



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UNA MUJER CON
DEPRESIÓN VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE PAREJA**

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Luza Montero, Elizabeth

Asesor:

Carlos Ventura, David Dionisio
(ORCID 0000-0001-7679-6330)

Jurado:

Vallejos Flores, Miguel

Cirilo Acero, Ingrid

Correa Aranguren, Iris

Lima - Perú

2022

Referencia:

Luza, E. (2022). *Intervención cognitiva conductual en una mujer con depresión víctima de violencia de pareja*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5965>



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 COGNITIVA CONDUCTUAL EN UNA MUJER CON DEPRESIÓN VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE PAREJA

Línea de investigación: Salud Mental

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

Autor(a):

Luza Montero, Elizabeth

Asesor(a):

Carlos Ventura, David Dionisio
(ORCID 0000-0001-7679-6330)

Jurado:

Vallejos Flores, Miguel
Cirilo Acero, Ingrid
Correa Aranguren, Iris

Lima- Perú

2022

Pensamientos

“Si nuestro pensamiento es claro y sencillo,
estamos mejor equipados para alcanzar
nuestras metas”.

Aarón Beck

“Toda persona tiene capacidad para
cambiarse a sí mismo”.

Albert Ellis.

Dedicatoria

A Dios, quien me da la fortaleza para seguir adelante, a mi esposo y mis hijos por ser la fuente de motivación de mi vida.

Agradecimientos

A todos los que me ayudaron y apoyaron constantemente en el desenvolvimiento de este trabajo, en especial, a mis asesores y profesores por sus conocimientos, paciencia y dedicación en enseñarme y guiarme.

Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de Tablas	vii
Índice de Figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Descripción del problema	2
1.2. Antecedentes	3
1.2.1. Antecedentes internacionales	3
1.2.2. Antecedentes nacionales	5
1.2.3. Fundamentación Teórica: Descripción - Caracterización de la variable dependiente y de la variable independiente	7
1.3 Objetivos	20
1.3.1 Objetivos Generales	20
1.3.2 Objetivos Específicos	21
1.4 Justificación	21
1.5 Impacto esperado del trabajo académico	22
II. METODOLOGÍA	23
2.1 Tipo y diseño de metodología	23
2.2 Ámbito Temporal y Espacial	23
2.3 Variables de investigación (Variable Dependiente/Variable Independiente)	23
2.4 Participante	24
2.5 Técnicas e instrumentos utilizados en el estudio	24
2.5.1. Técnicas	25
2.5.2 Instrumentos (ficha técnica, descripción, validez y confiabilidad del instrumento)	25
2.5.3 Evaluación Psicológica (historia psicológica-Problema Actual-Desarrollo cronológico del problema-Historia personal -Historia familiar)	27

2.5.4 Evaluación Psicométrica (Lista de chequeo/Escalas/Inventarios/ registros/ u otros test o pruebas psicológicas aplicados con su respectivo informe Psicológico)	35
2.5.5. Informe psicológico Integrador (análisis e interpretación de los resultados de la evaluación psicológica, presunción diagnóstica (Diagnóstico Funcional: Lista de Conducta/ Análisis funcional y Diagnóstico Cognitivo Diagnostico tradicional: (DSMV/CIE10) y recomendaciones para el Usuario y Familia	40
2.6 Intervención terapéutica	51
2.6.1 Plan de intervención y calendarización (Sesión -Fecha- Duración- Periodicidad- Participantes- Técnicas de tratamiento)	51
2.6.2 Programa de intervención (Objetivos- Sesiones terapéutica- técnicas- actividades)	53
2.7 Procedimiento	65
2.8 Consideraciones Éticos	65
III. RESULTADOS	66
3.1 Resultados Pre y Post Intervención	66
3.2 Discusión de resultados	73
IV. CONCLUSIONES	76
V. RECOMENDACIONES	77
VI. REFERENCIAS	78
VII. ANEXOS	85

