

# PROPUESTA DE TRATAMIENTO CONDUCTUAL COGNITIVO PARA UN CASO CLÍNICO DE DEPRESIÓN GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN UN ADULTO

Proposal for cognitive behavioral treatment for a clinical case of severe  
depression without psychotic symptoms in an adult

Edith Romero Portal<sup>1</sup>, Yolanda Bautista Salas<sup>2</sup> y Eduardo Celi Rosadio<sup>3</sup>

## ABSTRACT

Depression is currently one of the conditions with the highest incidence that affects the mental health of the population. It is understood as the alteration of mood which produces deep discomfort characterized above all by continuous episodes of sadness and reluctance that affects their development and adaptation. The clinical case of a 50-year-old adult woman is presented, diagnosed with Major Depression without psychotic symptoms, according to the CIE-10 (OMS,1992). For the evaluation of the subject, observation and behavioral description were used during the interview, clinical history, and evaluation: Eysenck PEN Personality Questionnaire, Millon II Multiaxial Scale, Beck Suicide Risk Scale, Beck Automatic Thought Inventory, Inventory of STAI Anxiety, Beck Depression Inventory and the Rathus Assertiveness Scale. The therapeutic proposal is based on cognitive behavioral therapy with a methodological control of multivariable single case experimental design (ABAB) and is composed of 4 evaluation sessions, 17 treatment sessions subdivided into three phases: 1) emotional stabilization, 2) activation of activities and 3) Increased abilities to restructure perception of the world; and, finally, 4 follow-up sessions.

**Keywords:** Depression, older adult, cognitive behavioral therapy.

## RESUMEN

La depresión es actualmente uno de los cuadros con mayor incidencia que afecta la salud mental de la población. Se entiende como la alteración del estado de ánimo el cual produce profundo malestar caracterizados sobre todo por episodios continuos de tristeza y desgano que afecta su desarrollo y adaptación. Se presenta el caso clínico de una mujer adulta de 50 años, diagnosticada con Depresión Grave sin síntomas psicóticos, según el CIE-10 (OMS,1992). Para la evaluación del sujeto se empleó observación y descripción conductual durante la entrevista, historia clínica, y evaluación: Cuestionario de personalidad de Eysenck PEN, Escala Multiaxial de Millon II, Escala de Riesgo suicida de Beck, Inventario de Pensamientos automáticos de Beck, Inventario de

<sup>1</sup> Centro Peruano de Investigaciones Psicológicas y Modificación del comportamiento, Perú. ORCID: 0009-0003-8445-7189. Correo electrónico: romeroportaledith@gmail.com

<sup>2</sup> Centro Peruano de Investigaciones Psicológicas y Modificación del comportamiento, Perú. ORCID: 0000-0003-1679-0679. Correo electrónico: bautistasalas@gmail.com

<sup>3</sup> Centro Peruano de Investigaciones Psicológicas y Modificación del comportamiento, Perú. ORCID: 0009-0008-9750-7946. Correo electrónico: celi.r42@gmail.com

Ansiedad STAI, Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Asertividad de Rathus. La propuesta terapéutica se basa en la terapia conductual cognitiva con un control metodológico de diseño experimental de caso único multivariable (ABAB) y se encuentra compuesta por 4 sesiones de evaluación, 17 de tratamiento subdividido en tres fases: 1) estabilización emocional, 2) activación de actividades y 3) Incremento de habilidades reestructurar percepción del mundo; y, por último, 4 sesiones de seguimiento.

**Palabras clave:** Depresión, adulto, terapia conductual cognitiva.

## RESUMO

A depressão é atualmente uma das condições de maior incidência que afeta a saúde mental da população. É entendida como uma alteração do humor que produz um desconforto profundo, caracterizado sobretudo por episódios contínuos de tristeza e apatia que afetam o desenvolvimento e a adaptação. É apresentado o caso clínico de uma mulher adulta de 50 anos, com diagnóstico de Depressão Maior sem sintomas psicóticos, segundo a CID-10 (OMS, 1992). Para avaliação do sujeito foram utilizados observação e descrição comportamental durante a entrevista, história clínica e avaliação: Questionário de Personalidade Eysenck PEN, Escala Multiaxial Millon II, Escala de Risco Suicida de Beck, Inventário de Pensamentos Automáticos de Beck, Inventário de Ansiedade STAI, Depressão de Beck Inventário e Escala de Assertividade de Rathus. A proposta terapêutica baseia-se na terapia cognitivo-comportamental com controle metodológico de desenho experimental multivariado de caso único (ABAB) e é composta por 4 sessões de avaliação, 17 de tratamento subdivididas em três fases: 1) estabilização emocional, 2) ativação de atividades e 3) Aumento de competências para reestruturar a percepção do mundo; e, por fim, 4 sessões de acompanhamento.

