas depresivos, confirmando de esta manera la eficacia de la terapia cognitiva conductual en casos de depresión.

Palabras clave: salud mental, depresión, terapia cognitivo conductual.

Abstract

A psychological case study is presented in a 27-year-old female patient with depressive symptoms, through the intervention of cognitive behavioral therapy. The general objective was to reduce depressive symptomatology through the application of a cognitive behavioral therapy program that allows her to adopt thoughts, emotions and functional behaviors so that she can fully develop in the personal, family and work aspects; an ABA single-case experimental design was applied. The cognitive behavioral clinical history was prepared and instruments such as the Beck Depression Inventory (BDI-II), the Eysenck Personality Inventory and cognitive behavioral records were applied. Likewise, a psychological evaluation was carried out considering the ICD 11 diagnostic criteria for depression. The treatment program was designed for 13 sessions of 45 minutes each, which included techniques such as activity programming, gradual task assignment, guided discovery, retribution, mastery and liking, parallel columns, and problem solving. The results found in the post-test evaluation show a decrease in depressive symptoms, thus confirming the efficacy of cognitive behavioral therapy in cases of depression.

Keywords: depression, cognitive behavioral therapy.

I. Introducción

A nivel nacional los estudios epidemiológicos de salud mental dan cuenta que en el año 2018 en promedio el 29,7 % de la población mayor de 12 años de edad padeció de algún tipo de trastorno mental. Según estos estudios, la prevalencia anual más alta en promedio se encuentra entre las poblaciones de zonas urbanas de las ciudades de Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno, Pucallpa. Así también, en la población mayor de 12 años, los trastornos más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8 % en Iquitos, y se estima un promedio nacional de 7,6 %. (Ministerio de Salud, 2018).

Siendo la salud mental un gran problema es importante recordar que, en casos como la depresión afecta al paciente, también a la familia, así como a los amigos más cercanos y si la sintomatología va siendo cada vez mayor pues termina afectando a la sociedad, ya que el usuario participara en distintos programas públicos de atención.

No obstante, se evidencia que día tras día, los índices y el porcentaje de personas que padecen de algún trastorno depresivo va siendo mayor, es por ello, que es muy importante la atención de estos, pero no solo eso, sino que la investigación en relación a la intervención y la efectividad de cada una de las técnicas que puedan ser aplicadas, ya que de esta manera se podrá tener un tratamiento cada vez más eficiente.

Es por ello, que en el presente trabajo se presentara un estudio de caso de depresión en una mujer adulta, donde se dio la intervención con diversas técnicas conductuales y cognitivas; en el capítulo I, se presenta la descripción del problema, así como se mencionan los antecedentes tanto internacionales como nacionales, se muestran cuáles fueron los objetivos, por último, la justificación y el impacto esperado del trabajo.

En el capítulo II, se detalla cual es la metodología empleada, especificando el tipo, diseño, variables, ámbito temporal y espacial además de mostrar cuales fueron las

técnicas e instrumentos empleados y posteriormente el plan de intervención entre otros aspectos relevantes.

En el capítulo III, se detallaron cuáles fueron los resultados logrados, así como la discusión de estos.

Por último, se encuentran las conclusiones a las que se llegó al finalizar el trabajo además de las recomendaciones para futuras investigaciones; espero que la información brindada sea de gran ayuda y aporte a la investigación en el tratamiento de la depresión.

1.1. Descripción del problema

Según la Organización Mundial de la Salud, (2021) la depresión es una enfermedad recurrente en todo el mundo, actualmente la padecen más de 300 millones de personas, la depresión es considerada como la principal y causa de morbilidad y discapacidad que afecta al mundo y esto lo convierte en un problema de salud preocupante, especialmente cuando su intensidad es de moderada a grave, pues causa sufrimiento, altera las actividades laborales sociales, escolares y familiares, en el peor de los casos induce al suicidio; por lo que se estima que anualmente se suicidan alrededor de 800 000 personas, los estudios nos indica que es la segunda causa de muerte en el grupo etario entre los 15 a 29 años.

Ahora hablando específicamente de casos de depresión, en el Hospital Hermilio Valdizán en su boletín epidemiológico de enero 2021 informa que, durante aquel mes la atención de tele consulta y repetición de prescripción médica en el servicio de consulta externa se presentaron un total de 87 casos nuevos, de los cuales primaron los diagnósticos de Episodio Depresivo Moderado y Grave, del primero se dieron 45 casos, divididos en 38 casos correspondientes al sexo femenino y en 7 al sexo masculino, en cuanto al porcentaje de atención en consulta externa según diagnóstico fue, 54.88% para diagnóstico episodio depresivo moderado y grave. (Hospital Hermilio Valdizán, 2021).

La Defensoría del Pueblo, (2018), a partir de sus publicaciones de los informes defensoriales señalo que existe la necesidad que el estado peruano desarrolle una política de salud mental que preste servicios a la ciudadanía desde el primer nivel de atención y con un enfoque comunitario, en especial a los grupos sensibles. Recomendó el fortalecimiento dotándolo de recursos financieros y humanos suficientes para la atención de todos los pacientes, sin dejar de la dalo la infraestructura de los servicios de salud mental. La ley General de Salud, Ley N° 2684232, establecía como responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de salud mental de la población.

La salud mental en la práctica estaba postergada, a pesar de que la ley establecía el derecho de las personas con discapacidad mental al tratamiento y rehabilitación, y más aún las personas con discapacidad severa tenían preferencia en la atención de su salud, lo cual en realidad no sucede.

Dentro de la regional Junín, de acuerdo a lo reportado por la Dirección Regional de Salud Junín (DIRESA, 2020): en el año 2020 los casos de depresión se incrementaron en un 25% en comparación al 2019, atendiendo en tan solo 9 meses a un total de 3 mil 554 casos en los centros de salud mental comunitario, evidenciando de esta manera que los casos de depresión dentro de la región Junín es un problema de salud pública que tiene que ser atendido y vista por las autoridades competentes.

1.2. Antecedentes

Para la recopilación de la información dentro de los trabajos previos se tiene como antecedentes a los siguientes autores:

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Huaynates, (2019) realizo un estudio de caso quien tuvo como objetivo reducir la sintomatología depresiva en una mujer de 40 años de edad, quien presentaba

pensamientos y sentimientos de culpa por la muerte de su hermana, mediante la entrevista, toma de línea base, auto registros, análisis funcional y cognitivo, Inventario de Beck y la Escala de Personalidad de Eysenck, asimismo, se aplicó las técnicas cognitivas conductuales como relajación, auto instrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva, psicoeducación, programación de actividades, técnicas de dominio y satisfacción, cuyo resultados en el inventario de Beck fue en pretest 26 con nivel moderado, post test 8 altibajos normales y en la escala de personalidad de Eysenck fue personalidad introvertida, emocionalmente inestable.

López, (2016) realizó el estudio titulado “Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto de 29 años”, en la ciudad de Lima, cuyo objetivo fue disminuir los niveles de los síntomas depresiva. Para lo cual usó como herramienta el Inventario de depresión de Beck BDI – II y se concluyó en un episodio depresivo moderado. También, elaboró una línea base, diagnóstico funcional y sesiones de psicoterapia. Las técnicas cognitivas conductuales que utilizó fueron: relajación, asertividad, resolver problemas, modificación de creencias y debate socrático. El resultado obtenido en el pretest fue de 28, a un puntaje de 9 post test, del Inventario de Beck, concluyendo que el tratamiento tuvo efectos favorables en el paciente y su disminución de los síntomas depresiva.

Álvaro, (2018), realizó un estudio de caso en la ciudad de Lima con el objetivo de reducir los niveles de sintomatología depresivo en una paciente joven de 22 años. Para lo cual aplicó un programa de intervención cognitiva conductual utilizando el diseño de caso único Univariable Multicondicional ABA. Para evaluar los síntomas hizo uso del inventario de depresión de Beck. Las técnicas terapéuticas fueron la Psicoeducación, la activación conductual, modificación de creencias y relajación, entrenamiento en

asertividad, entre otros. Obteniendo como resultado en el pretest 28 y en el post test 10 del inventario de Beck.

Céspedes, (2019) realizó un estudio titulado “Propuesta de un programa cognitivo conductual para superar la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en una clínica de Chiclayo, 2016”. Con una muestra de 200 pacientes entre jóvenes y adultos (20 a 75 años) aplicando un diseño no experimental. Como instrumento se utilizó el Inventario de depresión de Beck y datos estadísticos descriptivos. Se procesó la información por programa SPSS. En sus resultados, poco menos de la tercera parte se ubicaba en un nivel de depresión grave.

De la Cruz y Delgado (2018), realizaron un estudio sobre las expresiones de depresión en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en el hospital nacional dos de mayo, cuyo objetivo fue identificar los síntomas depresivos en pacientes adultos con enfermedad renal crónica. Cuyo estudio fue realizado bajo el enfoque cuantitativo, con diseño prospectivo y transversal, la muestra lo conformaron 80 pacientes. Se utilizó el inventario de depresión de Beck- II. Concluyendo que las expresiones depresivas, como la ansiedad es una emoción presente en los pacientes con enfermedad renal crónica.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Gonzales *et al.* (2015), realizaron una investigación sobre la eficacia de la terapia cognitiva conductual en mujeres con cáncer de mama, que tenía como finalidad reducir los niveles de ansiedad y depresión desarrollando habilidades de afrontamiento para mejorar la visión de su calidad de vida; a un grupo de 15 mujeres entre 31 a 67 años, con cáncer de mama en estadio no avanzado. Emplearon el diseño preexperimental, cuantitativo, cuyo grupo de muestreo fue por conveniencia. Los instrumentos que aplicaron en pre y post tratamiento

fueron: la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) (Zigmond y Snaith, Whoqol), la escala CAEPO) y el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos con el fin de medir el estilo de afrontamiento y el Whoqol-Bref del Whoqol Group que evalúa la percepción de calidad de vida (salud psicológica, salud física, relaciones interpersonales y entorno). La intervención cognitivo conductual se llevó a cabo de manera individual con técnicas como la psicoeducación, relajación diafragmática y progresiva, autoregistros, pensamientos automáticos, cambio de pensamientos irracionales, distracción cognitiva, solución de problemas las que desarrollaron en 10 sesiones. Al finalizar la intervención se obtuvo una disminución clínicamente reveladora en referencia a los puntos de corte de la escala HAD.

Caballero (2014), llevo a cabo un estudio con el propósito de plantear un programa cognitivo conductual para la depresión en mujeres mexicanas. La muestra estuvo conformada por 15 mujeres jóvenes y adultas con diagnósticos de depresión moderada a severa. Uso el diseño preexperimental con una evaluación pre y post test. Utilizo como herramienta la Escala de auto medición de Zung para la depresión. El programa tuvo seis sesiones de dos horas de duración semanal; utilizo las técnicas: programación de actividades, asignación de tareas graduales y modificación de pensamientos automáticos negativos. El resultado arrojo significativa diferencia entre los niveles de la depresión antes (promedio = 59.5) y después del tratamiento (promedio = 46.1), evidenciándose una disminución notable de la sintomatología depresiva.

Rubio (2015), realizó un estudio donde aplicó la terapia cognitivo conductual a una joven mujer de 29 años con depresión doble (depresión mayor y distimia), cuya finalidad fue reducir la sintomatología cognitiva, conductual,

afectiva emocional que presentada la paciente la cual perjudicaba su vida social y laboral. El enfoque de intervención se basó en la terapia cognitiva de Beck a través de la entrevista motivacional, psicoeducación, identificación de esquemas irracionales, autoregistros, dialogo socrático, reestructuración de cognitiva, técnicas conductuales como: actividades conductuales, habilidades sociales y adestramiento en asertividad, entre otras. Los resultados de esta aplicación fueron la remisión de síntomas en esta doble depresión con el modelo de tratamiento de Beck.

Gonzales, (2020), llevo a cabo el estudio titulado intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión, con el objetivo de evidenciar el nivel de eficacia de un programa basado en el modelo cognitivo conductual en 3 mujeres víctimas de violencia, empleando diversos instrumentos, los cuales fueron aplicados tanto antes de la aplicación de las sesiones de intervención y después de llevado a cabo las 12 sesiones; llegando a la conclusión de que las sesiones planteadas fueron eficaces para un adecuado manejo de la depresión; no obstante, destacan la importancia de que este sea acompañado del modelo humanista para una mayor eficacia.

Rodríguez y Gonzales, (2020) realizaron el trabajo de integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor, el objetivo establecido fue contrastar la eficacia de una intervención basada en la terapia centrada en soluciones y cognitivo conductual, en un paciente de 23 años, con diagnóstico de depresión mayor, planteando 16 sesiones. Evidenciándose al final de la intervención terapéutica, una mejora en el nivel de alteración de aquellos pensamientos que estaban relacionados al trastorno, con un aumento en su asertividad y autoestima; por lo que, se concluye

que la terapia cognitivo conductual con la terapia centrada en soluciones, son efectivos en el tratamiento de depresión, inclusive sin el uso de fármacos.

1.2.3. Fundamentación Teórica

1.2.3.1 Depresión

Definición de depresión

Desde el siglo XIX se dio el uso de la palabra depresión, sin embargo, a partir del siglo XX se empezó a emplear este término como diagnóstico. (King, Cáceres y Abdulkadir, 2017)

Desde aquel entonces, muchos autores han definido esta palabra, resaltando la definición de Beck, *et. al.* (1983) quienes refieren como concepto un estado en el cual se hallan signos y síntomas que son estimados como vegetativos definidos, mientras que en la actualidad puede ser definida por distintos autores como: una fase interna de abatimiento y aflicción a nivel conductual y cognitivo, los cuales influyen en la vida diaria de la persona. (Osornio-Castillo y Palomino-Garibay, 2009)

La definición que nos ofrece la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2021) es algo similar puesto que entiende a la depresión como: uno de los trastornos mentales más frecuentes, donde se presenta la pérdida de interés, tristeza, falta de autoestima, sentimientos de culpa, sensación de cansancio, falta de concentración.

La Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE – 11 señala que los trastornos depresivos, se encuentran dentro del (6A70) se caracterizan por:

“un estado de ánimo bajo, disminución de la energía y la actividad. Presenta un cansancio frecuente incluso tras un esfuerzo mínimo, falta de concentración y atención, además se da una alteración en el apetito, así como en

el sueño; se manifiestan sentimientos de culpa, minusvalía e inferioridad, viéndose afectadas su autoestima y habilidades sociales.” (OMS, 1997, p. 317)

Así también se evidencia una pérdida de interés, desánimo, disminución en la capacidad de disfrute, enlentecimiento para hacer sus actividades físicas, disminución del apetito, así como dificultades para conciliar el sueño o un aumento de este y una disminución de la libido.

Características Clínicas del trastorno depresivo

Hablaremos de la clasificación según el OMS, (2019) de acuerdo a la severidad del trastorno depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave, el cual debe durar al menos dos semanas.

- **Trastorno Depresivo, Episodio leve (6A 70.0)**

El paciente estará afectado por los síntomas, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza. Deben cumplirse con los criterios generales de episodio depresivo (6A70), teniendo como mínimo 2 o 3 síntomas:

- Humor depresivo en rangos anormales para la persona, que está presente la mayor parte del día por varios días consecutivos, sin ser influidos por las circunstancias externas y que persisten durante al menos dos semanas.
- Pérdida del interés o disminución de la capacidad de disfrute en actividades que anteriormente le eran placenteras.
- Disminución de la energía, aumento de la fatiga. Además, debe estar presente uno más de los siguientes síntomas.
- Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima, sentimientos de autorreproche o sentimientos de culpa, pensamientos continuos de muerte o

suicidio, o presencia de conductas suicidas, disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, alteración en el sueño y cambio en el apetito. Puede haber o no síndrome somático.

- **Trastorno Depresivo Moderado sin Síntomas Psicóticos (6A70.1)**

Normalmente está presente este cuadro o más síntomas y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

Debe cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (6A70), además de acuerdo al CIE –11, dos de los siguientes síntomas: humor depresivo anormal, presente la mayor parte del día, que no tiene influencia en las circunstancias externas durante al menos dos semanas, pérdida de interés en actividades que normalmente eran placenteras y disminución de la energía o aumento de la sensación de fatiga. (OMS, 1997, p. 318)

Presencia de síntomas adicionales para sumar un total de al menos seis síntomas como: pérdida de confianza o disminución de la autoestima, sentimientos de autorreproche o de culpa excesiva, pensamientos recurrentes de muerte o conducta suicida, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento, alteración de sueño, cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso. Puede haber o no síndrome somático.

- **Trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos (6A70.3)**

Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8, los síntomas son marcados, pérdida de autoestima y sentimientos de culpa e inutilidad; asimismo ideas y acciones suicidas.

- **Trastorno depresivo grave con síntomas psicóticos (6A70.4)**

A las características del episodio depresivo grave se le agregan los síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios; también se observa retardo psicomotor y llegar al estupor. (OMS, 1997, p. 318)

Etiología de la depresión

El origen de la depresión en la actualidad viene siendo muy estudiado, por lo que, diversos autores y escuelas han ido tratando de explicarla; de acuerdo a Vázquez, Muñoz y Becoña, (2000) se puede explicar el origen de la depresión desde las teorías más famosas como: la biológica, la conductual, la cognitiva, la teoría de Lewin y la teoría de la indefensión aprendida; las cuales se detallan a continuación:

- **Teoría biológica de la depresión**

Se cree que es causada por las alteraciones que se da en el sistema nervioso central, donde en los neurotransmisores como: las catecolaminas, noradrenalina y dopamina sufren de una alteración, aunque algunos de estos pueden ser adquiridos y otros heredados, en algunos casos si se presentan anormalidades en el sistema, que al interactuar con otras variables externas, como las distintas situaciones que experimenta dicho sujeto en su entorno, aumentan la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva (Vázquez et al., 2000).