Índice de Tablas

Tabla 1 Criterios según el DSM V para el Trastorno de Depresión	42
Tabla 2 Criterios de un episodio depresivo según CIE – 10	43
Tabla 3 Criterios de Gravedad de un Episodio Depresivo según la CIE - 10, presentación sintomática según la edad	44
Tabla 4 Diagnóstico funcional de las conductas problema	46
Tabla 5 Análisis funcional de las conductas problema	47
Tabla 6 Análisis cognitivo	48
Tabla 7 Calendarización de las sesiones de intervención 2021	52
Tabla 8 Sesión 1: Apertura de las sesiones de las intervenciones en el programa cognitivo conductual	53
Tabla 9 Reconociendo los síntomas y conductas desadaptativas	54
Tabla 10 Sesión 3: Etapa de entrenamiento en técnicas de respiración y relajación	55
Tabla 11 Sesión 4: Modificando creencias irracionales y distorsiones cognitivas que causan malestar	56
Tabla 12 Sesión 5: Elaborando nuevos pensamientos adaptativos	57
Tabla 13 Sesión 6: Reforzando el aprendizaje de nuevos pensamientos adaptativos	58
Tabla 14 Sesión 7: Planificando mis actividades	59
Tabla 15 Sesión 8: Distrayendo nuestros pensamientos negativos	60
Tabla 16 Sesión 9: Entrenando mis Habilidades	61
Tabla 17 Sesión 10: Aprendiendo a auto cuidarme	62
Tabla 18 Sesión 11: Planificando mi vida	63
Tabla 19 Sesión 12: Verificando mi aprendizaje	64
Tabla 20 Línea Base: Registro de frecuencia de conducta en el pre test	66
Tabla 21 Registro de frecuencia de conducta en el pre y post test	67

Tabla 22 Registro de frecuencia e intensidad del paciente pre y post test	68
Tabla 23 Aplicación del Inventario de Depresión de Beck BDI-II (REGOPINA) durante el pre y post test	70
Tabla 24 Registro de frecuencia de pensamientos distorsionados durante el pre y post test..	71
Tabla 25 Registro de intensidad de creencias irracionales en el pre y post test	72

Índice de Figuras

Figura 1	Registro de frecuencia de las conductas en el pre test	67
Figura 2	Registro de frecuencia de conducta en el pre y post test	68
Figura 3	Registro de frecuencia e intensidad de emociones del paciente pre y post test	69
Figura 4	Resultados de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck BDI-II (REGOPINA)	70
Figura 5	Registro de frecuencia de pensamientos distorsionados durante el pre y post test ..	72
Figura 6	Registro de las creencias irracionales al inicio y al finalizar la intervención	73

Resumen

Se presenta el caso de una mujer de 38 años, víctima de violencia por su pareja, quien presenta depresión moderada. El objetivo fue disminuir los síntomas depresivos de la paciente como la tristeza, ansiedad, temor, pensamientos negativos y sus conductas desadaptativas a través de la terapia cognitiva conductual. El diseño utilizado fue el de caso único. En la evaluación sintomatológica se usaron técnicas e instrumentos psicológicos como la entrevista y observación conductual, pruebas psicológicas como el inventario de Depresión de Beck (BDI II) y el Registro de Opiniones Forma A de Ellis; se elaboró la línea base a través del auto registro de emociones, pensamientos, conductas desadaptativas y el análisis funcional del caso. El programa conto con 12 sesiones e incluyo técnicas como la psicoeducación, respiración abdominal, la relajación muscular de Jacobson, auto instrucciones, detención de pensamiento, la reestructuración cognitiva y otros. Al finalizar el tratamiento se identificó una disminución de los síntomas de la depresión en relación con sus emociones, pensamientos y conductas desadaptativas.

Palabras clave: terapia cognitiva conductual, depresión moderada, caso clínico.

Abstract

The case of a 38-year-old woman is presented, a victim of violence by her partner, who presents moderate depression. The objective was to reduce the patient's depressive symptoms such as sadness, anxiety, fear, negative thoughts and her maladaptive behaviors, through cognitive behavioral therapy. The design used was the single case. In the symptomatological evaluation, psychological techniques and instruments were used such as the interview and behavioral observation, psychological tests such as the Beck Depression Inventory (BDI II) and the Ellis Form A Register of Opinions; The baseline was elaborated through the self-registration of maladaptive emotions and behaviors and the functional analysis of the case. The program consisted of 12 sessions and included techniques such as psychoeducation, abdominal breathing, Jacobson's muscle relaxation, self-instruction, thought arrest, cognitive restructuring and others. At the end of the treatment, a decrease in depression symptoms in relation to their emotions, thoughts and maladaptive behaviors was identified.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, moderate depression, clinical case.