**Palavras-chave:** Depressão, adulto, terapia cognitivo-comportamental.

## INTRODUCCIÓN

Según los estudios epidemiológicos a nivel nacional ejecutados por el Instituto de Salud Mental Hideyo Noguchi avalados hasta el 2018, se menciona la incidencia y prevalencia de atención profesional en depresión es el 11,3 % de la población general en la adultez de género femenino, siendo el trastorno de mayor preponderancia a comparación de los otros.

En ese sentido la depresión es considerada un decaimiento de su estado de ánimo, existiendo una notoria reducción de su actividad y energía, asimismo, se presencia la incapacidad de disfrutar actividades, presentar interés en distintas cosas y la complicación de la concentración, agregando que es habitual un notable cansancio así sean por actividades sin esfuerzo, normalmente los ciclos del sueño se encuentran afectados y el apetito disminuye. Asimismo, el desánimo es variante y con frecuencia se ven acompañados de síntomas somáticos como la agitación, pérdidas de peso, libido y apetito, además que se evidencia un retraso psicomotor, asimismo es importante mencionar que

la presencia de síntomas depresivos ocasiona ciertas enfermedades como diabetes, artritis, hipertensión, entre otros. (Huaynates, 2019; Lopez, 2016; Prieto 2015).

Por otro lado Anicama desde 1973 hasta la actualidad explican que la depresión puede identificarse mediante niveles de expresión Conductuales que se evidencia en lo autonómico (dolores de cabeza, opresión en el pecho, dolores musculares, etc.), emocional (tristeza patológica, disforia, apatía y anhedonia), social (huir, dejar de ejecutar actividades cotidianas), motor (llorar la mayor parte del tiempo, dejar de comer o dormir) y lo cognitivo (pensamientos distorsionados) que tiene relación lo que menciona Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010) que la depresión se origina según tres supuestos básicos: Visión negativa de sí mismo, visión negativa de sus experiencias/mundo y visión negativa de su futuro. Creándose niveles de pensamientos distorsionados, actitudes, supuestos y reglas acerca de las tres esferas antes mencionadas creándose a través del tiempo esquemas cognitivos de su esquema personal, familiar o social, todo lo expuesto se relaciona con las emociones y conductas inadaptadas.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse como una forma de psicoterapia cuyo propósito consiste en resolver problemas actuales, emociones y conductas disfuncionales, tomando en cuenta el rol que juega el aprendizaje humano, así como los efectos del ambiente, las cogniciones y el lenguaje en los problemas psicológicos (Vernon y Doyle, 2018). Esta se ha extendido por casi todo el territorio en donde se practica psicoterapia, siendo una de las psicoterapias más aceptadas y aplicadas en el mundo (Espinosa, 2019; Mendoza, 2020 y Lema 2022).

Por tal motivo consideramos que el tratamiento de la depresión en los últimos tiempos se ha evidenciado su eficacia en la terapia desde el modelo cognitivo y conductual desde la primera hasta la tercera generación. Se considera que su eficacia de la segunda generación ha disminuido, cual contradice (Barajas, 2015) en sus últimas evidencias que el problema de su eficacia no está en el modelo sino en la ejecución de las técnicas. En ese sentido consideramos que la alianza psicoterapéutica y la participación activa del paciente desde el inicio de intervención psicoterapéutica es el punto de partida de la eficacia del tratamiento. Seguido de las habilidades del terapeuta como indica Beck desde 1977 la empatía, la autenticidad y la aceptación del paciente. Por otro lado, es importante también considerar el compromiso y motivación del paciente y el contexto (familia, amigos, etc) para el desarrollo y eficacia del tratamiento psicológico. (Barraca, 2014; Navarro, 2018; y Wright, et al. 2018).

## MÉTODO

### *Tipo de investigación*

Diseño sugerido para el desarrollo del programa de caso único se empleará un diseño experimental reversible ABAB, cual se emplea para todo tipo de problemas en los cuales se encuentra cierta persistencia del problema, o se requiere probar los efectos de las técnicas de tratamiento. El diseño ABAB son los diseños más empleados en psicoterapia individual, o en una intervención clínica médica. (Anicama, 2010).

### *Descripción de la evaluada*

La evaluada es una mujer adulta de 50 años, casada, madre de 4 hijos, cuenta con secundaria completa, actualmente es ama de casa.

### *Conductas Problemas*

Como principal problema: “discute con su esposo” este problema empezó a manifestarse desde hace un mes, debido a que desde ese entonces tuvo cambios conductuales como: dejar de realizar las actividades domésticas (limpiar, cocinar, lavar, realizar los pagos de los servicios), que la conllevan a dolores de cabeza y opresión en el pecho.

Como segundo problema; “experimenta tristeza profunda” que hace que se encuentre ansiosa y con miedo de que su esposo descubra que es una mala madre y la critique porque no se dio cuenta del problema con su hija menor.