Por otra parte, Montes, (2004) menciona que en la actualidad también se está afirmando aquella idea de que su origen se encuentra dentro de los factores biológicos, genéticos y biopsicosociales; es por ello que su tratamiento va ir de la mano de la medicación por medio de las pastillas combinado con las intervenciones terapéuticas, considerando el aspecto físico, es decir, que con la medicación, se busca

que la captación de la serotonina mejore con ayuda de antidepresivos tricíclicos (ATC) y/o los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO).

- **Teoría conductual de la depresión**

Vázquez et al. (2000) mencionan que según este modelo se da una depresión del tipo unipolar, que es como un fenómeno del tipo aprendido relacionado con las interacciones negativas tanto en su entorno y su persona; además de aquellas interacciones son influenciadas por las conductas, emociones, cogniciones y las relaciones que tienden a influenciarse mutuamente, por lo que, sus técnicas suelen estar programadas para modificar aquellas conductas, cogniciones o emociones desadaptativas. Aunque existen distintos modelos conductuales de la depresión, como el de McLean, Wolpe, Rehm, Hersen y otros que buscan la disminución del refuerzo positivo además de su reformulación; empleándose técnicas como entrenamiento en autocontrol, entre otras.

- **Teoría conductual de Lewinsohn**

Aquí la depresión es producto del condicionamiento y la asociación de distintos estímulos, conductas y los resultados de aquellas acciones, por lo que, se menciona que se da aquella deficiencia del reforzamiento de ciertas conductas por la persona. Según esta teoría al ser cada vez menor aquella satisfacción que va sintiendo la persona al realizar aquellas acciones, hacen que poco a poco vaya dejando de hacerlas por lo que la frecuencia baja y cada vez va realizando menos acciones y se va convirtiendo más en una persona pasiva y van apareciendo los síntomas de depresión; así también, todo esto puede hacer que la persona poco a poco vaya generando a la par sentimientos y emociones de culpabilidad, su autoestima vaya disminuyendo y se vayan generando más sentimientos negativos que hagan pensar a

la persona que lo que le está sucediendo va siendo por culpa de ella. (Lewinsohn et al., 1997)

Es importante recordar que pueden ser diversas las causas de porque no se va dando el adecuado condicionamiento en la paciente, es decir, pueden ser por deficiencias o dificultades en el ambiente o entorno en el que se esté desarrollando la persona, el cual no es uno que brinde el suficiente reforzamiento, no obstante, se menciona también que como punto desencadenante se tiene que dar un suceso o hecho que altera la habitual conducta de la persona.

Teniendo en cuenta todo aquello, Lewinsohn et al. (1997) mencionan que existen ciertos factores de riesgo que pueden hacer más propensas a ciertas personas, como el hecho de que se viva o tenga dificultades económicas, antecedentes de depresión, autoestima baja o incluso factores culturales en algunas sociedades como el hecho de ser mujer.

Por otra parte, si la persona experimenta situaciones que son consideradas positivas como tener una autoestima elevada, el contar con redes de apoyo y el estar expuesto a situaciones positivas, hacen más complejo de que la persona desarrolle un cuadro depresivo.

- **La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación**

De acuerdo con Seligman es causada en el momento en que la persona no es capaz de poder diferenciar la contingencia entre las consecuencias y el comportamiento que le siguen, sean estas negativas o positivas dándose así la indefensión aprendida, ya que se da un estado pasivo en la persona. También es importante recordar que de acuerdo con Abramson et al. (1978). las atribuciones que son realizadas por la persona son la base de aquella indefensión aprendida generada,

todo ello puede cambiar según las dimensiones: global – específica, estable – inestable e interna y externa.

Al respecto se conoce que los casos de depresión son atribuidos a causas internas por el individuo, así como estables y globales; por ejemplo, persona con depresión suele pensar que este todo mal en sí mismo y que nunca aquello va a cambiar (Vázquez et al., 2000).

- **Teoría cognitiva de Beck**

La teoría que plantea Beck sobre el origen de la depresión nace a partir de las observaciones sistemáticas y experimentales que realizó, quien explica que el origen de la depresión se da principalmente por la interacción de la triada cognitiva, los errores cognitivos y los esquemas (Beck et al., 2010).

- *Errores en el procesamiento de la información*

Cuando un paciente presenta síntomas depresivos se dan errores sistemáticos que hacen que el paciente valide sus conceptos negativos, sin importar que los estímulos externos digan lo contrario, a continuación, se detallaran cuáles son los más comunes en los casos de depresión (Beck *et al.*, 2010):

- a) Inferencia arbitraria: cuando este es relativo a la respuesta, se saca una conclusión adelantada con la ausencia de evidencia o esta es contraria a la idea que tiene la persona.
- b) Abstracción selectiva: cuando este es relativo al estímulo, la persona se centra en solo un detalle que es extraído fuera del contexto en el que se presenta, llegando a ignorar las características más relevantes, llegando a generalizar solo aquella parte seleccionada.

- c) Generalización excesiva: cuando este es relativo a la respuesta, se genera una conclusión en base de un estímulo, llegando a usar esta conclusión en situaciones similares.
- d) Maximización y minimización: cuando es relativo a la respuesta, existen errores al momento de procesar ciertas situaciones, es decir, se distorsionan.
- e) Personalización: cuando es relativo a la respuesta, el usuario se retribuye a si mismo ciertos fenómenos externos sin que haya una razón para que sea de aquella manera.
- f) Pensamiento absolutista, dicotómicos: relativo a la respuesta, cuando el paciente tiende a clasificar según una o dos categorías opuestas todas las situaciones que le van sucediendo, por ejemplo: es blanco o negro, no hay intermedio o categorías entre estos dos, como los colores grises.

Las personas que cursan por un episodio depresivo tienen una organización primitiva de estructurar sus experiencias, esto les lleva a emitir de forma incorrecta distintos juicios globales en relación a los sucesos que afectan su vida teniendo en su mayoría pensamientos negativos, extremistas entre otros; todo esto genera un cierto tipo de respuesta la cual es extrema y muy negativa; es decir, su pensamiento primitivo en la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias se clasifican en pocas categorías.

Dentro de las características más destacables del pensamiento primitivo son: absolutista y moralista, global, invariable e irreversible, es decir, que no puede cambiar.

- ***Triada cognitiva en pacientes con depresión***

Empezando a hablar de la triada cognitiva, en el primer componente es aquel donde al persona empieza a tener una visión negativa de sí mismo, piensa que todo lo que le está sucediendo es por culpa suya y recibe muchas críticas de sí mismo en base a sus defectos; continuando, el segundo componente, es el que hace que el paciente interprete todas sus experiencias como negativas, puede llegar a pensar que todo lo que le pasa son obstáculos que le da el mundo para que no pueda alcanzar sus objetivos o que son actividades que van más allá de su alcance. Por último, el tercer componente, es aquel que hace que el paciente vea el futuro como algo negativo, pensando que todo lo malo que le está sucediendo en la actualidad seguirá en un futuro. (Beck *et al.*, 2010):

En el modelo cognitivo, de acuerdo a (Beck *et al.*, 2010) se piensa que estos tres componentes son los que van generando los demás signos y síntomas de los pacientes que son diagnosticados con depresión como consecuencia de los patrones cognitivos. Así también, los síntomas motivacionales, como la falta de voluntad, los deseos de suicidio y demás son consecuencia de aquella triada cognitiva; de manera específica, los síntomas como la apatía y pocas energías son de aquel pensamiento del paciente de que en todas las actividades que va a realizar va a fracasar, así como aquella visión negativa que tiene del futuro puede producir inhibición motora.

- ***Organización estructural del pensamiento cognitivo en casos de depresión***

Cuando el paciente se encuentra en un cuadro de depresión leve todavía es capaz de evaluar con cierta objetividad los pensamientos negativos, conforme este cuadro va empeorando su pensamiento va estar cada vez más dominado por ideas negativas; cuando la distorsión va siendo cada vez mayor el paciente llega a estar

absorto en sus pensamientos los cuales son: negativos, perseverantes, repetitivos con una gran dificultad para concentrarse en estímulos externos (Beck *et al.*, 2010).

Epidemiología de la depresión

De acuerdo al Ministerio de Salud, (2018) en la población que tiene más de 12 años, se encuentra con mayor porcentaje los casos de episodios depresivos, los cuales se dan en un 7.6% en promedio general, además de que la más común es del tipo unipolar, la cual genera muchas pérdidas en el ámbito económico.

Además, dentro de las sintomatologías más frecuentes; en primer lugar, se encuentran las dificultades para dormir (55.7%), siguiendo con la falta de energía y cansancio, problemas con el apetito, ideas o pensamientos suicidas, entre otras. (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, 2020)

No obstante, en la actualidad se cree que aquellas cifras van a ir en aumento debido a las distintas circunstancias que hemos estado afrontando, por lo que distintos especialistas mencionan que podría estarse viviendo una pandemia en la salud mental, es por ello, que los lineamientos en salud pública están sufriendo cambios ya que, al ver un incremento de casos se tienen que buscar satisfacer aquella necesidad no solo de manera presencial en la actualidad sino también de forma virtual.

Evaluación psicológica

Fernández-Ballesteros, (2013) refiere que la evaluación psicológica es una sub disciplina de la psicología científica, la cual se realiza teniendo ciertos objetivos básicos establecidos que son: la descripción, predicción, diagnóstico, explicación y/o cambio; establecidos de acuerdo a la demanda del paciente teniendo en cuenta también su diagnóstico y el tratamiento que está teniendo.

De forma específica podemos encontrar los cinco estados o pasos por los que pasa el proceso de evaluación psicológica de acuerdo a Becoña y Cortés, (2011):

1. Descripción de las conductas que constituyen el problema y de las variables que lo mantienen.
2. Formulación de hipótesis explicativas del problema.
3. Establecer de objetivos terapéuticos.
4. Selección de las técnicas de tratamiento.
5. Evaluación y valoración de los resultados obtenidos a lo largo del tratamiento.

Por otra parte, es necesario recordar que al efectuar un proceso de evaluación psicológica se tiene que empezar recolectando y corrigiendo cierta información, en este paso se va describiendo cuales son las características o peculiaridades del caso que se está presentando; este paso es muy importante porque luego a raíz de este se va a ir estableciendo el programa de intervención y posteriormente se ira evaluando aquella intervención que se va brindando. (Solano, 2019).

Cabe resaltar la importancia de tener en cuenta los manuales de clasificación de enfermedades como el CIE – 11 o el DSM V, en este caso para poder establecer la clasificación del trastorno de acuerdo a la sintomatología se está teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del CIE – 11. Por otra parte, la evaluación del tipo cognitivo conductual cuenta con diversas técnicas y materiales como la entrevista conductual, los autorregistros, entre otros.

Inventario de Depresión de Beck, el cual fue creado en 1967, el cual tiene 21 categorías de los síntomas, como: los sentimientos de culpa, fracaso, pensamientos de suicidio, tristeza, pérdida de placer, llanto, pesimismo entre otros.; de cada uno de los ítems que han sido formulados donde a cada uno se le puede otorgar una puntuación de

0, 1, 2 y 3; este inventario tiene la finalidad de establecer la severidad de los síntomas que presenta el paciente de acuerdo a los manuales de diagnóstico. (Beck, 1967)

La escala de valoración de Hamilton, es comúnmente empleada para establecer el diagnóstico de depresión, puesto que con esto se quiere cuantificar los síntomas, así como la gravedad de estos para poder establecer el diagnóstico entre leve, grave y moderado; no obstante, esta también va de la mano con la entrevista y la recopilación de información que se haya tenido. Por otra parte, este cuestionario, cuenta con 17 ítems donde se evalúan los índices de melancolía, ansiedad y alteraciones de sueño. (Purriños, 2013).

Las evaluaciones también incluyen instrumentos para medir la personalidad, instrumentos como el Cuestionario de Personalidad Eysenck (CPE), el cual mide tres características principales como son el: neuroticismo, el psicoticismo y la extraversión y una cuarta con la que se evidencia si el individuo falseo o no sus respuestas; haciendo un total de 78 preguntas o ítems. (Arauco, 2000)

Asimismo, se tienen otros instrumentos que complementan la evaluación, como los autorregistros, que son muy usados y de gran ayuda en la terapia cognitiva conductual, ya que se busca con esta técnica de manera conjunta con el paciente ir evaluando el número de veces de conductas desadaptativas que se van presentando, para cuando se dé la intervención se pueda trabajar con esta de manera objetiva empleando también estos para ir midiendo el avance. (Beck *et al.*, 2010).

1.2.3.2. Terapia Cognitiva Conductual en la Depresión

Terapia Cognitiva en la depresión:

Beck *et al.* (2010) refieren que este tipo de terapia se caracteriza por ser estructurada, directa, de tiempo limitado y sobre todo un procedimiento activo que suele

ser muy usado para tratar enfermedades en la salud mental como la depresión entre otros.

Tiene en su bagaje grandes técnicas que son muy empleadas para tratar los supuestos desadaptativos y las falsas creencias del paciente, sin embargo, es importante recordar que su método busca que el paciente tenga experiencias de aprendizaje que tengan una relación entre la cognición, la conducta y afecto; además de controlar los pensamientos distorsionados y automáticos negativos, promoviendo lograr interpretaciones más realistas, modificando las falsas creencias que distorsionan sus experiencias.

Según Beck (2010) las características más importantes de la terapia cognitiva están en el aspecto formal de las sesiones y en los tipos de problemas en que se centra, la cual se aplica de la siguiente manera:

- Empirismo Colaborativo: este hace referencia a que la terapia se encuentra en continua actividad e interactúa intencionalmente con el paciente, donde requiere su participación y colaboración, de modo que el terapeuta le ayuda a organizar su pensamiento y su conducta con la finalidad de ayudarlo a hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana.
- Está centrado en el aquí y ahora, cuyo objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones.
- La terapia cognitiva pone énfasis sobre las experiencias internas (mentales) del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes.

- La estrategia se puede diferenciar del resto por su énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente.
- La terapia cognitiva se basa en siete supuestos: la percepción, las cogniciones, las evidencias, las modificaciones del contenido, las distorsiones cognitivas, las disfunciones emocionales y conductual, además de la corrección de estos constructivos erróneos puede producir una mejora clínica. (Riso, 2006)

Beck, propuso diversas alternativas que han permitido la intervención y tratamiento de la depresión y los estados emocionales, a su vez aportar un modelo cognitivo de la depresión, y su tratamiento fuertemente efectivo, permitiéndose combinar técnicas conductuales y cognitivas. Dentro de su modelo considera tres componentes: la triada cognitiva, el cual se basa en tres patrones cognitivos distorsionados presentes en el paciente depresivo: visión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo. Los esquemas, comprendidos como aquellas actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto y son estos los que conllevan a transformar la información que tiene el individuo en cogniciones o pensamientos adecuados o inadecuados. (Aguilar, 2019).

Requisitos previos para llevar a cabo la terapia cognitiva en un caso de depresión:

- *El terapeuta debe tener un conocimiento amplio sobre el síndrome clínico de la depresión*, ya que en base a su educación podrá ser capaz de recoger los datos pertinentes sobre la historia clínica del caso, así como al estar familiarizado con los distintos síntomas que se pueden manifestar en este cuadro, además de tener conocimiento sobre cómo se pueden dar las remisiones espontáneas, el riesgo de suicidio y la tasa

de recaídas, así también no solo se deben basar en las definiciones que dan ciertas escuelas psiquiátricas, sino deben también tener en cuenta las descripciones de síndromes que tengan una aceptación generalizada.

En la depresión se debe tener en cuenta que existen ciertas características diferenciales, como el conjunto de los signos y síntomas, su desarrollo, tipos, la relación que pueda tener con ciertos aspectos físicos, así como se menciona que durante las investigaciones que Beck y su equipo fue realizando se encontraron ciertas distorsiones cognitivas y supuestos adyacentes específicos que suelen darse comúnmente en los cuadros de personas con depresión.

- ***Se sabe que el suicidio es la dificultad más grande que puede causar la depresión***, por lo que el evaluador necesita tener ciertas características que le ayuden a diferenciar aquellos síntomas y poder determinar con precisión el riesgo de suicidio que puede tener el paciente, así como estar alerta de si aquel índice aumenta durante el tratamiento, para que pueda ir tomando decisiones cruciales como el tener que informar a la familia de lo que está sucediendo con el paciente.
- ***El terapeuta debe estar bien preparado y haber pasado por un buen proceso de capacitación***, ya que ayudara a que el resultado que se obtenga sea positivo, por lo que es necesario que se mantenga actualizado sobre el marco conceptual de la terapia cognitiva, así como tener un entrenamiento que vaya acorde a la realidad que cada día va cambiando.

Terapia Cognitiva-Conductual en depresión

La terapia cognitiva conductual tiene como eje principal el cambio del estilo de interpretación del mundo por parte del paciente; puesto que, este tipo de terapia “intenta cambiar las creencias, fomentando el pensamiento lógico y racional sobre su situación y sus posibles salidas”. (Riso, 2006)

Puerta y Padilla, (2011) señalan que la Terapia Cognitivo Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, se basa en lograr que el paciente modifique sus pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más funcionales para hacer frente a sus problemas.