I. INTRODUCCIÓN

El trabajo que a continuación se describe forma parte de la intervención psicológica para un cuadro clínico de Depresión moderada en una mujer que fue víctima de violencia por parte de su pareja. Se trata de la experiencia de una mujer quien llegó a consulta con un conjunto de síntomas: tristeza, facilidad para llorar, pensamientos de peligro, reacciones psicósomáticas de tensión, insomnio, entre otro, y, con preocupaciones, que impedían un normal desenvolvimiento a nivel personal, familiar y laboral, ya que su pareja durante la convivencia ejerció maltrato hacia ella y sus hijos, generándole una fuerte crisis emocional. Por lo que se brindó un tratamiento psicoterapéutico basado en el modelo de Intervención Cognitivo Conductual.

Se expone un estudio de caso descriptivo de intervención psicoterapéutica que se inicia con la evaluación general, la elaboración de la línea base y el análisis funcional cuyo objetivo es describir el proceso y el resultado de la Intervención Cognitivo conductual en una mujer víctima de violencia por su pareja, con depresión modera y sintomatología ansiosa y psicósomática.

En el primer apartado se presenta el marco teórico que sostiene y fundamenta la propuesta. Se realiza una revisión conceptual de las variables de estudio como son la depresión y la terapia cognitiva conductual. En el segundo apartado se expone la historia psicológica de la paciente: datos de filiación, problema actual, historia personal, familiar y su diagnóstico psicológico. En el tercer apartado se presenta el informe psicológico del caso en estudio, seguido de la descripción de los procedimientos de la intervención, las técnicas cognitivo conductuales empleadas, la evaluación de la eficacia y/o efectividad del tratamiento, los resultados de la intervención y el análisis de los resultados del tratamiento. Por último, se presentan las conclusiones, recomendaciones, la bibliografía utilizada y los anexos respectivos.

1.1 Descripción del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (2015) existen más de 350 millones de personas en el mundo que viven con depresión, se reconoce es un trastorno mental que deteriora grandemente la vida. Lo complicado aun, es que, quienes padecen, ignoran las características propias de este trastorno, que ocasiona sentir temor y rechazo para recibir ayuda, lo que apunta a un desconocimiento de este problema. Es necesario educar a todas las personas que padecen depresión y a sus familiares; y uno de los aspectos a considerar a la hora de enfrentar este trastorno, es la psicoeducación.

Como ratifica Morales (2017), la depresión es un trastorno que discapacita y daña muchas áreas de la vida de los que sufren este mal, afectándose: la familia, los amigos, el desenvolvimiento laboral, social, económico, e igualmente, los sistemas de salud debido a que sus cifras son muy significativas. Advierte que alrededor de 800 mil personas en el mundo se suicidan a causa de este trastorno, más de 50 millones, sin exclusiones se angustian, perdiendo sus capacidades para ejecutar labores cotidianas, aun sencillas. Sostiene el autor problemas de tipo económicos, laborales u otros pueden ocasionar depresión.

Guadarrama et al. (2006) y Alarcón et al. (2009) corroborando lo sostenido por otros autores, afirman que, entre los motivos de discapacidad, la depresión ocupa el quinto lugar, a nivel mundial, las mujeres y hombres se afectarían en una proporción de 20 % y 12% respectivamente. Se enfatiza que son las mujeres más susceptibles de sufrir este mal.

Nuestro país, no escapa a los resultados observados, tal es así, que los reportes del Ministerio de Salud (2021), muestran que existen 1 millón 700 mil personas con depresión y de estos, solo 425 mil reciben asistencia; y unas 34 mil personas aceptan que padecen, pero, no reciben asistencia. En consecuencia, también, es un problema de salud pública aquí, que amerita acciones efectivas.