Como Tercer; “sentimientos de culpa” se presenta hace tres meses, tras el recuerdo del intento de violación a su menor hija, empieza a sentir desánimo, tristeza, disminución del placer y voluntad para realizar sus tareas domésticas tales como limpiar, cocinar, lavar, realizar los pagos de los servicios. Dificultad para conciliar el sueño y disminución del apetito.

### **Ubicación Cronológica**

Primer problema; “discute con su esposo” inició hace un mes cuando empezó a descuidarse de sus actividades en casa por sentirse triste.

El segundo problema; “experimenta tristeza profunda” empezó a presentarse hace tres meses después del que ella tuvo conocimiento del intento de violación de su hija de 16 años.

Par el tercer problema; “sentimientos de culpa” empezó a presentarse hace tres meses, la paciente refiere que tras el intento de violación a su menor hija; empieza a sentir desánimo, tristeza,

disminución del placer y voluntad para realizar sus tareas domésticas tales como limpiar, cocinar, lavar, realizar los pagos de los servicios.

### **Descripción del síntoma**

En relación al primer problema “discute con su esposo” la última vez que se presentó el problema fue hace cinco días, cuando él le reclamo porque no planchó sus camisas, en ese momento se sintió triste y con miedo, por ocultarle el intento de abuso sexual de hija, pensando en ese momento “van pensar que soy mala madre”, “todas las madres deben cuidar a su hijos”, poniéndose a llorar desconsoladamente, a su vez presentando movimientos involuntarios de manos, calmándose solamente cuando se distrae viendo sus telenovelas sola. También, hace tres días discutió con su pareja porque no pagó los servicios eléctricos, lo cual le causó tristeza, llanto, frustración, sentimiento de sentirse inútil y para olvidarse de sus problemas, opta por tomar su medicamento para dormir.

Para el segundo problema “experimenta tristeza profunda”, hace dos días discutió con su esposo porque ella evitó tener intimidad sexual coital con su pareja, sintiendo tristeza, ansiedad, dolores de cabeza, opresión en el pecho, respiración acelerada; así mismo, después de que su pareja le reclama diciéndole “ya no sientes lo mismo por mí”, “¿Por qué estás diferente?”, “ya no te importo”, ella piensa “me abandonar” “me va juzgar” “me va catalogar de mala mujer y esposa” poniéndose a llorar cada vez que recuerda ello.

Para el tercer problema “sentimientos de culpa”, la última vez fue hace tres días después de discutir con su esposo por los reclamos de sus quehaceres domésticos como lavar y planchar sus camisas. Así mismo, la paciente refiere sus pensamientos: “las madres siempre deben darse cuenta sobre los peligros de sus hijos”, “soy una mala madre y esposa”, “voy a decepcionar a mi esposo y a mi familia”, “soy la responsable de lo sucedido en mi hogar”, “no soporto que a mi hija le hayan hecho esto”. La paciente pensó que al tomar las pastillas a sentirse mejor para dejar de sufrir todo lo que estuvo sintiendo y pensando acerca de la responsabilidad del intento de violación de su hija y de las discusiones con su esposo.

### ***Tratamientos recibidos***

La paciente comenta que cuando tenía 16 años recibió orientación psicológica; ya que, presentaba dificultades para expresarse en público, asistiendo durante tres sesiones, sin embargo, no logró culminar el tratamiento por motivos económicos.

La paciente comenta qué a los 28 años le detectaron que tenía ovario poliquístico por lo cual recibió tratamiento; sin embargo, fue necesario que pudiera pasar por intervención quirúrgica, logrando mejorar.

Asimismo, a los 40 años le detectaron que sufría de presión arterial (actualmente continúa llevando tratamiento y acude esporádicamente al médico para poder tener chequeos, asimismo, se mide la presión constantemente para poder llevar un control.

### ***Idea del problema***

En cuanto al primer problema “discute con su esposo” esto ocurre debido al recuerdo constante del intento de violación hacia mi hija. la paciente refiere: “Desde hace un mes tengo constantes conflictos con mi esposo, ya que no cumplo con los quehaceres del hogar,

En cuanto al segundo problema “experimenta tristeza profunda” comenta: “Siento que mi esposo se va a cansar de esta situación y se va a alejar de mí, evito tener contacto íntimo con él, lo cual está afectando mi entorno familiar.” “Pienso que si se entera de lo que sucedió me va a abandonar y me va a juzgar porque creerá que soy una mala mujer y esposa y esto me hace sentir melancólica”

En cuanto al tercer problema “sentimientos de culpa” esta situación está afectando en mi hogar porque ya no soy la misma de antes. “Me siento triste durante la mayor parte del día, no tengo ganas de cocinar, lavar, limpiar”.