El modelo considera que los síntomas del síndrome depresivo provienen de los patrones cognitivos negativos; y la escasa fuerza de voluntad, los deseos de evitación y escape se pueden explicar en cuanto a que, si se piensa en un fracaso, poco sería el compromiso y el esfuerzo para realizar cualquier actividad; además, que supone el pensar en el suicidio, es el deseo de escapar a lo que parece ser problemas o situaciones intolerantes.

Se encuentra conformada por técnicas e intervenciones estructuradas que se ponen en práctica luego de una evaluación de la sintomatología del paciente, específicamente, las técnicas cognitivo conductuales plantean una intervención de la depresión, hacen referencia al empleo de programación de actividades, técnicas de dominio y agrado y asignación de tareas para disminuir la sintomatología depresiva. (Beck, 1983)

Técnicas a emplear:

- **Psicoeducación**

Esta técnica brinda una explicación sobre lo que se va a trabajar con él o la paciente, informándole sobre su diagnóstico, los hallazgos, las posibilidades de trabajo de los problemas que se han ido encontrando; esto es fundamental ya que se logra muchas veces de esta manera la adherencia al tratamiento, que será la llave para un éxito en la terapia. (Beck *et al.*, 2010).

- **Autorregistros**

El que los pacientes desarrollen esta habilidad es algo muy necesario, puesto que no solo será beneficioso durante la terapia sino también después de ella; estos son registros diarios de los diferentes acontecimientos que le van sucediendo al paciente, nos sirve para evaluar sus conductas, así como para brindar información de los refuerzos sociales y de aspectos del ambiente que pueden ser útiles durante el tratamiento. (Beck *et al.*, 2010). Además, ayudan a que el mismo paciente vaya examinando sus sentimientos y pensamientos de una forma más objetiva.

- **Programación de actividades**

Es considerada una de las técnicas más importantes dentro de la terapia cognitiva, esta ayuda para trabajar aquella inactivación, poca motivación, desgano y excesiva preocupación que tiene entorno a aquellas ideas que son consideradas como depresivas. Por ello durante la sesión se van programando las actividades diarias que realizara el paciente, empleando una jerarquía de tareas según la dificultad que le paciente tiene con cada actividad. Lo que se busca con esto es que el paciente se considere de realizar algunas actividades que quizás antes no podía, así como pueda también controlar su tiempo; es por ello que se recalca de que los programas deben de ser realistas en cuanto a las actividades propuestas para que el paciente pueda realizarlas. (Beck *et al.*, 2010)

- **Técnica del descubrimiento guiado**

Con esta técnica se espera que el paciente pueda ir viendo el problema o las dificultades desde distintas perspectivas, por lo que el terapeuta va realizando preguntas que ayuden al paciente a lograr aquel descubrimiento al cual tiene que llegar, pero sin presiones, sino dejando que sea el mismo paciente quien con sus asociaciones y argumentos llegue a aquel espacio. (Risueño, 2018).

- **Técnica de Retribución**

Con esta técnica se quiere que el paciente sea capaz de ir valorando poco a poco que existen muchos factores que pueden influir en que los problemas sigan como están o puedan ser resueltos, de esta manera se busca que el paciente no se vaya atribuyendo la causalidad de estos. (Risueño, 2018).

- **Técnica de dominio y agrado**

Beck *et al.*, (2010) mencionan que en esta técnica se deja que el paciente elija distintas actividades que le parezcan agradables realizar, y que por las dificultades que va teniendo no está realizando, por lo que al tener cierta predisposición hace que su motivación sea un poco mayor y también puede tener cierta libertad para poder realizar aquella actividad, puesto que se busca con esta técnica que el paciente identifique y modifique aquellos pensamientos y demás cogniciones negativas, y ya después de realizar aquellas actividades puede calificar con una escala del 1 al 10 el nivel de agrado que fue sintiendo, lo que se busca es que con mayor frecuencia vaya sintiendo aquel agrado por realizar diversas actividades y apoyar a su activación conductual.

- **Técnica de la triple columna**

A través de esta técnica los pacientes evalúan, examinan y cuestionan los pensamientos irracionales que tienen, lo que se busca es incrementar la objetividad del paciente sobre sus cogniciones, así como de sus conductas y demás sintomatología distorsionada. (Beck *et al.*, 2010)

- **Técnica de Asignación de Tareas Graduales**

En esta técnica se asigna tareas concretas, que conforme van realizándose va aumentando su dificultad, no obstante, es importante que el paciente vaya siendo capaz de ir viendo su progreso al realizar cada actividad por lo que es significativo que el terapeuta asigne adecuadamente dichas tareas, siendo importante que el paciente aprenda a valorar su esfuerzo y avance; así también se busca que con la realización de cada tarea la activación del paciente vaya incrementado. (Beck *et al.*, 2010)

- **Técnica de solución de problemas**

Beck *et al.*, (2010) refieren que con esta técnica se busca enseñar métodos consideradas como creativos para resolver ciertas dificultades, buscando que aquella actitud resolutiva se mantenga durante el tiempo; es importante recordar que de acuerdo a Areán, (2000) que esta tiene cinco etapas: la orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y la puesta en práctica; el objetivo es que se pueda afrontar los problemas planteados de manera racional y no en forma emocional.

- **Técnica detención de pensamientos**

Es un método que, a demostrado efectividad a la hora de parar algunos tipos de pensamientos, pensamientos que está afectando a la paciente por un hecho pasado (Diaz *et al.*, 2017).

1.3. Objetivos

Objetivo General

Disminuir el nivel de depresión a través de la aplicación de un programa en terapia cognitivo conductual que le permita a la paciente adoptar pensamientos racionales, emociones y conductas funcionales y adaptativas para su desenvolvimiento ante las situaciones difíciles.

Objetivos Específicos

Brindar información sobre los factores asociados a la problemática que está presentando sobre la perspectiva del modelo cognitivo.

- a) Restructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias, lo cual conllevará a pensamientos racionales, para lo cual se hará uso de las técnicas cognitivas como: descubrimiento guiado, triple columna, autorregistro y retribución.
- b) Logara que la paciente incorpore actividades a su rutina diaria a través de las técnicas conductuales como: programación de actividades, técnica de dominio y agrado y asignación de tareas graduales.
- c) Disminuir las conductas depresivas mediante técnicas de solución de problemas buscando que la paciente pueda ser capaz de encontrar soluciones efectivas a sus dificultades a corto, mediano y largo plazo.

1.4. Justificación

La terapia Cognitiva Conductual hoy por hoy es un modelo de tratamiento que se ha convertido en una de las estrategias por excelencia para el tratamiento de la depresión, a través de este modelo se busca que la paciente trabaje en cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales

por otras más adaptativas para combatir la depresión. Este modelo será utilizado en el presente estudio de caso, el cual será estructurado, activo y centrado en el problema de la paciente.

De acuerdo con la información recopilada durante el proceso de evaluación, la paciente presenta dificultades en el área afectiva, lo cual, de acuerdo al postulado de Beck, (2010) se puede explicar a través de tres supuestos: la triada cognitiva, los esquemas y, los errores cognitivos. Por un lado, la triada cognitiva se basa en la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Del mismo modo, se encuentran los esquemas, y Beck, (2010) los define como patrones cognitivos relativamente estables que determinan el modo como se encuentran las experiencias. Por último, los errores cognitivos son los pensamientos negativos que se mantienen a pesar de la existencia de evidencias contrarias.

Habiendo tomado conocimiento del caso, se cree por conveniente iniciar una intervención haciendo uso de las técnicas cognitivo-conductuales las cuales le permitirán a la paciente lograr un desempeño productivo en su contexto laboral, familiar y social.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Diversas investigaciones afirman que la terapia cognitiva-conductual es un modelo de tratamiento efectivo para diversos trastornos mentales, asimismo, este modelo vincula la teoría del aprendizaje y el procesamiento de la información (interno y externo) en la persona; creando muchas veces estructuras, esquemas, cogniciones con los cuales los sujetos afrontan las diversas situaciones difíciles en el desarrollo humano como puede ser la muerte de un ser querido entre otros. Por lo que el modelo cognitivo conductual enfoca el cambio de pensamientos,

emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para superar la depresión, ya que la visión de una persona con depresión está orientada a la triada cognitiva es decir, ver negativamente su propio entorno en relación, asimismo, se ve incapaz, inútil, desgraciada, en relación a su entorno su interpretación es negativa de las diversas experiencias que tiene muchas veces magnificándola y si futuro no se proyecta positivamente ya que ella misma coloca obstáculos para su ejecución antes de tiempo.

Bajo esta perspectiva se espera reducir el nivel sintomatológico de la depresión en la usuaria, logrando bienestar en ella, buscando que la usuaria desarrolle pensamientos racionales, positivos, saludables y una visión positiva de sí misma, de su medio y del futuro que le permitan disfrutar de sentimientos agradables lo cual le permita interactuar de manera efectiva, así como lograr un desempeño productivo en su contexto laboral, familiar y social. La presente intervención terapéutica se fundamenta en procedimientos específicos y evidencias científicas de cambio cognitivo conductual, por lo cual podrá ser replicada.

II. Metodología

2.1. Tipo y Diseño de la Investigación

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

El diseño del presente estudio es experimental, pero específicamente pre experimental, porque se caracteriza por ser un sujeto único, es decir carece de grupo de control. En el estudio se busca determinar el efecto de la terapia cognitivo conductual en un caso de depresión en una mujer adulta. (Fernández *et. al.*, 2014).

Univariable-multicondicional A.B.A. De acuerdo con Kazdin y Gutierrez, (2001) es un diseño bicondicional ABA, que permite elegir al sujeto, aplicarle una evaluación previa a la administración de algún estímulo y finalmente realizar una segunda evaluación.

En la fase A se tomará la línea base como punto de partida para iniciar el tratamiento, se realizará una evaluación de entrada, la historia clínica cognitivo conductual, se aplicarán instrumentos como inventario de depresión de Beck y se utilizaron registros cognitivos-conductuales. La fase B estará basada en la Terapia cognitivo conductual, se aplicará técnicas y estrategias para la depresión, finalmente la fase A se realizará la evaluación de Salida (Post test) para contrastar resultados.

2.2. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio de caso único, se llevó a cabo desde diciembre del 2020 hasta mayo del 2021, teniendo como lugar de intervención, el Centro de Salud de Chilca, ubicado en el distrito de Chilca, provincia de Huancayo, departamento de Junín.

2.3. Variables de Investigación

Variable Dependiente

Depresión

López, (2016) señala que según Beck la depresión es principalmente un trastorno del pensamiento más que del estado de ánimo, caracterizado por pensamientos negativos acerca de sí mismo, la situación y el futuro, que conforman la triada cognitiva. Según Beck las atribuciones de los individuos deprimidos serán personales; es decir las personas deprimidas se culparán así mismas por cualquier cosa mala que suceda, y cuando suceda algo bueno lo atribuyen a la suerte. (p. 305)

En el presente estudio de caso para poder medir los niveles de depresión de la paciente se hará uso del cuestionario de Beck, así como autorregistros.

Variable Independiente

Terapia Cognitivo Conductual:

La terapia cognitivo conductual constituye uno de los modelos más utilizados en el tratamiento de diversos trastornos mentales (Puerta y Padilla, 2011).

En el presente estudio de caso único se realizarán 13 sesiones terapéuticas, en la cual se utilizarán las técnicas de programación de actividades, técnica de retribución, técnica de dominio y agrado y la técnica de triple columna.

Variable control/extraña

La pandemia COVID-19

2.4. Sujeto

Paciente mujer adulta de 27 años, con grado de instrucción superior completa presenta episodio depresivo moderado.

2.5. Técnicas e Instrumentos

2.5.1. Técnicas:

- Registro de Conducta: Frecuencia
- Registro de Conducta: Intensidad
- Registro de frecuencia de pensamientos.
- Registro de emociones.
- Técnica de Autorregistro
- Técnica detención de pensamientos
- Técnicas de programación de actividades.
- Técnicas del descubrimiento guiado.
- Técnica de retribución
- Técnica de dominio y agrado
- Técnica de la triple columna
- Técnica de asignación de tareas graduales
- La técnica de solución de problemas

2.5.2. Instrumentos:

FICHA TÉCNICA

Instrumento: Inventario de Depresión de Beck

Nombre Original: Beck Depression Inventory, Amended version (BDI-IA)

Autor: Aaron Beck en 1967

Descripción del instrumento: El inventario está conformado por 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas es una manifestación, cada ítem presenta una puntuación que va desde cero (0) a tres (3).

Administración: El inventario de Depresión de Beck, fue elaborado para ser administrado de manera individual o grupal. Para ser administrado en forma individual se utiliza una doble copia de protocolo de respuestas, una se le entrega al paciente y la otra es leída en voz alta por el entrevistador.

Calificación: El sistema de codificación, toma en cuenta el número de síntomas reportados por el paciente ya que cada uno de ellos tiene un puntaje numérico, la intensidad de cada síntoma ha sido registrada asignándole valores numéricos graduados a cada uno de los veintiún categorías, o un cero indica que el síntoma no estuvo presente, mientras que la severidad en aumento es graduada por uno, dos y tres, de tal suerte que el puntaje total del paciente representa una combinación del número de categorías sintomáticos y la severidad de los síntomas particulares.

Validez: En la revisión de la validez del Inventario de Depresión Beck, se empezó tratando brevemente un estudio experimental antes de pasar a otros métodos. En el año 1977, Beck, Kovaes y Hollan, estudiaron a cuarenta y cuatro pacientes externos que acudieron a consulta por propia iniciativa y satisfacción de criterios

establecidos para el diagnóstico de Neurosis Depresiva (DSM III), estos pacientes presentan una depresión de moderada a intensa, (según el inventario de Beck).

Confiabilidad: Las estimaciones de la confiabilidad están en relación al respecto que se asume como causante de error de medición, es por ello que encontramos los siguientes tipos de confiabilidad.

- a. Estabilidad y Consistencia de los puntajes a través del tiempo.
- b. Equivalencia es la consistencia en los puntajes en dos formas equivalentes de la prueba.
- c. Consistencia interna evalúa el grado en que los ítems de un test están relacionados con el puntaje total Brown (1980, citado por Pimentel, 1996) esta última forma se caracteriza por ser obtenido a través de una sola aplicación de la prueba calculada con las técnicas de separación por mitades (Holt Split Method), o estimaciones de homogeneidad (formulas: Kuder, Richardson o Coeficiente Alfa de Cronbach).

FICHA TECNICA

Nombre del test: Cuestionario de Personalidad Eysenck (CPE)

Autor: Hans Jurgen Eysenck.

Objetivo: Evaluar de manera directa las dimensiones de la personalidad:

- Neuroticismo (N)
- Extraversión (E)
- Psicoticismo (P)

Características: El CPE consta de tres escalas principales, y posee una cuarta escala de mentira. Como ya se ha explicado, las tres principales miden las dimensiones básicas de la personalidad y la cuarta se emplea como un procedimiento de control, a fin de detectar si el individuo intenta falsear sus respuestas. El CPE contiene un total de 78 ítems:

Aspectos que evalúa: A continuación, se describirán con detalle las tres grandes dimensiones de la personalidad descubiertas por Eysenck.

- Dimensión: Introversión
- Extraversión, Dimensión: Neuroticismo
- Estabilidad emocional, Dimensión: Psicoticismo-Ajuste conductual

Validación: Validada en el Perú por Araujo, (2000), Psicóloga Peruana de la UNFV.

Administración: Básicamente colectiva, pudiéndose tomar también en forma individual.

Tiempo: Este inventario no cuenta con un tiempo determinado aun cuando el tiempo promedio es de 20 minutos.

Calificación: Computarizada

Diagnóstico: Según puntajes Percentiles

2.5.3. Evaluación Psicológica

Historia Psicológica

2.5.3.1. Datos de Filiación

- Nombres y Apellidos: Diana
- Edad : 27 años
- Sexo : Femenino
- Fecha de Nacimiento: 29-04-1993
- Lugar de Nacimiento: Chilca-Huancayo
- Residencia : Chilca
- Grado de Instrucción: Superior Universitario
- Ocupación : Comunicadora Social
- Estado Civil : Soltera
- N° de hijos : No tiene
- Religión : Católica
- Evaluadora : Susy Huarcaya Saenz
- Lugar de Evaluación: Consultorio de Psicología del C.S. Chilca

2.5.3.2. Motivo de consulta

Diana refiere: “hace ocho meses mi padre falleció y desde entonces me siento muy triste, no sé qué hacer para poder superar la muerte de mi padre

siento que nada tiene sentido, mi hermanita y yo nos quedamos solas y siento que ya no puede más con todo y temo que ella también se me enferme”

2.5.3.3. Problema Actual

Paciente acude a consulta refiriendo “Me siento muy triste no sé qué hacer, hace 8 meses mi papa falleció, mi hermana y yo siempre hemos vivido con él desde que mi mama decidió irse de casa, ahora no sé qué hacer”, “hay muchas responsabilidades que cumplir”, Añade “Lo extraño mucho, nos hace falta, si lo hubiera cuidado mejor no estaría muerto, debí insistir para que tome sus medicamentos”, “ el estar triste no me permite estar como antes con mi hermana, con ella solíamos salir a pasear, jugar, conversar y cocinar”, “ ahora prefiero estar sola en mi cuarto, no tengo ganas para nada”. “mi hermana es la que cocina y hace las cosas de la casa, pero aun así me siento cansada, estoy comiendo poco, casi nada, me siento en la mesa con ella para acompañarla, pero eso me pone más triste porque recuerdo a mi papá, solo espero que llegue la noche para poder dormir y no puedo lo único que hago es llorar sola en mi cuarto”. Añade “por las mañanas amanezco cansada, en el trabajo no puedo concertarme, me ha vuelto torpe, mis amigos y mi jefe tratan de ayudarme enviándome mi comisión a diferentes lugares, pero nada me da ánimos, mi hermana trata de darme ánimos hace las cosas por mí, me lleva la comida al cuarto y aun así no tengo ganas de comer, los compañeros de trabajo también colaboran conmigo me ayudan con las cosas que no avanzo, en verdad me siento cansada, sin ganas solo quiero dormir y estar sola”. La paciente refiere que esto le sucede de 4 a 5 veces por semana, con una intensidad constante y una duración variable.