### ***Evaluación psicológica***

La entrevista, historia clínica, anamnesis y observación conductual fueron ejecutadas para identificar las respuestas problemáticas. Se complementa mediante Cuestionario de personalidad de Eysenck PEN, Escala Multiaxial de Millon II, Escala de Riesgo suicida de Beck, Inventario de Pensamientos automáticos de Beck, Inventario de Ansiedad STAI, Inventario de Depresión de Beck y Escala de Asertividad de Rathus.

## **RESULTADOS**

En la tabla 1 se aprecia que la evaluada presenta una personalidad de tipo melancólico, existiendo alta introversión y tendencia a la inestabilidad emocional.

**Tabla 1**

*Evaluación de la Personalidad mediante el PEN*

Dimensiones	Puntajes	Resultados
Extraversión	5	Altamente a la introversión
Neuroticismo	16	Tendencia a la inestabilidad
Deseabilidad	3	Aceptable

En la tabla 2 se encontró patrones clínicos de autoderrotista de 110 ubicado con un indicador elevado. Adicionalmente se encontraron en síndromes clínicos graves en desorden del pensamiento es de 90 y depresión mayor es 110.

**Tabla 2**

*Evaluación psicopatológica mediante el Millon II*

Patrones Clínicos	Puntaje	Indicador
Compulsivo	83	Moderado
Pasivo-agresivo	77	Moderado
Autoderrotista	110	Elevado
Síndromes Clínicos	Puntaje	Nivel
Ansiedad	93	Elevado
Somatomorfo	65	Sugestivo
Bipolar	49	Bajo
Distimia	95	Elevado
Dependencia de drogas	49	Bajo
Síndromes severos	Puntaje	Nivel
Desorden del pensamiento	90	Elevado
Depresión mayor	110	Elevado
Desorden delusional	65	Sugestivo

En la tabla 3 se evidencia un puntaje de 38, evidenciándose una depresión severa., donde obtuvo 20 puntos en la dimensión afectiva-cognitiva y 15 en dimensión somática-motivacional.

**Tabla 3**

*Evaluación de Depresión mediante el Inventario de Depresión de Beck*

Medición	A1	Categoría
Depresión	38	Severa
Cognitivo-Afectivo	20	Severa
Somático-motivacional	15	Leve

En la tabla 4 se obtuvo en ansiedad estado un puntaje de 46, evidenciándose una ansiedad estado severa, de igual manera en la ansiedad rasgo obtuvo un puntaje de 42 presentando una ansiedad rasgo severa.

**Tabla 4**

*Evaluación de Ansiedad mediante el STAI*

Medición	Puntaje	Categoría
Ansiedad Estado	46	Severa
Ansiedad Rasgo	42	Severa

En la tabla 5 se observa que los puntajes en cada distorsión cognitiva son de 3, lo cual según el autor afecta actualmente su vida.

**Tabla 5**

*Evaluación de distorsiones cognitivas mediante el Inventario de pensamientos automáticos*

TIPO DE DISTORSIÓN	TOTAL
Filtraje	3
Pensamiento polarizado	3
Sobre-generalización	3
Interpretación del pensamiento	3
Visión catastrófica	3
Personalización	3
Falacia de control	3
Falacia de justicia	3
Razonamiento emocional	3
Falacia de cambio	3
Etiquetas globales	3
Culpabilidad	3
Los debería	3
Falacia de razón	3
Falacia de recompensa divina	3

En la tabla 6 en cuanto en los indicadores Beck - HF para evaluar potencial suicida de acuerdo con sus respuestas la paciente puntúa 10 lo cual lo ubica en la categoría de riesgo moderado.

**Tabla 6**

*Evaluación de riesgo suicida mediante el inventario de Beck-HF*

Medición	Puntaje	Categoría
Riesgo suicida	10	Riesgo MODERADO

En la tabla 7 se observa que la paciente presenta un puntaje de 11, lo cual la ubica en la categoría de asertividad confrontativa.

**Tabla 7**

*Evaluación de Asertividad mediante el RAS*

Puntaje	Categoría
11	ASERTIVIDAD CONFRONTATIVA
2	Autoafirmación
8	Expresión de sentimientos positivos
15	Expresión de sentimientos negativos



## **PROPUESTA TERAPÉUTICA**

### ***Justificación clínica del programa***

Para justificar una intervención efectiva, se propuso un programa de 4 sesiones de evaluación, 17 sesiones de tratamiento y 4 sesiones de seguimiento. Se elaboró con un marco de intervención Conductual Cognitivo para posteriormente continuar con un tratamiento integrativo. Las sesiones durarán 60 minutos.

### ***Descripción del programa***

Para justificar una intervención terapéutica para un caso de depresión grave sin síntomas psicóticos se integró un programa conductual cognitivo que consta de 24 sesiones (4 de evaluación, 16 tratamiento y 4 seguimiento).