2.5.3.4. Desarrollo cronológico del problema

La infancia y niñez de Diana transcurrió dentro de una familia funcional, menciona que siempre prefirió a su padre ya que él era quien estaba pendiente de ella en todo aspecto.

Diana refiere que cuando tenía 7 años de edad su padre tuvo que irse a Lima por motivos de trabajo y ella se quedó a vivir con su mamá. Afirma que es en ese entonces donde experimentó tristeza, desánimo, llanto y empezó a descuidar sus labores académicas debido a que extrañaba a su padre.

Menciona que cuando tenía 14 años su padre vuelve a Huancayo para quedarse a laborar y vivir nuevamente juntos como familia, pero sus padres empezaron a llevarse mal, todo el tiempo discutían, se agredían.

Cuando Diana tenía 15 años, sus padres deciden separarse definitivamente, su madre quiso llevársela, pero ella prefirió quedarse con su padre ya que siempre fue muy apegada a él, entonces su madre decide dejarla junto con su hermana menor al cuidado de su padre. Al pasar los días la extrañaba, no tuvo contacto por meses con su madre lo cual le puso muy triste, lloraba frecuentemente, no comía, bajó de peso, tuvo problemas en el área académica, empezó a bajar sus calificaciones, no podía concentrarse. Refiere que en aquel momento fue donde recibe tratamiento psicológico.

A los 21 años terminó una relación de pareja la cual le afectó mucho y volvió a experimentar todo el malestar que sintió a los 15 años.

A los 27 años, su padre falleció por un problema cardíaco y desde entonces siente mucha tristeza, llora constantemente, ha disminuido su apetito, prefiere estar sola, se encierra en su cuarto, ya no disfruta de las actividades

que eran placenteras para ella, no puede concentrarse en el trabajo y se siente culpable por la muerte de su padre ya que menciona que si ella hubiera estado más pendiente de él no hubiera muerto.

2.5.3.5. Historia personal

Embarazo: Refiere que embarazo fue planificado, sin ninguna complicación.

Parto: Eutócico

Desarrollo Psicomotor:

- Al año y medio empezó a caminar y pronunciar algunas palabras.
- A los dos años empezó a controlar esfínteres.

Enfermedades y /o accidentes:

- Al año y medio le dio neumonía lo cual dificultó que siga caminando y para recuperarse recibió terapia.
- A los 9 años se intoxicó con algún alimento y fue llevada a emergencia del Hospital del Niño.

Conductas Inadecuadas Niñez

- Ninguna

Escolaridad

- Académicamente sobresaliente

Relaciones Interpersonales

Se relaciona con facilidad con las personas. Actualmente prefiere aislarse socialmente porque considera sentirse muy triste como para compartir con otros.

Trabajo

- A los 15 años empezó su primer trabajo en la tienda de su abuela ayudándole a vender ropa, hasta los 20 años.
- A los 21 años, al terminar la universidad, trabajo en Cineplanet mientras realizaba los trámites para optar su título
- Actualmente a sus 27 años labora en la ONG Redes como comunicadora social.

Sexualidad

- Menarquia: A los 14 años
- P. Enamorado: 16 años
- No de parejas: 03
- Inicio de sexualidad: 22
- Tiempo de relación: Relación más larga con su enamorado actual 04 años
- Razón de la ruptura con la pareja por desconfianza

2.5.3.6. Historia Familiar

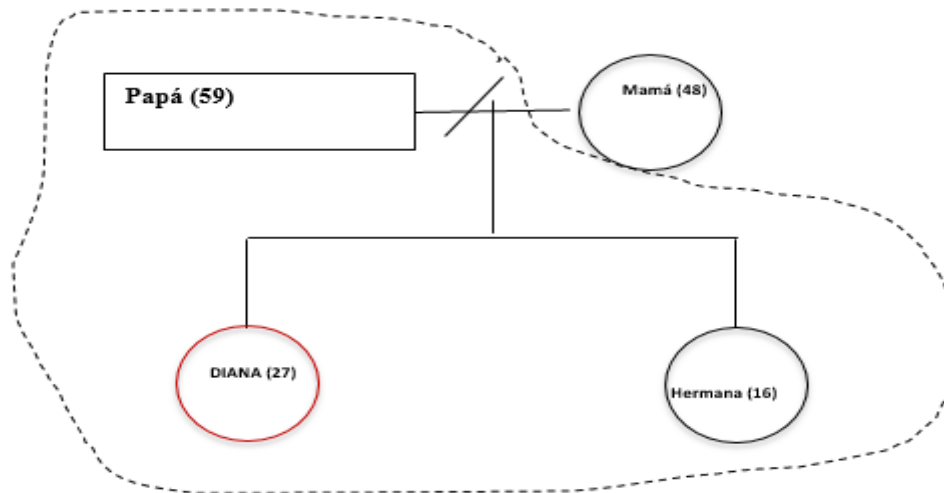
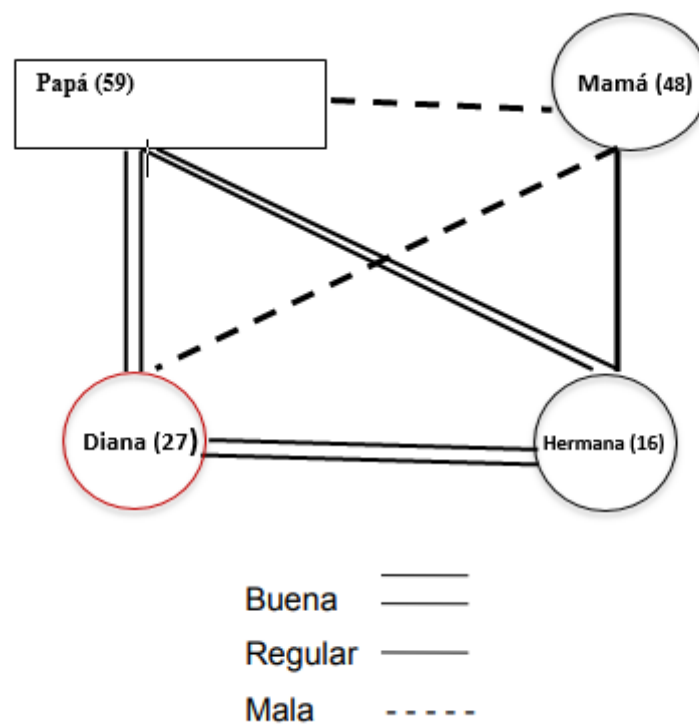
La usuaria proviene de una familia de padres separados, en el transcurso de la convivencia la relación se volvió intolerable para ambos llegando a hechos de violencia.

Tabla 1*Datos de la familia*

PARENTESCO	NOMBRE	EDAD	GRADO INSTRUCCION	OCUPACION
Mamá	Leticia Orellana Cerrón	48 años	5to secundaria	Auxiliar en colegio
Hermana	Sonia Cerrón Orellana	16 años	5to secundaria	Escolar

Relaciones Familiares

- **Padre:** Juan (59) abogado, natural de Huancayo, falleció hace 8 meses por problema cardiacos, la paciente refiere haber tenido muy buena relación con su padre quien se hizo cargo de ella desde los 15 años, lo define como padre muy responsable, trabajador y hogareño.
- **Madre:** Leticia (48) auxiliar en una escuela, empezó a vivir con su madre desde que falleció su papa, menciona que la relación siempre fue muy distante, ahora que están viviendo juntas le es extraño, no le tiene confianza.
- **Hermana:** Sonia (16) estudiante de quinto de secundaria, menciona que la relación con su hermana es buena, con ella siempre hubo buena comunicación, aunque ahora prefiere estar sola.

Figura 1*Estructura familiar***Figura 2***Interacción Familiar*

2.5.4. Evaluación Psicométrica

- Cuestionario de Depresión de Beck
- Inventario de Personalidad Eysenck y Eysenck-Forma B

INFORME PSICOLÓGICO DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Datos de Filiación

- Nombres y Apellidos : Diana
- Edad : 27 años
- Sexo : Femenino
- Fecha de Nacimiento : 29-04-1993
- Lugar de Nacimiento : Chilca-Huancayo
- Residencia : Chilca
- Grado de Instrucción : Superior Universitario Completo
- Ocupación : Comunicadora Social
- Estado Civil : Soltera
- N° de hijos : No tiene
- Religión : Católica
- Evaluadora : Susy Huarcaya Saenz
- Lugar de Evaluación : Consultorio de Psicología del Centro de Salud de Chilca

Motivo de consulta

Establecer el nivel de depresión en el que se encuentra la examinada.

Prueba aplicada

Escala de Depresión de Beck

Resultado

Puntaje obtenido	25
Rango	Depresión Moderada

Interpretación de Resultados

El puntaje obtenido por la paciente en esta prueba indica Depresión Moderada. La evaluada presenta sentimientos de tristeza con predominancia en lo afectivo: tristeza constante, desanimo, sentimientos de culpa desmotivación, anhedonia e irritabilidad; en lo cognoscitivo presenta: pensamientos distorsionados, en lo conductual: presenta llanto, evita relacionarse con su entorno, presenta dificultad para tomar decisiones y conciliar el sueño.

Conclusiones

Indicadores de depresión Moderada con bajo interés en la realización de sus actividades, desgano parar realizar las actividades cotidianas, tristeza, sentimientos y pensamientos de culpabilidad; por otra parte, se evidencia una visión negativa de sí misma, de su entorno, así como una dificultad para tomar decisiones y dificultad para establecer metas.

Recomendaciones

Se recomienda terapia cognitivo conductual para la depresión.

INFORME PSICOLÓGICO DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos : Diana
- Edad :27 años
- Sexo : Femenino
- Fecha de Nacimiento :29-04-1993
- Lugar de Nacimiento: Chilca-Huancayo
- Residencia : Chilca
- Grado de Instrucción : Superior Universitario-Completo
- Ocupación : Comunicadora Social
- Estado Civil :Soltera
- No de hijos :No tiene
- Religión :Católica
- Evaluadora :Susy Huarcaya Saenz
- Lugar de Evaluación : Consultorio de Psicología del C.S. Chilca

Motivo de consulta

Conocer el tipo de personalidad de la paciente

Técnicas e instrumentos aplicados

Cuestionario de personalidad de Eysenck forma B

Resultados

En la dimensión extraversión, obtuvo un puntaje percentil de 55 lo cual indica una tendencia a la extroversión; en la dimensión neuroticismo, obtuvo un puntaje percentil de 85 que es un indicador de neuroticismo; continuando, en la dimensión psicoticismo un puntaje percentil de 25 lo cual nos indica ajuste conductual y un puntaje de 15 en la dimensión de mentiras siendo la prueba válida.

Interpretación

Diana, presenta características de personalidad con tendencia a la extroversión, es decir, que prefiere relacionarse con personas, mantenerse en contacto con sus amistades, además le resulta importante desarrollarse socialmente, esto se ve reflejado en su trabajo de comunicadora social, actividad que venía desarrollando con mucha normalidad hasta que su padre falleció; por lo que, las características de su personalidad se ven afectada en los ámbitos de su vida personal, laboral y social.

Suele estar muy insegura, hipersensible al dolor ajeno, vulnerable a los acontecimientos externos frente a los cuales se condiciona con facilidad, así también presenta poca tolerancia a las situaciones estresantes. Por otra parte, Diana es una persona que reacciona intensamente a los estímulos que se le presenta, por lo que, muestra una emotividad muy fuerte, aunque existen momentos en los que se muestra tensa, como con su reacción emocional que presenta ante la muerte de su padre, la cual es intensa, además está le está llevando a tener dificultades para volver al estado normal.

Actualmente presenta preocupaciones y otras sensaciones emocionales desagradables, emite conductas de evitación y escape en el futuro. En el aspecto laboral al no lograr alcanzar un objetivo en actividades tiende a bloquearse y paralizarse, abandonando su tarea y echándose al llanto con desesperación.

Diana se adapta a las reglas sociales, tiene un buen grado de interacción social, es solidaria, respetuosa de las reglas, afectuosa, y sensible al dolor ajeno.

Conclusiones

- Características de personalidad con tendencia a la extroversión.
- Neuroticismo con sistema nervioso central lábil.
- Adecuado ajuste a las reglas sociales y familiares.

Recomendación

- Entrenamiento en el manejo emocional y expresión de emociones
- Participación en un programa de psicoterapia

2.5.5. Informe Psicológico Integrados

INFORME INTEGRADO DE LOS INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS APLICADOS

Datos de filiación

- Nombres y Apellidos : Diana
- Edad :27 años
- Sexo :Femenino
- Fecha de Nacimiento :29-04-1993
- Lugar de Nacimiento : Chilca-Huancayo
- Residencia : Chilca
- Grado de Instrucción : Superior Universitario Completo
- Ocupación :Comunicadora Social
- Estado Civil : Soltera
- No de hijos : No tiene
- Religión :católica
- Evaluadora : Susy Huarcaya Saenz
- Lugar de Evaluación :Consultorio de Psicología del Centro de Salud de Chilca

Instrumentos Aplicados

- Inventario de depresión de Beck.
- Cuestionario de personalidad de Eysenck.

Interpretación de los resultados

Los resultados de los instrumentos aplicados indican que Diana es una joven que presenta indicadores de depresión moderada; con sentimientos de tristeza con predominancia en lo afectivo, lo cual puede verse relacionado con el puntaje elevado que obtuvo en la dimensión de Neuroticismo, pues si bien tiene tendencia a la extroversión, también suele ser muy vulnerable a los acontecimientos externos o situaciones estresantes, lo cual le generan reacciones muy fuertes; tal como está sucediendo ante el fallecimiento de su padre, el mismo que le está generando una tristeza muy fuerte, constantes sentimientos de culpa, desmotivación, anhedonia e irritabilidad frecuente.

Así también el Neuroticismo hace que las preocupaciones que ella usualmente tenía, más las que han sido causadas por el evento estresante que fue el fallecimiento de su padre, incrementen las conductas de evitación y escape en el futuro, además, las distintas áreas de su vida se están viendo cada vez más afectadas, tal como sucede con el área laboral pues tiende a bloquearse, paralizarse y abandonar sus tareas.

Recomendaciones

- Se recomienda la participación en Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de la depresión.
- Entrenamiento en el manejo de emociones.

Diagnóstico

- **Listado de conductas Adecuadas**
 - ✓ Motivación al tratamiento
 - ✓ Acude regularmente a su consulta
 - ✓ Cumplimiento de tareas y registros
- **Listado de Conductas Inadecuadas**
 - ✓ Depresión

Tabla 2

Diagnostico Tradicional CIE 11- Trastorno Depresivo Moderado

CRITERIOS CIE 11	Presentes en la paciente
Pérdida de interés y de la capacidad de disfrute.	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente dejo de participar en las salidas con sus amigos. - Ya no tiene salidas con su pareja. - Ya no disfruta los viajes que usualmente realiza por su trabajo. - Dejo se salir con su hermana. - Dejo de cocinar los fines de semana.
Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que generalmente producen una respuesta emocional.	No presenta
Despertar por la mañana 2 o más horas antes la hora habitual.	No está presente

Empeoramiento matutino del humor depresivo.	Despierta cansada sin ganas de realizar las cosas.
Enlentecimiento psicomotor importante, agitación.	Desgano, le cuesta trasladarse de un lugar a otro.
Pérdida de apetito.	Paciente no tiene apetito, hermana es la que le lleva la comida a la cama, aun así, no tiene hambre.
Disminución de su peso corporal.	Perdida de 7 kilos
Reducción de la libido.	Le es indiferente la actividad sexual

Trastorno Depresivo Moderado

Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (6A70). Si cumple con criterios generales

Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de 6A70.0

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.
 - Mayor parte del tiempo se muestra triste en todos los ámbitos.
2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
 - La paciente dejó de participar en las salidas con sus amigos.
 - Ya no tiene salidas con su pareja.

- Ya no disfruta los viajes que usualmente realiza por su trabajo.

- Dejo de salir con su hermana.

- Dejo de cocinar los fines de semana.

3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad. - Mayor parte del tiempo esta desganada, sin energías.

Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima. - Considera que es una inútil, tonta que todo lo hace mal.

2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada. - Se siente culpable por la muerte de su padre.

3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. - No presenta

4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación. - Manifiesta no poder concentrarse en el trabajo evalúa la posibilidad de renunciar.