La propuesta terapéutica escogida para el abordaje del caso es la terapia Conductual Cognitivo, el cual se consideró a partir de los siguientes criterios: la naturaleza del problema, lo que el paciente piensa lo que debe hacer con respecto al problema. La terapia conductual cognitiva se centra en modificar las conductas disfuncionales con el fin de convertirlas en adaptativas (eliminando o reduciendo y fortaleciendo o creando), precisando el nivel de la conducta a cambiar y precisando las condiciones del ambiente familiar, social y personal. Asimismo, en la modificación de pensamientos distorsionados a través de diferentes técnicas terapéuticas.

Las técnicas a utilizar en esta propuesta son: psicoeducación, programación de actividad, dominio y agrado, respiración diafragmática, visualización (relajación imaginaria), reestructuración cognitiva, debate, búsqueda de alternativas, diario de pensamientos automáticos, biblioterapia, autorregistros conductuales y prevención de recaídas, entrenamiento de habilidades sociales, practica cognitiva.

### ***Secuencia de aplicación del programa***

Primero se realiza la psicoeducación donde se le enseña a la paciente en que consiste la depresión, cómo y porqué se desarrolla y que medidas terapéuticas tomaremos para salir de ella. En un segundo momento se realizará la activación conductual mediante las técnicas de programación de actividades, dominio y agrado con la finalidad de que la paciente logre darse cuenta del incremento de actividades placenteras y no placenteras en relación a su regulación emocional y conductual. En un tercer momento se realizará la respiración diafragmática e imaginación guiada con la finalidad de disminuir los síntomas fisiológicos de la depresión pensamientos asociados a su discomfort emocional (depresión), donde se buscará fortalecer su visión de sí misma y eliminar o reducir a su mínima expresión sus temores relacionados a su

esquema familia rol de madre y esposa, en especial sus temores a sentirse y pensar ser mala madre y esposa, y a que su esposo la abandone. En un cuarto momento se abordará mediante la Reestructuración cognitiva, mediante el debate lógico, empírico y funcional, para encontrar pensamientos alternativos ante sus distorsiones cognitivas, retribución cognitiva, registro de pensamientos distorsionados, autorregistros, búsqueda de alternativas posibles y biblioterapia. Posteriormente se brindará Psicoeducación sobre los estilos de comunicación, implementando así en la paciente una técnica que pueda ayudarle a solucionar sus problemas reales, reforzado mediante de estilos de comunicación. Fortaleciendo así la toma de decisiones, autoestima y establecimiento de metas

### ***Meta terapéutica***

Determinar el efecto del programa terapéutico en las áreas de intervención (autonómicas, motor, emocional, cognitivo y social) desde el enfoque Conductual Cognitivo en un caso único.

Metas terapéuticas complementarias

Disminuir su estado emocional depresivo haciendo uso de las estrategias y/o técnicas conductuales y cognitivas.

Reestructurar sus pensamientos distorsionados de su esquema personal y familiar para facilitar su desenvolvimiento intra e interpersonal.

Insertar habilidades de afrontamiento para futuras dificultades personales y familiares mediante prevención de recaídas.

A continuación, se presenta el cuadro del Análisis funcional del caso propuesto:

.

**Tabla 8**

*Descripción del programa terapéutico cognitivo conductual*

CONDUCTAS INADAPTADAS	CÓMO EVALUAR PSICOLÓGICAMENTE	DIAGNÓSTICO	TÉCNICAS
<p>(1) Movimientos involuntarios de manos.</p> <p>(2) Opresión en el pecho</p> <p>(3) Respiración acelerada.</p> <p>(4) Dolor de cabeza</p> <p>(5) Sentimientos de inutilidad</p> <p>(6) Frustración</p> <p>(7) Llanto desconsolado</p> <p>(8) temores: fracaso, criticada y juzgada.</p> <p>(9) miedo</p> <p>(10) Sentimiento de tristeza</p> <p>(11) Sentimientos de culpa</p> <p>(12) Tomar Pastillas</p> <p>(13) <b>piensa:</b> “todas las madres deben cuidar a sus hijos”</p> <p>(14) <b>piensa:</b> “soy una mala madre y esposa”</p> <p>(15) <b>piensa:</b> “voy a decepcionar a mi esposo y a mi familia”</p> <p>(16) <b>piensa.</b> “soy la responsable de lo sucedido en mi hogar”</p>	<p><b>DIRECTA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Observación</li> <li>● Registro de conducta</li> <li>● Entrevista</li> <li>● Historia clínica</li> </ul>	<p><b>CLÍNICO</b></p> <p>Episodio Depresivo Grave sin síntomas Psicóticos (F32.2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación: 1 a 21</li> <li>● Reestructuración cognitiva: 13,14,15,16,17,18,19,20,8.11 y 21</li> <li>● Programación de actividades: 5, 20</li> <li>● Dominio y agrado: 5,20</li> <li>● Debate: 13,14,15,16,17,18,19,20,8.11 y 21</li> <li>● Retribución cognitiva: 11, 14,15,16,</li> <li>● Asignación de taras graduadas: 5,20</li> <li>● Respiración Diafragmática: 1,2,3,4,</li> <li>● Visualización (relajación imaginaria): 1,2,3,4</li> <li>● Autorregistros: 1 a 21</li> <li>● Diario de pensamientos distorsionados: 13,14,15,16,17,18,19,20,8.11</li> </ul>
	<p><b>PSICOMÉTRICA</b></p>	<p><b>DIAGNÓSTICO CONDUCTUAL</b></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluación de STAI</li> <li>● Evaluación de IDB - II</li> <li>● Inventario de Personalidad de Eyseck</li> <li>● Escala de riesgo suicida de Beck</li> <li>● Escala de Asertividad de Rathus</li> </ul>	<p><b>EXCESOS</b></p> <p><b>Autonómicos:</b></p> <p>(1) Movimientos involuntarios de manos.</p> <p>(2) Opresión en el pecho</p> <p>(3) Respiración acelerada.</p> <p>(4) Dolor de cabeza</p> <p><b>Emocional:</b></p> <p>(5) Sentimientos de inutilidad</p> <p>(6) Frustración</p> <p>(7) Llanto desconsolado</p> <p>(8) temores: fracaso, criticada y juzgada.</p> <p>(9) miedo</p>	