5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva). - Desgano, le cuesta trasladarse de un lugar a otro.

6. Cualquier tipo de alteración del sueño. - No presenta

7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) - Paciente no tiene apetito, hermana es la con el correspondiente cambio de peso que le lleva la comida a la cama, aun así, no tiene hambre.

Tabla 3

Diagnostico Funcional

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> • Llanto presente la mayor parte del día. • Tristeza 10/10 permanente que interfiere en sus actividades a nivel personal, familiar y laboral • Cólera 8/10 al recordar que no estuvo al lado de su padre cuando murió. • Aislamiento, rechazo a salir con amigos, pareja y hermana. • Encerrarse en su cuarto, en el cual permanece todo el tiempo. • Enlentecimiento, desgano, le cuesta trasladarse de un lugar a otro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo su desempeño laboral. • Dificultades en realizar actividades placenteras las cuales eran muy agradables e importantes para ella. • Escaso contacto con amigos y pareja. 	

Tabla 4*Análisis situación, pensamiento y emoción*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Al pensar al recordar la muerte de su padre	“Todo lo hago mal, soy una inútil, una tonta, por mi culpa murió”	<ul style="list-style-type: none"> • Cólera 10/10 • tristeza 10/10 • Encerrarse en el cuarto y llorar hasta quedarse dormida
Al ver otras personas acompañadas de su papá	“Soy una mala hija, una mala hermana, le hago mal a mi familia”	<ul style="list-style-type: none"> • Culpa 10/10 • Tristeza 10/10 • Llanto.
	“Es mi culpa si lo hubiera cuidado más estaría acá con nosotras”.	<ul style="list-style-type: none"> • Culpa 10/10 • Tristeza • Se encierra en su cuarto
Al ver el dormitorio de su papá	“Si lo hubiera cuidado mejor no estaría muerto”.	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Llanto
Al recordar los momentos que pasó con su padre	<p>“No poder vivir sin él”</p> <p>“Es mi culpa”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza 10/10 • Llanto • Culpa • Encerrase en su cuarto

Tabla 5*Análisis Funcional*

Estimulo discriminativo	Conducta	Estímulo reforzador
		Estímulos consecuentes
Externo:	Motor:	Refuerzo externo:
Cuando está sola en su cuarto.	<ul style="list-style-type: none"> • Llanto • Encerrarse en su cuarto • Enlentecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Su hermana menor la atiende y le lleva el almuerzo a su cuarto.
Cuando le preguntan sobre la muerte de su papá.		<ul style="list-style-type: none"> • Las actividades que realiza la hermana por ella.
Cuando ve el dormitorio de su papá.	Emocional:	<ul style="list-style-type: none"> • Sus compañeros de trabajo la ayudan y hacen las tareas que no cumple.
Cuando ve a otras personas acompañadas de su papá.	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza (9/10), • Culpa (8/10) • Cólera (8/10) 	Refuerzo interno: (pensamientos)
Interno:	Fisiológico:	<ul style="list-style-type: none"> • “Todos me tiene lastima por eso me ayudan”
Recuerdos de la muerte de su padre	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Disminución del apetito. • Cansancio 	
Recuerda los momentos que pasó con su padre	Cognitivo:	
	<ul style="list-style-type: none"> • “Si lo hubiera cuidado mejor no estaría muerto” • “No poder vivir sin él” • “Es mi culpa” 	

-
- “Todo lo hago mal, soy una inútil, una tonta, por mi culpa murió”
 - “Soy una mala hija, una mala hermana, le hago mal a mi familia”
 - “Es mi culpa si lo hubiera cuidado más”
-

2.6. Intervención:

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Tabla 6

Plan de intervención y calendarización

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA			
No DE SESIÓN	FECHA	TÉCNICAS	DURACIÓN
Sesión N°1	16/12/2020	Entrevista Psicológica	45 min
Sesión N°2	23/12/2020	Entrevista Psicológica	45 min
Sesión N°3	30/12/2020	Entrevista Psicológica	45 min
Sesión N°4	06/01/2021	Entrevista Psicológica	45 min

INFORME PSICOLOGICO

Sesión N°5	03/01/2021	Procesamiento de datos	45 min
------------	------------	------------------------	--------

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO – CONDUCTUAL / FASE DE ENTRENAMIENTO

N° DE SESIONES	FECHA	TÉCNICAS	DURACIÓN
-----------------------	--------------	-----------------	-----------------

Sesión N°1	20/01/2021	Psicoeducación en Terapia Cognitivo Conductual	45 min
------------	------------	---	--------

Sesión N°2	27/01/2021	Psicoeducación en el Modelo Conductual Técnica de programación de actividades	45 min
------------	------------	--	--------

Sesión N°3	03/02/2021	Técnica de programación de actividades	45 min
		Técnica de dominio y agrado	

Sesión N°4	10/02/2021	Técnica de Dominio y agrado	45 min
		Psicoeducación en el Modelo Cognitivo	

Sesión N°5	17/02/2021	Técnica de Autorregistro	
------------	------------	--------------------------	--

Sesión N°6	24/02/2021	Técnica detención de pensamientos Técnica de Asignación de tareas graduales	45 min
Sesión N°7	03/03/2021	Técnica de Asignación de tareas graduales Técnica de Autorregistro	45 min
Sesión N°8	10/03/2021	Técnica de la triple columna Técnica de Asignación de tareas graduales	45 min

Sesión N°9	17/03/2021	Técnica de la triple columna Técnica detención de pensamientos	45 min
Sesión N°10	24/03/2021	Técnica de descubrimiento guiado Técnica de Solución de problemas	45 min
Sesión N°11	04/04/2021	Técnica del descubrimiento guiado	45 min
Sesión N°12	18/04/2021	Técnica de la retribución Técnica de solución de problemas	45 min
Sesión N°13	26/04/2021	Técnica de la retribución	45 min

		Técnica de solución de problemas	
Sesión N°14	02/05/2021	Evaluación post intervención	45 min
Sesión N°15	09/05/2021	Evaluación post intervención	45 min
Sesión N°16	16/05/2021	Finalización	45 min
SEGUIMIENTO POR SEIS MESES			

2.6.2. Programa de intervención

Tabla 7

Plan de Intervención del Caso de Estudio

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA		
N° DE SESIONES	TÉCNICAS	DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Sesión N°1	Entrevista Psicológica	<ul style="list-style-type: none">• Bienvenida y presentación a la paciente.• Motivo de consulta y recopilación de los datos de filiación.• Inicio de la elaboración de la historia clínica cognitivo conductual.
		<hr/>
Sesión N°2	Entrevista Psicológica	<ul style="list-style-type: none">• Continuar con la recopilación de datos para la historia clínica cognitivo conductual.• Aplicación del Inventario de Depresión de Beck.• Enseñar las técnicas de autorregistros para poder tomar los datos y establecer la línea base de los pensamientos negativos y sentimientos.• Inicio de la elaboración de la línea base de las conductas problemas y emociones (autorregistros).
		<hr/>
Sesión N°3	Entrevista Psicológica	<ul style="list-style-type: none">• Concluir con la recopilación de los datos para la historia clínica cognitivo conductual.• Continuar con la elaboración del listado y el registro de duración, frecuencia e intensidad de los síntomas que presenta. (autorregistros)• Aplicación del Cuestionario de Personalidad Eysenck.

Sesión N°4	Entrevista Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Se continua y termina con la elaboración del listado y el registro de duración, frecuencia e intensidad de los síntomas que presenta. (autorregistros)
-------------------	-------------------------------	--

INFORME PSICOLOGICO

Sesión N°5	Procesamiento de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del Informe Psicológico de las Pruebas Aplicadas. • Devolución de los resultados a la evaluada. • Generar expectativas de cambio.
-------------------	-------------------------------	---

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO – CONDUCTUAL / FASE DE ENTRENAMIENTO

N° DE SESIONES	TÉCNICAS	DESARROLLO DE ACTIVIDADES
Sesión N°1	Psicoeducación en Terapia Cognitivo Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Se dio información sobre la depresión y educo a la paciente en la Terapia Cognitiva Conductual. • Absolver dudas que pueda tener la paciente sobre las siguientes sesiones.

		<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el encuadre psicoterapéutico: reglas y horarios para las sesiones de intervención.
Sesión N°2	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación en el Modelo Conductual • Técnica de programación de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar sobre las técnicas conductuales con las que se trabajará. • A través de la técnica de programación de actividades se busca contrarrestar la escasa motivación, su inactividad y su preocupación en torno a sus ideas depresivas. • Terapeuta y paciente establecen las actividades a realizar, donde la paciente se compromete a registrar sus pensamientos y emociones mientras está realizando cada tarea.
Sesión N°3	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de programación de actividades • Técnica de dominio y agrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisa las actividades realizadas durante la semana, establecidas en la sesión anterior, indicando a la paciente que el propósito inicial del programa es observar, y no juzgarla de lo que hace cada día • Se indica a la paciente que evalúe en una escala de 0 a 5 el grado de dominio y agrado que sintió con cada actividad realizada.

	<ul style="list-style-type: none">• Se mencionar a la paciente que debe continuar realizar aquellas actividades planteadas puntuando cada uno durante toda la semana y llevar el registro en cada sesión.
Sesión N°4	<ul style="list-style-type: none">• Técnica de Dominio y agrado.<ul style="list-style-type: none">• Revisar las tareas asignadas en la sesión anterior, identificando que actividades realizadas le agradaron más o actividades que le fueron desagradables para poder aislarlas y ser sustituidas por otras.• Se hace énfasis en el reconocimiento y refuerzo positivo a la paciente por haber realizado dichas actividades.• Psicoeducación en el Modelo Cognitivo<ul style="list-style-type: none">• Se instruye a la paciente sobre los pensamientos distorsionados y como afecta su día a día.• Lograr que la paciente identifique cuáles son sus pensamientos distorsionados y como se dan en su vida diaria.• Generar en la paciente la capacidad de identificar y cuantificar los pensamientos distorsionados que tiene.

Sesión N°5	<ul style="list-style-type: none">• Técnica de Autorregistro	<ul style="list-style-type: none">• Esta técnica se utilizó durante el tratamiento de la paciente para cuestionar sus cogniciones que surgen ante acontecimientos activadores buscando evidencia que nos permita confirmar o refutarla.• Se realizó un cuadro de seis columnas donde se registró la fecha y hora, situación, emociones, pensamientos automáticos, respuesta racional y resultado, explicando a la paciente la forma de registrarlo.• Dejando como tarea registrar las 4 primeras columnas durante la semana.
Sesión N°6	<ul style="list-style-type: none">• Técnica Detención de pensamientos	<ul style="list-style-type: none">• Se busco parar la cadena de pensamientos disfuncionales que presenta la paciente por los cuales se dejaba llevar lo cual tenía como consecuencia la aparición de un efecto de tristeza intensa.• Se realiza con la paciente una lista de los pensamientos molestos, los cuales son evaluados mediante una puntuación de cuan molestos son para ella.• Se realiza una práctica, ante un pensamiento desagradable dará un palmazo en el aire para interrumpir el pensamiento, una vez detenido el pensamiento los cambiará por algo positivo o agradable.

- **Técnica de Asignación de tareas graduales**

- Se deja como tarea poner en práctica lo aprendido cuando se presenten los pensamientos desagradables, el cual puede ser en todo momento y espacio.
- Tras haber realizado con éxito una serie de tareas la paciente menciona que se siente mejor de ánimo y considera que puede realizar las cosas bien.
- Se inició la asignación de tareas más complejas y /o consideradas imposibles de realizarlas para la paciente.
- Se identifica el problema o actividad que la paciente considere no poder llevarlo a cabo lo cual se le hace muy complejo; se establecen los pasos que le ayudaran a lograr el objetivo, luego se le asigno tareas las cuales fueron de las más simples a las más complejas.

- **Técnica de Asignación de tareas graduales**

- La paciente durante la semana logro llevar a cabo una tarea que se le había asignado. Por lo que se realizó un reforzamiento positivo a su logro.

Sesión N°7

<ul style="list-style-type: none">• Técnica de Autorregistro	<ul style="list-style-type: none">• Se absolvió las dudas de la paciente, se trabajó la minimización de su logro, estimulándola a evaluar su logro de manera objetiva, haciendo énfasis en que el objetivo logrado es gracias a su esfuerzo y capacidad.• Habiendo la paciente registrada las 4 primeras columnas se realizó el debate y búsqueda de evidencia y alternativas al pensamiento automático que presentaba.• La paciente dio las respuestas alternativas a sus pensamientos automáticos.
<p>Sesión N°8</p>	<ul style="list-style-type: none">• Técnica de la triple columna• Brindar información sobre la relación de la situación, pensamiento, emoción y conducta; a través de un esquema y ejemplos.• Consolidar el conocimiento a través de dos ejemplos (persona A y B) en las cuales las dos personas tienen reacciones diferentes (pensamientos) ante una misma situación.
<ul style="list-style-type: none">• Técnica de Asignación de tareas graduales	<ul style="list-style-type: none">• Finalmente, la paciente se asigna nuevas metas y más complejas.

Sesión N°9

- **Técnica de la triple columna**
 - Lograr que la paciente detecte y analice sus pensamientos distorsionados.
 - Poner en práctica la técnica de la triple columna, con la culpa que la paciente siente por la muerte de su padre.
 - Luego de haber explicado a la paciente la técnica se procedió a poner en práctica:
 - 1er. Paso: se identificó el pensamiento negativo “Es mi culpa si lo hubiera cuidado más estaría acá con nosotras” “soy una mala hija”
 - 2do. Paso: Se identifico la distorsión cognitiva de la culpabilidad.
 - 3er. Paso: la paciente logra pensamientos alternativos a su pensamiento negativo “mi padre falleció porque tenía una enfermedad crónica” “mi padre era una persona vulnerable por su enfermedad y pudo haber muerto por el covid” “la muerte de mi padre no me hace mala hija”
 - Estimulación a la paciente para que evalué de manera realista sus avances valorando su esfuerzo y sus capacidades.
 - Se realiza un dialogo sobre el uso y el efecto la técnica.
-

- **Técnica Detención de pensamientos**

- La paciente refiere que, si lo está poniendo en práctica, la cual al inicio tuvo dificultades, porque ante el palmazo todos volteaban a verla.
- Asimismo, menciona que las palmadas si interrumpen el pensamiento y puede cambiarlos por otros agradable.
- Se indica seguir poniendo en práctica cuantas veces sea necesario.

- **Técnica de Descubrimiento guiado**

- Mediante este técnico se ayuda a la paciente a alcanzar nuevas vistas que desafien sus creencias disfuncionales identificadas a través del cuestionamiento socrático.
- Se guio a la paciente mediante preguntas abiertas, siempre permitiendo que sea ella la que realice sus asociaciones y argumentaciones.

Sesión N°10

¿Cuál es la evidencia que por tu culpa murió tu padre?

¿Cuál es la evidencia que eres una mala hija, mala hermana?

- Dejando como tarea para la próxima sesión cuestionarse estas preguntas.
-

	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Solución de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • A través de la técnica de solución de problemas la paciente comprenderá que los problemas son parte de la vida a las cuales se les tiene que hacer frente, asimismo reconocer cuando estas aparecen e intentar responder. • Se da inicio al trabajo de los pasos o habilidades de la técnica, bajo el contexto que está viviendo. • Paso 1. Se orientación hacia el problema: se inicia incitando a la paciente para que hablara acerca de los síntomas que más le molestaban y para que prestara atención a las señales de alerta. su trabajo y el temor a ser despedida). • Paso 2. Se define el problema: la paciente define de forma concreta su problema en la que se toma en cuenta quien está implicado en este problema, qué sucede actualmente, cuando es más probable que ocurra, donde tiene lugar el problema y como continua.
<p>Sesión N°11</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Descubrimiento guiado 	<ul style="list-style-type: none"> • Se buscó que la paciente se dé cuenta de la importancia de los pensamientos y cómo estos van a determinar su forma de actuar y su conducta.

-
- Se continuó realizando preguntas, buscando interpretaciones alternativas de la paciente.

¿Qué otras alternativas a que eres culpable por la muerte de tu padre?

¿Qué otras alternativas a que eres una mala hija?

- **Técnica de la re atribución**

- Se busca que la paciente considere otros factores posibles a la muerte de su padre.
- Dejando como tarea para la próxima sesión realizar una lista de los diversos factores por los que pudo haber fallecido su padre.

Sesión N°12

- **Técnica de Solución de problemas**

- Se continúa trabajando los pasos de la técnica, siempre teniendo en cuenta el contexto que está viviendo.
 - Paso 3. Se generó alternativas de solución al problema, tanta como se puedan y de esa manera pueda identificar la más eficaz, en este caso se enseñó a crear una lista tan larga como sea posible, fueran o no útiles; la
-

variedad en la lista alienta a la paciente a pensar en una amplia lista de soluciones posibles al problema.

- Paso 4. La paciente toma decisiones, la paciente examina y evalúa cuidadosamente las alternativas disponibles para la solución del problema considerando su eficacia, quien opta por lo que considere la mejor y llevarla a cabo ante el problema que está viviendo.

- **Técnica de la retribución**

- Con la lista realizar por la paciente se elaboró un gráfico, en el cual logra observar que existen diversos factores que pudieron causar la muerte de su padre.
 - Mediante el dialogo, lograr que la paciente interiorice lo trabajado en las sesiones anteriores y pueda responder la siguiente pregunta ¿aún consideras que eres culpable de la muerte de tu padre?
 - Paso 5. Una vez puesta en práctica la solución, evalúa la eficacia de la solución ante el problema, paciente y terapeuta establecen un plan de acción tomando en cuenta algunos problemas trabajados, se enseña a la paciente
-

	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Solución de problemas 	<p>evaluar el resultado de la solución comentando: si fue un éxito, porque piensa que fue un éxito, si consiguió o no la meta deseada y cuando puede usar otra vez esa solución. Y si fue un fracaso, por qué cree que fue un fracaso.</p>
Sesión N°14	Evaluación Post Intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del inventario de Depresión de Beck. • Aplicación de los registros de las conductas problemas y emociones.
Sesión N°15	Evaluación Post Intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con la aplicación del listado y el registro de duración, frecuencia e intensidad de los síntomas que presentaba.
Sesión N°16	Finalización	<ul style="list-style-type: none"> • Devolución de los avances del programa de intervención. • Retroalimentación de todo lo aprendido y motivación para la práctica constante de las técnicas aprendidas por la paciente. • Se facilita el número telefónico del terapeuta para casos de emergencia.
SEGUIMIENTO MENSUAL POR 6 MESES		

2.7. Procedimiento

Se presentaron las sesiones terapéuticas, trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, con técnicas y actividades, adaptadas al caso clínico abordado. Así mismo se describieron cada uno de los instrumentos, con sus respectivas fichas técnicas, de evaluación pertinentes utilizados en el estudio. La intervención se realizó a lo largo de 13 sesiones, cada una de 45 minutos de duración, previstas inicialmente con una periodicidad de una vez por semana; sin embargo, si ocurriera una contingencia se añadiría una sesión a la semana pertinente (se tuvo en consideración las normas de salud vigentes en el contexto COVID-19) así como del estado de emergencia sanitaria.

La intervención cognitivo conductual tuvo una duración aproximada de cinco meses, cabe mencionar que el total de sesiones fueron 21 divididas en: evaluación pretratamiento, historia psicológica, problema actual, desarrollo cronológico del problema, historia personal, evaluación psicométrica y diagnóstico en sus diversas modalidades, el tratamiento propiamente dicho con la terapia cognitivo conductual y finalmente la evaluación post tratamiento.

2.7.1. Técnicas Cognitivo – Conductuales empleadas

Después de realizar la evaluación, se estructuró el programa de Tratamiento donde se fue incluyendo varias técnicas cognitivas – conductuales buscando intervenir de manera efectiva, a continuación, se detalla cada una:

- **Psicoeducación:** Mediante esta técnica se logró generar conciencia sobre lo que es la depresión, cuáles son las características y todo lo que esto involucra, tales como las creencias irracionales entre otras, incrementando su motivación para el cambio, así como modificando sus creencias irracionales ya que la paciente fue más consciente de como la depresión actuaba en ella.

- **Autorregistros:** Con esta técnica se logró generar en la paciente consciencia de las conductas problemáticas, emociones y pensamientos irracionales, permitiendo que se realice un registro y monitoreo de todos ellos; puesto que la paciente realizó registros lo que le permitió adquirir mayor práctica y por ende mayor consciencia de cómo se iban dando todos estos, así también se volvió consciente de su mejoría al ir observando aquellos registros, además fue capaz de ir examinando todos estos de manera más objetiva.
- **Programación de actividades:** se logró con esta técnica que la paciente incrementara el número de actividades que realizaba, tal que, estas influyeron de manera positiva en su estado afectivo y en sus cogniciones; así también, mejoró el estado de ánimo de la paciente y fue refutando los pensamientos como el de que ella era incapaz de realizar ciertas actividades, además de que mejoró la relación que mantenía con su hermana menor y compañeros de trabajo puesto que fue volviéndose a involucrar y retomando el contacto en las distintas áreas de su vida.
- **Técnica del descubrimiento guiado:** mediante esta técnica la paciente fue capaz de ver sus problemas desde distintas perspectivas, logrando el descubrimiento mediante asociaciones y argumentos que la misma paciente fue desarrollando siendo capaz de cuestionar pensamientos irracionales que la estaban afectando logrando de esta manera incrementar su bienestar.
- **Técnica de Retribución:** empleando esta técnica se logró que la paciente vaya valorando la existencia de otros factores que influyeron en cada uno de los problemas que pudiera ir teniendo, así como de la muerte de su padre de forma específica, puesto que la paciente dejó de atribuirse este hecho; por lo que la paciente dejó de verse como la causa de todos estos hechos.

- **Técnica de dominio y agrado:** con esta técnica la paciente fue capaz de ir eligiendo y realizando las actividades más agradables, ya que al ir mostrando cierta predisposición para realizar aquellas actividades fue siendo su motivación cada vez mayor, logrando así modificar los pensamientos y cogniciones negativas, consiguiendo incrementar de esta manera el nivel de agrado que fue sintiendo en su vida diaria.
- **Técnica de la triple columna:** a través de esta técnica se logró identificar los pensamientos irracionales, los cuales se fue trabajando, como el pensamiento de “la muerte de mi papá es culpa mía” en la cual la paciente fue capaz de reconocer la interrelación que se daba entre pensamiento emoción y conducta.
- **Técnica de Asignación de Tareas Graduales:** la paciente pudo realizar una actividad que consideraba muy difícil, logrando quitar el pensamiento irracional de “no soy capaz”, lo cual ayudo para el desarrollo de su autonomía y a reafirmar su valía personal, así como también en la lucha contra otras creencias irracionales,
- **Técnica de solución de problemas:** se desarrollaron nuevas competencias en la paciente para la solución de problemas, lo que le permitió evaluar de manera correcta cada situación que estaba afrontando, así como ir encontrando distintas soluciones, aprendiendo también a evaluar cada alternativa para que de esta manera lograra tomar una decisión de manera apropiada.
- **Técnica detención de pensamientos:** a través de esta técnica se busca que la paciente logre parar la cadena de pensamientos disfuncionales que presenta, pensamientos que tiene como consecuencia la aparición de una tristeza intensa.

2.7.2. Modelo de sesiones desarrolladas:

Primera sesión:

En esta sesión se empleó la Técnica de Psicoeducación, donde se le informo a la paciente sobre la terapia Cognitiva – Conductual y como esta va actuando en la depresión.

En esta sesión la paciente llego acongojada mencionando que durante la semana se había sentido triste y que no podía ayudar en los quehaceres de la casa y que al ver que las cosas han cambiado tanto le genera mayor tristeza, es por ello, que después de brindarle soporte emocional se pasó a mencionarle que en aquella sesión se le iba a explicar que era lo que estaba sucediendo con ella, para que pueda tener una mejor comprensión de su estado y que posteriormente se iba a ir trabajando para que pueda empezar a sentirse mejor, además pueda ser capaz de realizar las actividades que ella desea, a lo cual la paciente respondió de manera adecuada puesto que quería sentir aquella estabilidad emocional en su vida.

Se le hizo recordar la importancia de su colaboración constante, así como se le explico cómo se iba ir trabajando cada sesión y la paciente también acepto lo que se le fue planteando; posteriormente se le empezó a explicar que es la terapia cognitivo – conductual, mencionándole que lo cognitivo hace referencia a los pensamientos, mientras que las conductas a las acciones y que la depresión ve con los sentimientos e implica a los dos anteriores, haciendo énfasis en el mensaje de que conociendo como sus pensamientos y conductas afectan sus sentimientos puede ser capaz de tener un control de todo ello y sintiera mejor. Así también se le menciono que con la terapia se enfocara en el presente, y se aprenderá a controlar de forma efectiva cada uno de los síntomas que tiene de la depresión, así como detallando como se va generando; la paciente escuchando aquello entendió

que aquel problema era uno que tenía desde la infancia, cuando su padre no estaba con ella ni su hermana, así como consecuencia de los hechos de violencia que le tocó vivir y presenciar; por lo que, se hizo énfasis en aquellas vivencias que generan distintas reacciones en cada uno de nosotros y como parte de aquellas reacciones se puede dar la depresión, lo que también implica aquella visión negativa que tiene de ella misma así como generar reacciones físicas.

Se cerró la sesión haciendo un recuento de todo lo que se fue hablando, absolviendo las dudas que la paciente tenía.

A continuación, se encuentra la transcripción de esta sesión:

T: Buenos días Diana

P: Buenos días psicóloga

T: Es un gusto encontrarnos de nuevo, ¿cómo has estado en esta semana?

P: Como siempre... me sigo sintiendo muy triste y no puedo ayudar con las actividades de la casa, siento que estoy dejando todo a mi hermana y no me siento bien, porque hay veces que recuerdo como solíamos ser antes de que todo pasara...

T: Ya veo y entiendo lo que te ha estado sucediendo durante estos días... el día de hoy conoceremos que es lo que te está sucediendo y podrás comprenderlo de mejor manera, así iremos trabajando progresivamente con la meta de que vayas viendo una mejoría con el pasar de los días...

P: Entiendo psicóloga, y está bien, lo que más quiero es sentirme bien para poder ayudar a mi hermana en esta situación difícil que estamos afrontando... Ya no quiero solo dormir y estar sin ganas de hacer las cosas.

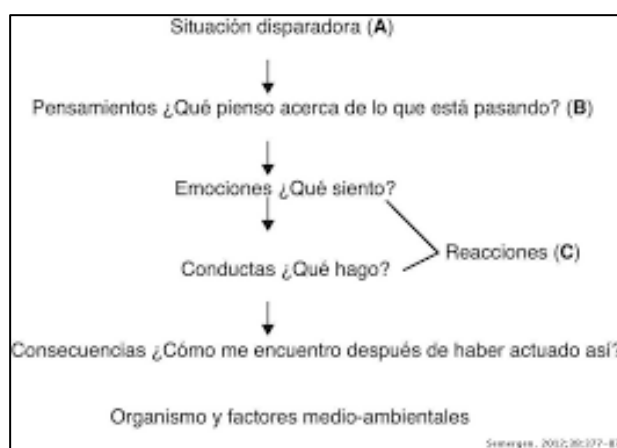
T: Muy bien Diana, es por ello que necesito tu compromiso para que puedas ir asistiendo a todas las sesiones que tendremos planteadas, el tratamiento durara aproximadamente 4 meses y nos veremos semanalmente una vez durante 40 minutos... En cada una de nuestras sesiones iremos trabajando de manera conjunta, donde aprenderás distintas técnicas que te ayudaran a afrontar de mejor manera las dificultades que tienes, buscaremos con todas técnicas disminuir los sentimientos y pensamientos que generan malestar emocional, ¿Qué te parece Diana?

P: Entiendo psicóloga...

T: Genial... ahora te explicare sobre la terapia con la que trabajaremos...

P: Muy bien... estaré atenta...

T: La terapia Cognitivo Conductual está centrada en el presente, lo cognitivo hace referencia a los pensamientos... tal como puedes ver en esta imagen, ante una situación se generan pensamientos y esto también genera emociones ¿Queda claro?



P: Entiendo...

T: Perfecto... Ahora todo esto no solo se queda en emociones o pensamientos, sino que tú vas actuando y esto son las conductas y como

vemos todo esto genera consecuencias ya que una vez que actuamos nos vemos afectados nosotros mismos o las otras personas...

P: Ya veo...

T: Para entenderlo de mejor manera pondremos un ejemplo...

P: Si por favor... para que me quede más claro...

T: Empecemos... Cuando entras al cuarto de tu papá, ¿Qué es lo que piensas y sientes?

P: Pienso en que ya no está con nosotros, que lo extraño mucho y me siento muy triste...

T: ¿Y a que te lleva ello?

P: Termino llorando...

T: ¿Y eso a quienes afecta?

P: Me afecta a mí y también a mi hermanita que se siente muy mal al verme llorar...

T: Muy bien entonces ya identificamos la situación, así como los sentimientos y pensamiento que estos conllevan, así como la acción y como esto afecta...

P: Ahora toda va quedando más claro...

T: Muy bien ahora vamos a ver los fundamentos de que es la terapia cognitivo conductual... entonces nos centraremos en tu vida actual, solo en el presente, por lo que, esta terapia se enfoca en cómo controlar la depresión de forma práctica, de modo que puedas usar el control en el presente y en el futuro. Esperamos que el efecto más importante que pueda tener este tratamiento sea que aprendas a entender y manejar las cosas que afectan tu estado de ánimo.

P: Ahora entiendo que esto de la depresión es un problema desde mi niñez, empezó cuando mi padre se fue de casa a trabajar lejos, después de 7 años volvió a trabajar cerca a nosotras, pero ellos ya no se comprendían, por los constantes hechos de violencia que había decidieron separarse, y antes de la muerte de mi padre cuando tenía más o menos 21 años el terminar con mi enamorado también me puso mal.

T: Si Diana, las diferentes experiencias que vivimos a lo largo de nuestra vida hacen que reaccionemos de distintas formas y en la depresión las personas tienden a tener una visión negativa de sí misma, en la cual se ven como una persona despreciable, desvalorizada, se hace más resaltante los aspectos negativos y no percibe nada bueno de sí.

P: Ahora entiendo psicóloga que por la depresión que estoy pasando siento que nada tiene sentido y que es mi culpa la muerte de mi padre.

T: Que bueno Diana que te des cuenta de cómo la depresión afecta tus pensamientos, sentimientos y conductas.

A lo largo de las sesiones iremos trabajando cada uno de estos factores, lo cual te ira haciendo sentir mejor cada vez.

Entonces nos vemos la próxima semana

P: Gracias psicóloga hasta la próxima semana.

Segunda sesión:

En esta sesión se empleó la Técnica de Programación de actividades, de manera conjunta con la de Dominio y Agrado.

La paciente llegó a la hora indicada a la sesión, se hizo una retroalimentación de la sesión anterior, además la paciente refiere que durante aquella semana se encontró tranquila y pudo conversar con su hermana menor sobre lo que había sucedido con su papá, lo cual la hizo sentir muy bien, así como también fue capaz de escuchar a su hermana menor dándose cuenta que ella también sufría por la pérdida de su papá pero que a pesar de ello ella continuaba con sus actividades diarias como el ir a sus clases; es por ello, que a raíz de sus comentarios se le menciono que a continuación se le iba a enseñar una técnica que le ayude a retomar sus actividades diarias, por lo que se le pidió que recordara que actividades hacía en su día a día y que las notara en una hoja, luego se fue mencionando el grado de dificultad de cada una de aquellas actividades, para posteriormente ir agrupando las menos difíciles como actividades que iba a realizar en aquella semana, la paciente se mostró muy colaborativa y menciona que la idea de poder retomar algunas actividades la emocionaba; por último, se le enseñó como iba puntuar cada una de aquellas actividades según el nivel de agrado que iba sintiendo y recordándole que aquel registro lo iba a llevar a la siguiente sesión, por último se absolvió cualquier duda que tenía la paciente.

A continuación, se muestra la transcripción de la sesión llevada a cabo:

T: Hola Diana, buenos días, ¿Cómo has estado?

P: Buenos días psicóloga, más tranquila, ya que esta semana pude conversar con mi hermana menor sobre lo que está sucediendo y era algo que miraba necesario ya que desde que falleció mi papá, la había dejado sola.

T: Es bueno escuchar aquello, ¿Cómo te hizo sentir el haber conversado con tu hermanita?

P: Me sentí escuchada, ya que me dijo que ella también se sentía mal por la pérdida de mi papá, pero ahora sé que las dos estamos pasando por una situación similar, aunque ella fue capaz de seguir con sus tareas y actividades...

T: ¿Diana al ser consciente de lo que pasa en tu entorno has pensado/o te hizo pensar en algo?

P: Si psicóloga, me gustaría retomar mis actividades de antes, voy a tratar y empezar a compartir más con mi hermanita y así estar acompañadas las dos en este proceso que es muy difícil.

T: Me parece muy bien. Entonces Diana vamos a elaborar una lista con las actividades que solías realizar. ¿Te parece?

P: Esta bien psicóloga.

LISTA DE ACTIVIDADES QUE SOLIA REALIZAR

- ✓ Ayudar en la cocina
- ✓ Lavar la ropa
- ✓ Arreglar mi cuarto
- ✓ Salir con mi enamorado
- ✓ Conversar con mi hermana
- ✓ Salir a realizar las compras

T: Muy bien ahora que ya anotaste todas las actividades que solías hacer, las vamos a clasificar haciendo énfasis en cuales son las más fáciles, las complejas y las más difíciles.

P: Muy bien psicóloga...

LISTA DE ACTIVIDADES QUE SOLIA REALIZAR

- ✓ Ayudar en la cocina (Fácil)
- ✓ Lavar la ropa (Complicado)
- ✓ Arreglar mi cuarto (Fácil)
- ✓ Realizar las compras (Complicado)
- ✓ Salir con mi enamorado (Muy difícil)
- ✓ Conversar con mi hermana (Fácil)
- ✓ Salir a realizar las compras (Muy difícil)

T: Genial ahora que sabemos cuáles son las más fáciles de realizar, serán estas las que llevaras a cabo durante esta semana y anotarás cuanto te va agradando, del 0 al 5.

P: Entiendo...

T: Muy bien, todo esto traerás la siguiente semana...

2.8. Consideraciones éticas

En el presente estudio se tuvo en cuenta la ética que se debe seguir en los estudios del tipo experimental en psicología, es por ello que se consideró el consentimiento informado como parte de este, donde la paciente fue informada de todo lo que conllevaría la investigación y de sus fines, aceptando y firmando.