<p>(17) <b>piensa:</b> “no soporto que a mi hija le hayan hecho esto”.</p> <p>(18) <b>piensa</b> “me va abandonar mi esposo”.</p> <p>(19) <b>piensa:</b> “mi esposo me va a juzgar”.</p> <p>(20) Disminución de sus actividades domésticas (Ej. Limpiar, cocinar, lavar, realizar los pagos de los servicios).</p> <p>(21) Discusiones con su esposo.</p>		<p>(10) Sentimiento de tristeza</p> <p>(11) Sentimientos de culpa</p> <p><b>Motor</b></p> <p>(12) Tomar Pastillas</p> <p><b>Cognitivo:</b></p> <p>(13) <b>piensa:</b> “todas las madres deben cuidar a sus hijos”</p> <p>(14) <b>piensa:</b> “soy una mala madre y esposa”</p> <p>(15) <b>piensa:</b> “voy a decepcionar a mi esposo y a mi familia”</p> <p>(16) <b>piensa.</b> “soy la responsable de lo sucedido en mi hogar”</p> <p>(17) <b>piensa:</b> “no soporto que a mi hija le hayan hecho esto”.</p> <p>(18) <b>piensa</b> “me va abandonar mi esposo”.</p> <p>(19) <b>piensa:</b> “mi esposo me va a juzgar”.</p> <p><b>Social:</b></p> <p>(21) Discusiones con su esposo.</p> <p><b>DEBILITAMIENTOS</b></p> <p><b>Social:</b></p> <p>(20) disminución de sus actividades domésticas (Ej. limpiar, cocinar, lavar, realizar los pagos de los servicios).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Búsqueda de alternativas posibles: 13,14,15,16,17,18,19,20,8.11 y 21</li> <li>● Practica Cognitiva: 1,2,3,4</li> <li>● Juego de Roles: 21</li> <li>● Prevención de Recaídas: 1 a 21</li> <li>● Biblioterapia: 5 a 19</li> <li>● Proselitismo Cognitivo: 13,14,15,16,17,18,19,20,8.11 y 21</li> </ul>
---	--	---	---

**Tabla 9**

*Descripción del programa terapéutico cognitivo conductual*

<b>FASE DEL PROGRAMA: EVALUACIÓN</b>		
	<b>OBJETIVO</b>	<b>TÉCNICA</b>
Sesión 1	Conocimiento del motivo de consulta.	Entrevista, observación y registro
Sesión 2	Conocimiento a fondo de los problemas referidos por el consultante. Historia Psicológica, registros conductuales	Entrevista observación y registro Aplicación de test psicométrico
Sesión 3	Aplicación de pruebas psicométricas (BID-II e IDARE), MILLON,	Aplicación de test psicométricos
Sesión 4	Aplicación de pruebas psicométricas EPI, Inventario De Pensamientos Automáticos de Beck, Inventario De Riesgo Suicida. Escala de Asertividad e Rathus	Aplicación de test psicométricos
<b>FASE DEL PROGRAMA: INTERVENCIÓN</b>		
	<b>OBJETIVO</b>	<b>TÉCNICA</b>
<b>Sesión</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enseñar al paciente a estabilizarse emocionalmente. (sesión 1 al 7)</li> <li>2. Fomentar la activación de sus actividades. (Sesión del 5 al 10)</li> <li>3. Reestructurar la percepción del mundo que tiene el paciente de la sesión (11 al 16)</li> </ol>	
Sesión 1	Enseñar al paciente en qué consiste la depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación</li> <li>● Registro de pensamiento diarios</li> </ul>
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Implementar la mejora del proceso de activación de sus actividades.</li> <li>● Identificar las actividades agradables y desagradables</li> <li>● Asignación de tareas: auto registros</li> <li>● Revisar el desarrollo de la semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Programación de actividades</li> <li>● Asignación de tareas graduales</li> <li>● Autorregistros</li> </ul>
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Implementar la mejora del proceso de activación de sus actividades.</li> <li>● Programar las actividades</li> <li>● <b>Explorar y determinar el nivel de actividad, si es indicado</b></li> <li>● Evaluar en una escala de 0 a 100 hasta qué punto la paciente “<i>deseaba realizar las actividades</i>” y hasta qué punto lo que buscaba era satisfacer las expectativas de su contexto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Programación de actividades</li> <li>● Dominio y Agrado</li> <li>● Asignación de tareas graduales</li> <li>● Autorregistros</li> </ul>
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Revisar los síntomas de la depresión.</li> <li>● Supervisar el programa de actividades para evitar posibles omisiones y distorsiones.</li> <li>● Comenzar a demostrar las relaciones entre pensamientos, conducta y afecto, basándonos en las actividades o acciones de la paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Programación de actividades</li> <li>● Dominio y Agrado</li> <li>● Asignación de tareas</li> <li>● Autorregistros</li> </ul>

Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Revisar el síntoma de la depresión</li> <li>● Revisar las actividades de “Agrado y Dominio”.</li> <li>● Continuar felicitando los pensamientos mediante su nivel de agrado y dominio en sus actividades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Asignación de tareas</li> <li>● Dominio y agrado</li> </ul>
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Iniciar el entrenamiento de la respiración diafragmática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Respiración diafragmática</li> <li>● Relajación Imaginaria (visualización)</li> <li>● Practica cognitiva</li> <li>● Autorregistros</li> </ul>
Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar los pensamientos automáticos</li> <li>● Cuestionar y modificar los pensamientos automáticos sometiéndolos a la prueba de realidad</li> <li>● <b>Tareas para casa</b></li> <li>● Continuar registrando cogniciones –si es posible, registrar explicaciones alternativas; evitar etiquetas como “incompetente” o “egoísta”, ya que estos términos peyorativos lo único que hacen es enmascarar los verdaderos problemas.</li> <li>● Evaluar en una escala de 0 a 10 hasta qué punto la paciente “<i>deseaba realizar las actividades</i>” y hasta qué punto lo que buscaba era satisfacer las expectativas del terapeuta o contexto.</li> </ul>	<p><b>Reestructuración Cognitiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Debate</li> <li>● Búsqueda de soluciones alternativas</li> <li>● Re-atribución cognitiva</li> </ul>
Sesión 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Discutir las cogniciones e identificar contenidos recurrentes o frecuentes.</li> <li>● Asignar tareas para la casa</li> </ul>	<p><b>Asignación de tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diario de pensamientos distorsionados</li> <li>● Debate</li> <li>● Búsqueda de alternativas</li> <li>● Biblioterapia</li> </ul>
Sesión 9 a sesión 11	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Centrarse en las autocríticas y trabajar en respuestas para hacerlas frente (es decir, evaluar los problemas de una forma realista, en lugar de autocriticarse).</li> <li>● Intentar responder a los “quiero” en lugar de hacerlo a los “debo”.</li> <li>● Revisar síntomas de la depresión</li> <li>● Continuar trabajando sobre las autocríticas, centrándose en los supuestos subyacentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Debate</li> <li>● Re-atribución cognitiva</li> </ul>
Sesión 12 a sesión 16	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En este momento, la paciente estaba lista para evaluar la base de sus autocríticas y otras reacciones depresivas.</li> <li>● El terapeuta decidió investigar las actitudes y creencias de la paciente que pudiesen estar manteniendo la depresión).</li> <li>● <b>Tareas para casa.</b> Hacer una lista de “deseos”, prestando especial atención a objetivos futuros.</li> <li>● La finalidad de esta tarea consistía en que la paciente se centrara en sus propias necesidades y expectativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Debate</li> <li>● Reatribución cognitiva</li> <li>● Biblioterapia</li> </ul>
Sesión 17 a sesión 21	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Comunicación asertiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación</li> <li>● Juego de roles</li> <li>● Reestructuración Cognitiva</li> <li>● Búsqueda de posibles alternativas</li> </ul>

<b>FASE DEL PROGRAMA: SEGUIMIENTO</b>		
	<b>OBJETIVO</b>	<b>TÉCNICA</b>
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Seguir debatiendo las creencias de la paciente</li> <li>● Ayudar en seguir aplicando la solución de problemas</li> <li>● Revisar el síntoma de depresión, ansiedad y comunicación asertiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Debate</li> <li>● Búsqueda de alternativas posibles</li> </ul>
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reforzar la seguridad de la paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prevención de Recaídas</li> <li>● Proselitismo cognitivo</li> </ul>
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prevención de recaídas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prevención de Recaídas</li> <li>● Proselitismo cognitivo</li> </ul>
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prevención de recaídas</li> <li>● Evaluación de nivel de depresión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prevención de Recaídas</li> <li>● Proselitismo cognitivo</li> </ul>

## **CONCLUSIONES**

En cuanto a la evaluación desde la perspectiva cognitivo conductual, se identifica la conducta emocional, autonómica, motora, social y cognitivo, como parte del análisis funcional con la finalidad de conocer cómo se adquirió, y mantiene el desorden emocional que se encontró inmersa nuestra consultante.