Así como se tuvo el consentimiento físico, también se obtuvo el consentimiento verbal por parte de la paciente; además se consideró como parte de la ética la protección de la identidad y datos de la participante, por lo que nos revela el nombre real y se empleó un seudónimo en este caso “Diana”, por lo que esto también va acorde con la confidencialidad; y por último se tuvo en

cuenta la veracidad en cuanto a los datos obtenidos y lo que se muestra en el presente estudio de caso sin falsear estos.

III. Resultados

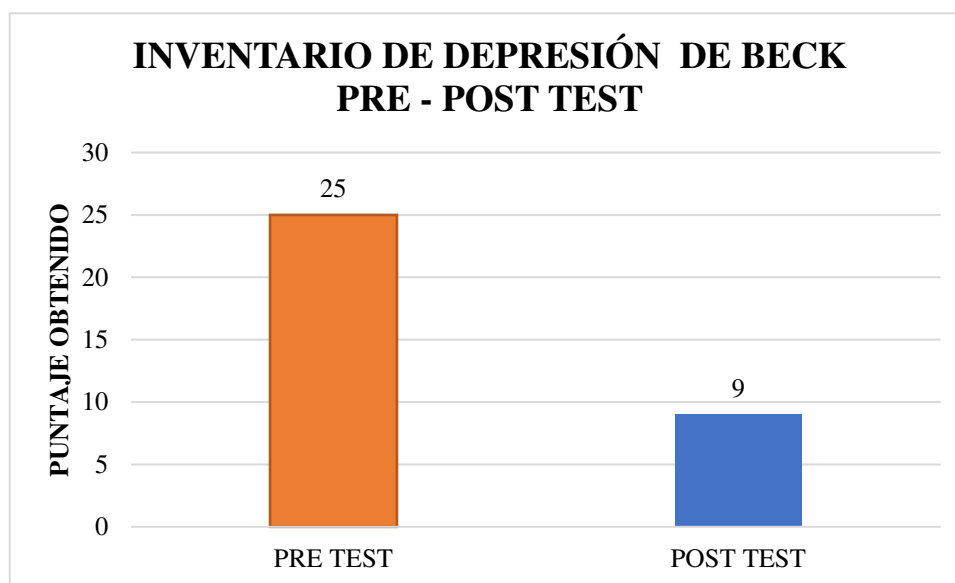
3.1. Resultados pre y post intervención

Prosiguiendo, se muestran los resultados de la intervención cognitivo conductual, a la cual se dio inicio con la toma de la línea base de pensamientos, emociones y conducta, la cual se contrasto posteriormente con los efectos del programa cognitivo conductual a través de la fase de post test.

De primera fuente se analizarán los resultados obtenidos en el presente estudio de caso único y se compararán con la información de los estudios considerados en los antecedentes.

Figura 3

Resultados de la evaluación pre y post test del Inventario de depresión de Beck



En la figura 3 se puede observar una evidente disminución en el puntaje, obtenido en el post test en comparación con el pre test, con dicho resultado se puede conjeturar la eficacia y efectividad de la terapia cognitivo conductual.

Tabla 8

Registro de frecuencia de pensamientos distorsionados pre y post test

Pensamientos Distorsionados	Periodo	D	L	M	M	J	V	S	Total
“Es mi culpa si lo hubiera cuidado más estaría aquí con nosotras”.	Pre test	10	10	10	9	10	10	10	69
	Post test	3	2	3	3	2	3	3	19
“Todo lo hago mal, soy una inútil, una tonta, por mi culpa murió”	Pre test	10	9	9	9	10	10	9	64
	Post test	4	3	3	2	3	4	3	22
“Soy una mala hija, una mala hermana, le hago mal a mi familia”.	Pre test	9	8	9	9	8	8	9	60
	Post test	3	3	3	4	3	4	3	23

En la tabla 8 se evidencia una notable disminución del pensamiento distorsionados con respecto a la frecuencia, en relación el pre y post test “Es mi culpa si lo hubiera cuidado más estaría aquí con nosotras” de 69 a 19, con respecto a la frecuencia del pensamiento “todo lo hago mal, soy una inútil, una tonta, por mi culpa murió” hay una evidente disminución de 64 a 22. Asimismo, en la frecuencia del pensamiento “Soy una mala hija, una mala hermana, le hago mal a mi familia” hay una notable disminución de 60 a 23, estos resultados fueron obtenidos en el post test el cual se realizó el término de la intervención terapéutica.

Figura 4

Registro de frecuencia de pensamientos distorsionados pre y post test

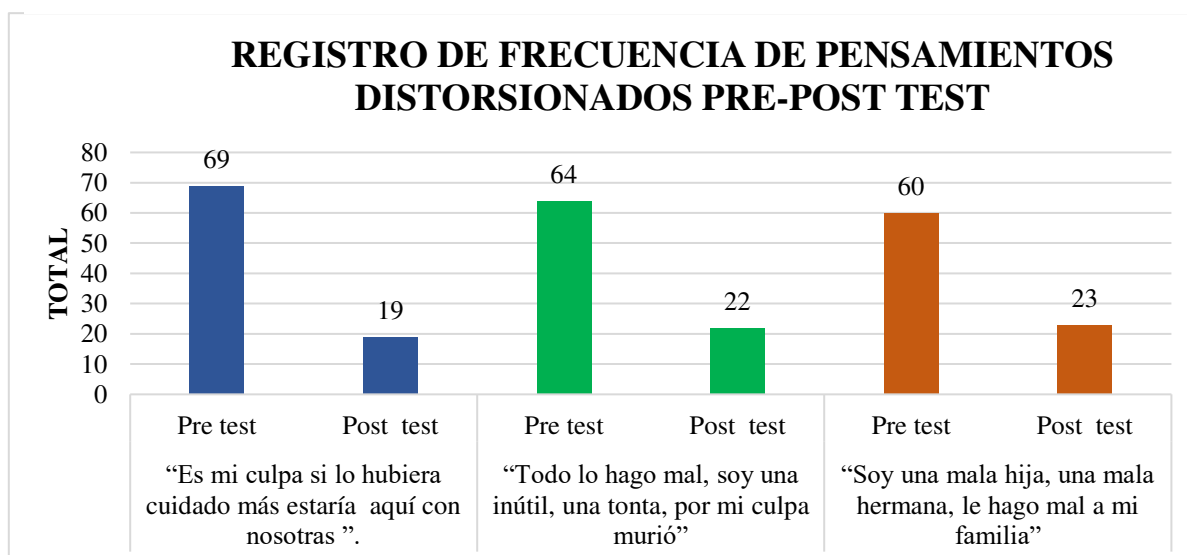


Tabla 9*Registro de frecuencia e intensidad de emociones pre y post test*

		Emoción	PERIODO	D	L	M	M	J	V	S	Total
FRECUENCIA	Tristeza	Pre		10	9	9	9	10	10		67
		Post	10	3	3	4	3	2	3		22
	Culpa	Pre	9	8	9	9	9	10		64	
		Post	3	2	4	3	3	4	3	22	
	Cólera	Pre	8	7	7	6	7	6	7	48	
		Post	2	3	3	3	3	2	3	19	
		Emoción	PERIODO	D	L	M	M	J	V	S	Total
INTENSIDAD	Tristeza	Pre		10	10	10	10	10	10	10	10
		Post	10	3	3	4	3	3	3	3	3
	Culpa	Pre	9	7	8	8	8	7	9	8	
		Post	2	2	3	1	3	2	2	2	
	Cólera	Pre	7	6	6	7	6	6	7	6	
		Post	2	1	1	2	1	1	2	1	

En la tabla 9 se observa una disminución notable de la frecuencia e intensidad de emociones negativas que presentaba la paciente con respecto al pre-test tomada antes del inicio de tratamiento, con respecto al post test se puede evidenciar un notable cambio en la frecuencia e intensidad de las emociones de la paciente en comparación al pre test, aseverando de esta manera la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el presente caso.

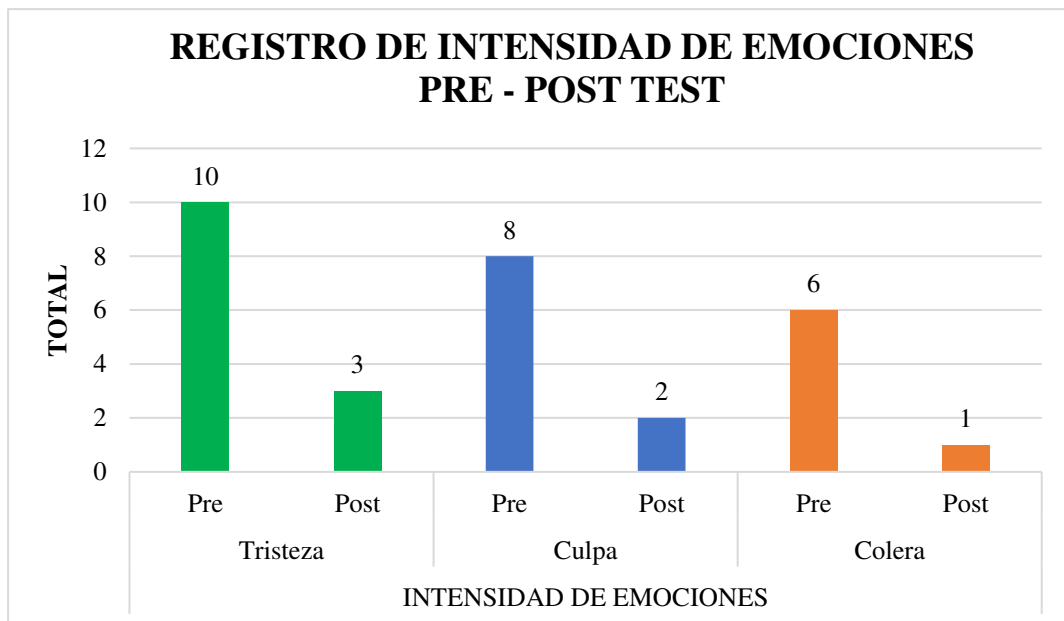
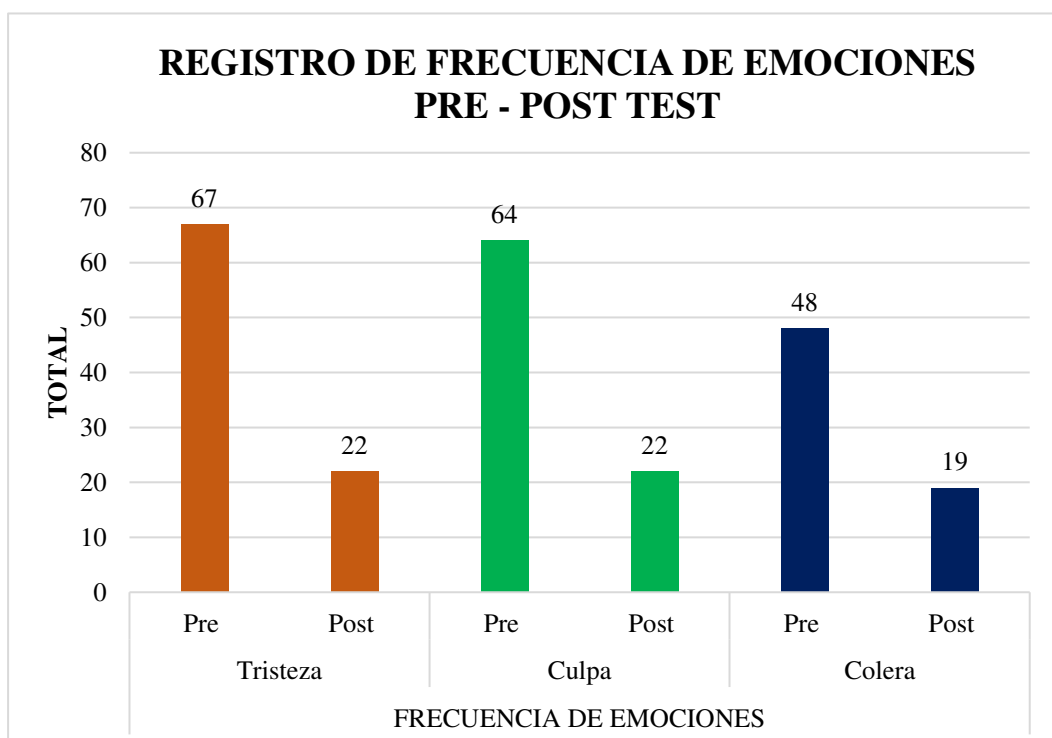
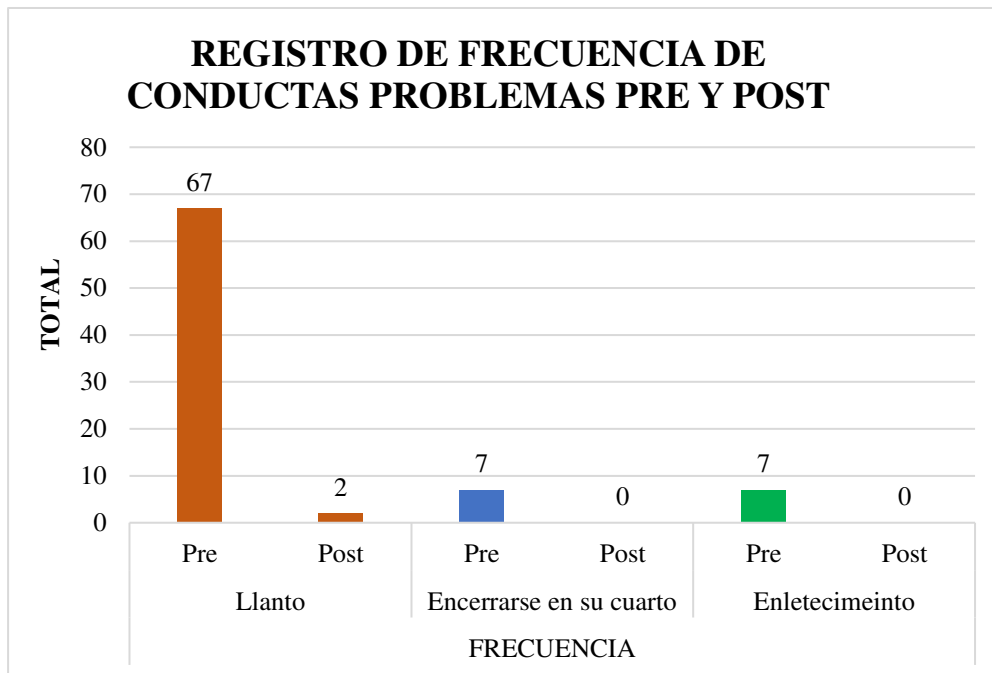
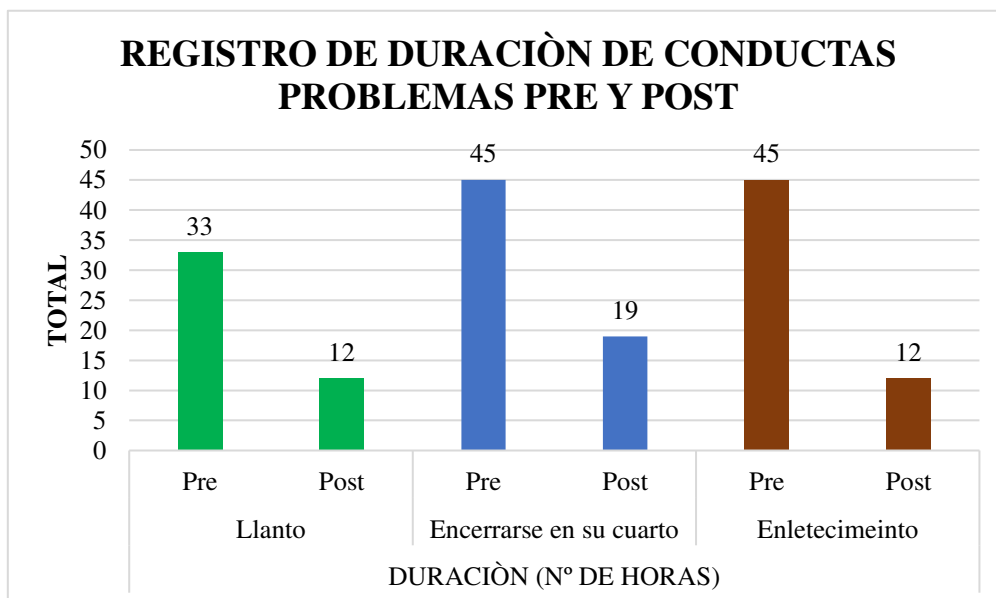
Figura 5*Registro de intensidad de emociones pre y post test***Figura 6***Registro de frecuencia de emociones pre y post test*

Tabla 10*Registro de frecuencia y duración de conductas problema, pre test y post test*

FRECUENCIA	Conducta problema	Periodo	D	L	M	M	J	V	S	Total	
	Llanto	Pre		8	7	7	6	8	7	9	67
Post			1	0	0	0	0	0	1	2	
Encerrarse en su cuarto		Pre		1	1	1	1	1	1	1	7
		Post		0	0	0	0	0	0	0	0
Enlentecimiento		Pre		1	1	1	1	1	1	1	7
		Post		0	0	0	0	0	0	0	0

DURACIÓN	Conducta problema	Periodo	D	L	M	M	J	V	S	Total
	Llanto	Pre		5h	4h	4h	5h	4h	5h	6h
Post			1/2h	0h	0h	0h	0h	0h	1/2h	1h
Encerrarse en su cuarto	Pre		12h	4h	4h	4h	5h	4h	12h	45h
	Post		0h	0h	0h	0h	0h	0h	0h	0h
Enlentecimiento	Pre		7h	6h	6h	7h	6h	6h	7h	45h
	Post		0h	0h	0h	0h	0h	0h	0h	0h

En la tabla 10 se observa una disminución notable de la frecuencia y la duración de las conductas problemas de la paciente en comparación a la línea base tomada antes del tratamiento y el post test, con respecto a la conducta del llanto se evidencia una notable disminución de 67 a 2 de frecuencia semanal, con una duración de una hora por semana, la conducta de encerrarse en su cuarto se realizaba con una frecuencia de 7 veces por semana la cual se extinguió completamente. Asimismo, la conducta de enlentecimiento que inicialmente tuvo una frecuencia de 7 durante la semana se extinguió completamente después de aplicado el tratamiento, siendo esto una evidencia que la terapia cognitivo conductual es eficaz en el tratamiento de pacientes con depresión.

Figura 7*Registro de frecuencias de conductas problema pre y post test***Figura 8***Registro de duración de conductas problema pre y post test*

3.2. Discusión de resultados

En la actualidad, la depresión es una de las enfermedades que está afectando a un mayor número de personas siendo considerada como la principal discapacidad y causa de morbilidad (Organización Mundial de la Salud, 2021) es por ello que en los países vienen estableciendo distintos programas y actividades que ayuden a la reducción de este problema. (Defensoría del Pueblo, 2018)

Por lo que es muy importante las investigaciones que se van realizando alrededor de estos temas, mucho más cuando se trata de intervención ya que van trazando rutas como antecedentes para futuros estudios de caso. En esta oportunidad, el estudio de caso que se realizó corresponde a un estudio con un solo individuo, siendo del tipo experimental con un diseño univariable multicondicional ABA; teniendo como objetivo general el disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa en terapia cognitivo conductual que le permita adoptar pensamientos, emociones y conductas adaptativas para que pueda desarrollarse integralmente en el aspecto personal, familiar y laboral.

Asimismo, considerando las características del caso clínico que fue estudiado, al comparar los datos obtenidos antes de la intervención psicoterapéutica y los datos posteriores a esta se logró identificar diferencias muy significativas, que reflejan una modificación efectiva de los síntomas y signos depresivos, coincidiendo con López, (2016), pues el tratamiento fue efectivo en el caso presentado. Además, se tuvo en cuenta la evaluación psicológica del cuadro depresivo, así como el respectivo análisis funcional, los que permitieron establecer de manera adecuada el plan de intervención con una selección apropiada de

técnicas conductuales y cognitivas, las cuales estaban encaminadas a ayudar a cumplir los objetivos planteados.

Con el presente estudio de caso se quiso evidenciar la eficacia y eficiencia de la terapia cognitiva conductual aplicada en un caso de depresión, al respecto es importante mencionar que las investigaciones realizadas en torno a la intervención cognitiva conductual en estos casos resaltan la eficacia de las técnicas de este tipo de psicoterapia puesto que en muchos de ellos se logra disminuir los niveles de depresión así como la frecuencia, nivel e intensidad de los síntomas, además de que se destaca por la eficacia de estas en un tiempo corto, por lo que es muy recomendada para el tratamiento de este diagnóstico. (Rodríguez y Gonzales, 2020)

Es por ello que a continuación iremos viendo como fueron los efectos de este tipo de psicoterapia en el presente estudio de caso. Primero, en el área cognitivo, donde se emplearon las técnicas de: triple columna, descubrimiento guiado, técnica de retribución y resolución de problemas, con los cuales se modificaron los pensamientos distorsionados, así como se fue trabajando con las creencias irracionales que tenía la paciente mayormente sobre ella, estos puntos de acuerdo a (Beck *et al.*, 2010) son importantes dentro de la terapia cognitiva ya que estos llegan a impactar de manera significativa en su estado emocional y conductual.

Con las técnicas mencionadas se logró que la paciente a través del descubrimiento mediante asociaciones y argumentos, fuera capaz de cuestionar sus pensamientos irracionales que la estaban afectando logrando de esta manera incrementar su bienestar (Gonzales, 2020). Así como se fueron trabajando con sus

creencias irracionales entorno a ella, logrando que la paciente empiece a considerar la existencia de otros factores que influyen en cada uno de los problemas que tenía al igual que mencionaba Huaynates (2019); por lo que, la paciente dejó de verse como la causa de todos estos hechos; por último, la paciente fue capaz de desarrollar nuevas competencias para la solución de problemas tal como lo hizo Caballero (2014), logrando incrementar la valía personal de la paciente, así como su estado emocional.

Continuando, en el área conductual se trabajó con las técnicas de autorregistros, programación de actividades y asignación de tareas graduales; logrando que la paciente aprenda a llevar un registro de todos sus síntomas, así como ser consciente de cómo iba su mejoría al ir observando cada uno de estos, logrando ser más objetiva al evaluar cada uno de estos; por otra parte, la paciente incrementó el número de actividades que realizaba, influyendo todo esto primero en el área conductual, posteriormente en el emocional ya que su estado de ánimo mejoró notablemente, así como la interacción que tenía con su hermana menor y compañeros de trabajo, concordando con Álvaro (2018), ya que se logró una mejoría en los ámbitos familiares y laborales.

Por otra parte, los resultados obtenidos se fueron contrastando con la toma de las evaluaciones post intervención, empleando pruebas como el Inventario de Depresión de Beck y los autorregistros, corroborando la efectividad del programa; por lo que, en la presente investigación de tienen resultados trascendentales cumpliendo con el objetivo principal de reducir la sintomatología depresiva, logrando que la paciente tenga pensamientos racionales desarrollándose integralmente en el aspecto personal, familiar y laboral; no obstante, teniendo en cuenta el diseño del estudio de caso no se puede generalizar los resultados

obtenidos pero si se puede emplear como antecedente para investigaciones con variables similares.

3.3. Seguimiento

En el presente estudio de caso único se consideró realizar el seguimiento de la paciente por un periodo de 6 meses, después de haber finalizado las sesiones, llevándose a cabo estas tanto de manera virtual por llamadas telefónicas y de manera presencial.

IV. Conclusiones

- 3.1 Tras la aplicación del programa de intervención Cognitivo Conductual, se corrobora la eficacia de este tipo de terapia en casos de depresión logrando de esta manera disminuir la sintomatología depresiva, así también se consiguió que la paciente adoptará pensamientos, emociones y conductas adaptativas desarrollándose integralmente en el aspecto personal, familiar y laboral.
- 3.2 Empleando las técnicas cognitivo – conductuales en el proceso de intervención terapéutica la paciente con las técnicas conductuales logró retomar sus actividades laborales y familiares; así también con las técnicas cognitivas se redujeron notablemente sus pensamientos distorsionados y creencias irracionales, cumpliendo con los objetivos planteados.
- 3.3 La paciente incrementó progresivamente actividades diarias, las cuales ha ido realizándolas de manera eficaz y jerarquizada, las actividades realizadas proporcionaban a la paciente satisfacción y contrarrestaban los pensamientos distorsionados acerca de su funcionalidad, para la cual se hizo uso de la técnica de programación de actividades, dominio y agrado asignación de tareas graduales.
- 3.4 Disminuyeron las distorsiones cognitivas de la paciente, consiguiendo cambiar sus pensamientos negativos mediante la técnica del descubrimiento guiado; además se modificó el sesgo cognitivo de auto atribuirse y/o culpabilizarse por la muerte de su padre, mediante la técnica de la retribución.
- 3.5 La paciente logro identificar y establecer la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta, lo cual le permitió objetividad en sus cogniciones, a través de la técnica de la triple columna.

3.6 Se desarrolló dentro de sus competencias la solución de los problemas que se le presentan en la vida cotidiana a corto, mediano y largo plazo.

V. Recomendaciones

- 4.1 Continuar poniendo en práctica día a día las técnicas aprendidas a lo largo de las sesiones.
- 4.2 Aplicar estrategias para la prevención de recaídas, lo cual permitirá que los logros obtenidos con el programa se mantengan.
- 4.3 Realizar seguimiento mensual por el periodo de seis meses en el cual se realizará una reevaluación de los logros obtenidos dado que la depresión es una enfermedad que requiere de monitoreo.
- 4.4 Realizar investigaciones utilizando la terapia cognitivo conductual en otras poblaciones con el mismo diagnóstico, en la cual se tendría que tener en cuenta la lengua materna, grado instrucción, procedencia, etc.
- 4.5 Realizar la contrastación de los resultados de la terapia cognitivo conductual obtenidos en el presente caso con otros enfoques psicológicos.
- 4.6 Poner en práctica la técnica de solución de problemas ante situaciones que se le presentan en la vida cotidiana.

VI. Referencias

- Abramson, L., Seligman, M. y Teasdale, J. (1978). Indefensión aprendida en humanos: crítica y reformulación. *Revista de Psicología Anormal*, 87(1), 49–74.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Álvaro, K. (2018) *Terapia cognitivo conductual para la depresión en una joven de 22 años* [Trabajo académico para optar por el título de especialista, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5830>
- Aguilar, O. (2019) *Intervención cognitivo conductual para la ansiedad social en una adolescente de 17 años*. [Trabajo académico para optar por el título de especialista]. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Aliño, M. y Pineda, S. (2002). *Manual de prácticas clínicas para la salud integral en la adolescencia*. La Habana: MINSAP.
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/manual_de_practicas_clinicas_para_la_atencion_integral_a_la_salud_de_los_adolescentes.pdf
- Araujo, E. (2000). *Traducción, adaptación y normalización del Cuestionario de Personalidad de Eysenck*. [Tesis para optar al grado de Magister en Psicología]. Universidad San Martín de Porres.
- Areán, P. (2000). *Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones*. Psicología Conductual.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Editorial de Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Beck, A., Rush, J., Shaw B. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Desclée De Brouwer.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa Editora.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Caballero, A. (2014). *Modelo de intervención en mujeres con depresión* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional – Universidad Autónoma del Estado de México. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/5026179>
- Caballo, V. y Simón, M. (2005). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, trastornos específicos*. Pirámide.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Fundación Foro. <http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf>.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Céspedes, C. (2019). *Propuesta de un programa cognitivo conductual para superar la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en una clínica de Chiclayo, 2016*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo”]. Repositorio Institucional Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo”. [https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/696/C%c3%a9spedes Chuz%b3n_Catherine_Ivon.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/696/C%c3%a9spedes%20Chuz%b3n_Catherine_Ivon.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Chávez, E., Benitez, E. y Ontiveros, M. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Revista de Salud mental*, 37(2). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252014000200004&lng=es&tlng=es.

- Cruz, N. (2019). *Aplicación de terapia cognitiva conductual a un caso de trastorno depresivo recurrente*. [Tesis para optar la Especialización en Psicología Clínica]. Universidad Pontificia Bolivariana.
- De La Cruz García, C. y Delgado, K. (2018). *Manifestaciones de depresión en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en el hospital nacional dos de mayo*. [Tesis de pregrado, Universidad Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6550>.
- Defensoría del pueblo. (2018). *El derecho de la Salud Mental: Supervisión de la Implementación de la Política Pública de la atención comunitaria y el camino de la desinstitucionalización*. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>
- DIRESA. (2020). *Junín en 25% se incrementó ansiedad, depresión y estrés a consecuencia del COVID-19*. Noticias DIRESA: http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2020100922_junin_en_25_se_incremnto_ansiedad_depresin_y_estrs_a_consecuencia_del_covid19/
- Díaz García, M., Angeles, M. y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Descleé De Brouwer, S.A.
- El Comercio, (2018). *Depresión: cuando vivir se convierte en una tarea insoportable*. Recuperado de www.elcomercio.pe/lima/sucesos/vivir-convierte-tarea-insoportable-noticia-492188-noticia/
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Pirámide.

- Fernández, C., Baptista, P. y Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw Hill.
- Flores, V. (2019). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana*. [Tesis para optar el Título profesional en Psicología]. Universidad San Martín de Porres.
- González, M. (2020). *Intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión de CINAMU-Los Santos*. [Tesis para optar al grado de Magister en Psicología]. Universidad Especializada de las Américas.
- González, A., Gonzáles, A. y Estrada, B. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Revista Psicooncología*, 7, (1), 129-140. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/48908/45634> 85
- Guerrero, S. K. (2014). *Depresión en mujeres de 35 a 50 años* (Tesis para obtener título). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.
- Hospital Hermilio Valdizán. (2021). Boletín Epidemiológico, enero 2021. *Revista de Epidemiología*. <http://www.hhv.gob.pe/wpcontent/uploads/Epidemiologia/Boletin/2021/ENERO.pdf>
- Huaynates, M. (2019). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa* [Trabajo académico para optar por el título de especialista, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3489>.
- Inofuente, A. (2019). *Efectos del programa TECACOG (Técnicas Clínicas, Activas y Cognitivas) en adolescentes con depresión del centro de salud Callalli, en la provincia de Caylloma, Arequipa*. [Tesis para optar al grado de Magister en Psicología]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, (2020). *Presentan programa “Anímate Perú” de atención virtual comunitaria para ayudar a enfrentar la problemática de salud mental en el Perú ante la pandemia COVID-19*. Sala de Prensa Virtual. <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2020/037.html>
- Kaplan, H. y Sadock, B., (1996). *La depresión en adolescentes*.
- Kazdin, E. y Gutiérrez, G. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Pearson Educación.
- Kerlinger, F., Lee, H., Pineda, L. y Mora, I. (2002). *Investigación del comportamiento*.
- King, M., Cáceres, J. y Abdulkadir, M. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4), 1-15.
- Lewinsohn, P.; Gotlib, I. y Hautzinger, M. (1997). *Tratamiento conductual de la depresión unipolar*. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, 493.
- López, J. (2016). *Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto*. [Tesis para optar por el título de especialista]. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Mahoney, M. y DeMonbreun, B. (1977). Psychology of the scientist: An analysis of problem-solving bias. *Cognitive Therapy and research*, 1(3), 229-238.
- Méndez, F. (1999). *Depresión en infancia y adolescencia*. Clínica, Madrid.
- Ministerio de Salud, (2018). *Lineamientos de política sectorial en salud mental Perú, 2018* (RM N° 935 – 2018/ MINSAs). SINCO.

- Montes, C. (2004). La depresión y su etiología: Una patología compleja. *Revista Academia Biomédica Digital*.
<http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeDieciocho/Articulos/Psiquiatria/ArchivosHTML/introduccion.htm>
- Organización Mundial de la Salud, (2017). *Depresión*. Centro de prensa de la OMS.
<https://www.who.int/topics/depression/es>
- Organización Mundial de la Salud, (1992). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Ed. Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud, (2018). *La depresión*. Centro de prensa de la OMS.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Organización Mundial de la Salud, (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Datos%20y%20cifras%201%20La%20depresi%C3%B3n%20es%20un,suicidio.%205%20Hay%20tratamientos%20eficaces%20para%20la%20depresi%C3%B3n>.
- Osornio-Castillo, L., y Palomino-Garibay, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en medicina familiar*, 11(1), 1-2.
- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Mgallanes*, 7.
- Purriños, M. (2013). *Escala de hamilton-hamilton depression rating scale (HDRS)*.
<https://meiga.info/escalas/depression-escala-hamilton.PDF>

- Ramirez, G. (2021). *Trastorno de depresión mayor con ansiedad leve en joven de 20 años de la Universidad Técnica de Ambato*. [Tesis para optar el grado de Bachiller de Psicología]. Universidad Técnica de Babahoyo.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Editorial Norma.
- Risueño, S. (2018). *Intervención psicológica en personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental*. [Tesis para optar el grado de Magister]. Universidad de Oviedo.
- Rodríguez, D. y González, M. (2020) Integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(1). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94469>
- Rubio J. (2015). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso* [Tesis de maestría, Universidad del Norte de Barranquilla]. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5818/11002369.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Solano, C. (2019). *Intervención cognitivo conductual en adicción a marihuana en un adolescente infractor*. [Estudio de Caso para optar el Título de Segunda Especialidad en Terapia Cognitivo Conductual], Universidad Nacional Federico Villareal
- Vázquez, F. Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.
- World Health Organization's (2019) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11 th ed.; ICD-11).

VII. Anexos

Anexo A. Cuadro de la triple columna

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA

Anexo B. Registro Diario de Pensamientos Distorsionados

FECHA Y HORA	SITUACION	EMOCION	PENSAMIENTO AUTOMATICO	RESPUESTA EMOCINAL	RESULTADOS

Anexo C. Cuadro de programación de actividades

ACTIVIDADES	FRECUENCIA	*EVALUACIÓN ESTADO DE ÁNIMO		COMO IDENTIFICAMOS	DIÁLOGO
		ANTES	DESPUÉS		

Anexo D. Cuadro en función al disfrute de sus actividades diarias

ACTIVIDADES (ESCOGE DE 2 A 3 ACTIVIDADES)	PREDICCIÓN (¿CUÁNTO CREES QUE DISFRUTARÍAS DEL 0 AL 100%?)	RESULTADOS (¿CUÁNTO EN EFECTO DISFRUTASTE DEL 0 AL 100%?)	COMENTARIOS