La evaluación funcional de la conducta se logra evaluar, para posteriormente intervenir en cuanto al diagnóstico obtenido.

Por otro lado, para la elaboración y ejecución del programa se vio conveniente utilizar diseño experimental ABAB nos ayuda a verificar los efectos de las técnicas incorporadas en el proceso psicoterapéutico tales como psicoeducación, asignación de tareas, programación de actividades, dominio y agrado, respiración diafragmática, relajación imaginaria o visualización, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas.

Durante el proceso de la intervención psicoterapéutica se estableció desde la perspectiva cognitiva conductual de Beck, cual propone que para lograr la eficacia del tratamiento es que el paciente reestablezca sus actividades y luego modificar sus tres niveles de pensamiento (automáticos, distorsiones cognitivas y sus esquemas mentales) y por consecuencia su conducta emocional, autonómica, cognitiva, social y motora.

Como consecuencia del proceso psicoterapéutico su nivel de depresión se desea disminuir su malestar psicológico a un 95 a un 100%.

## **RECOMENDACIONES**

Continuar aplicando las técnicas aprendidas en su rutina diaria para evitar recaídas que interfieran su desenvolvimiento personal y familiar

Es importante ejecutar las evaluaciones al inicio, durante y final del proceso psicoterapéutico.

Mantener las habilidades aprendidas activas, a través de la práctica continua en su vida diaria y cotidiana.

Impulsar programas de prevención y promoción de la salud mental en los diferentes contextos como parte del plan nacional que instaura el Minsa.



## REFERENCIAS

- Barraca, J (2014). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Síntesis.
- Barajas, S. (2015). Evitación y psicopatología: Un estudio a través de una tarea experimental y su relación con medidas de autoinforme. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 63-73.
- Caballo, V., Aparicio, C. y Catena, A. (1995). Fundamentos conceptuales del modelo conceptual en psicopatología y psicoterapia. En V. E. Caballo, G. Buela- Casal y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, 1. Editorial Siglo XXI.
- Espinosa, A (2016). *Intervención Cognitiva de Aaron Beck en pacientes con depresión de un centro de Salud de Panamá* [Tesis de posgrado, Universidad de Panamá]. Repositorio Universidad de Panamá. <https://acortar.link/xKvRah>
- Huaynates, M. (2019). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Universidad Federico Villarreal. <https://acortar.link/ZYILnB>
- Landa, M (2020). *La influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos de la ciudad de pisco - Ica, 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio Universidad Autónoma de Ica. <https://acortar.link/8aAkTL>
- Lema, K. (2022). *Análisis de los modelos de intervención psicológica aplicados para reducir la ansiedad y depresión en adultos mayores durante la pandemia por covid-19* [Tesis de pregrado, Universidad Politécnica Salesiana]. Repositorio Universidad Politécnica Salesiana. <https://acortar.link/uBoLwE>
- López, J. (2016). *Terapia Cognitivo Conductual para episodio Depresivo de un paciente Adulto*. [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Martínez, G., Guadalupe, S., Ramírez, O., Adriana, L., Sagarduy, Y., & Luis, J. (2020). Tratamiento Cognitivo-Conductual en paciente geriátrica con Trastorno Depresivo Mayor: Estudio de Caso. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 11(1), 147-166. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7865094>
- Mendoza, I. (2020). *Terapia Cognitivo Conductual: Actualidad, tecnología* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://acortar.link/zWfkPB>
- Navarro, M (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor* [Tesis de posgrado, Barranquilla Universidad]. Repositorio Barranquilla Universidad. <https://acortar.link/MdqaCd>
- Prieto, M. (2015). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC) y de la TCC focalizada en el trauma en infancia maltratada* [Tesis de posgrado, Universidad de Murcia, Murcia, España]. Repositorio Universidad de Murcia. <https://acortar.link/Zp4JIc>
- Teixeira, P. (2021). La terapia cognitivo-conductual y su relevancia en el proceso terapéutico. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 3(1), 86-97. <https://acortar.link/g7Mu6g>.
- Vernon A, y Doyle, K. (2017). *Cognitive Behavior Therapies: a guidebook for Practitioners*. New York, USA: Amer Counseling Assin. <https://acortar.link/3qQVRs>