En consideración a la revisión de los estudios nacionales e internacionales orientados hacia el abordaje clínico de este trastorno, se identificó a la terapia cognitiva conductual, como la opción más conveniente para enfrentar el problema de la depresión, pues cuenta con las bases teóricas que fundamentan sus planteamientos, además, con técnicas psicoterapéuticas que han resultado ser efectivas, según estudios, para abordar este trastorno. Entre ellas, la psicoeducación, por ejemplo, educa trabajando sobre los estigmas y temores, brindando conocimientos sobre sus características, entre otros aspectos, que resultaría de gran ayuda para las personas que padecen depresión, así como a su entorno social.

Habiéndose expuesto la situación y las implicancias muy negativas de este trastorno, el presente trabajo tiene por objeto dar respuesta a este problema optando por brindar herramientas que fomenten el bienestar emocional.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes internacionales

Generalí (2020) en su estudio Efectos de la terapia cognitiva sobre la depresión en mujeres que han sido víctimas de violencia de género (Uruguay), tuvo como objetivo revisar diversos estudios que investigan la relación entre la violencia de género y la depresión. En su proceso metodológico, se recolectaron informaciones procedentes de las bases de datos Timbó, Pubmed, Scielo, Redalyc y Google Académico. La mayoría de las revisiones, cuasi experimentales, muestran reducción de los síntomas de la depresión, quien concluye según las revisiones efectuadas en su investigación, que la terapia cognitiva conductual es efectiva para el tratamiento de la depresión en mujeres que han sido violentadas, además considera el aporte valioso de la psicoeducación.

Habigzang et al. (2019) en su estudio de casos múltiples sobre Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima (Brasil) describe el desarrollo y los resultados de la aplicación de un protocolo de intervención cognitivo

conductual, a través de un estudio de caso. Trabajaron sobre cuatro mujeres con historia de violencia conyugal y con síntomas de depresión, ansiedad, estrés y trastorno de estrés posttraumático (TEPT). La evaluación de caso fue antes y después de la intervención, utilizando técnicas de: reestructuración cognitiva, identificación de pensamientos disfuncionales, habilidades sociales, resolución de problemas, tareas para casa, entre otros. Se concluyó de la aplicación del protocolo de TCC sobre esta muestra, resultados eficaces.

González (2020) realizó un estudio con el objetivo de aplicar un plan de intervención terapéutico basado en el modelo cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión (Panamá). Se identificó la relación que existe entre la violencia psicológica en las mujeres y la presencia de depresión. La investigación es cuantitativa, no experimental y descriptiva. Se utilizaron instrumentos y técnicas como la escala de depresión de Beck y la de desesperanza; se diseñó un plan terapéutico con 12 sesiones con el empleo de las técnicas de intervención cognitivo conductual. Se concluyó que la terapia cognitivo conductual fue eficaz en las mujeres con depresión en el presente estudio.

Beckford (2017) en Panamá, en su estudio expuso la intervención de la Psicoterapia cognitivo grupal en el tratamiento a un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica que presentan sintomatología depresiva. Se utilizó un diseño de Pre prueba y Post prueba con un grupo control para disminuir los síntomas depresivos en 12 mujeres víctimas de violencia doméstica con depresión, quienes recibieron 15 sesiones, dos veces por semana. En el estudio, se obtuvo disminución de los síntomas depresivos, con lo que se concluyó que la terapia cognitiva grupal fue eficiente.

Lorenzo et al. (2021) exponen un estudio con el objeto de determinar la efectividad de la terapia cognitiva conductual en el episodio depresivo (Cuba). Es un estudio de tipo observacional, descriptiva y transversal aplicados a una muestra de 94 pacientes con depresión.

Los resultados obtenidos indican una reducción de los síntomas de la depresión, después de iniciada la terapia cognitiva conductual, además, mínimos casos de recaídas y de casos crónicos.

1.2.2. Antecedentes nacionales

Landa (2021) realizó un estudio con el objetivo de poder identificar los cambios que produce la terapia cognitiva conductual en los pacientes adultos con depresión de la ciudad de Pisco - Ica. Su investigación fue de tipo aplicada con un enfoque cuantitativo y diseño no experimental, correlacional y de corte transversal. La muestra conformó 30 pacientes (15 en control y 15 en experimento), con diagnósticos de depresión. Se aplicaron entrevistas clínicas y pruebas psicométrica como el Inventario de Depresión de Beck - II. Se concluyó que la terapia cognitivo conductual en los pacientes con depresión de la muestra fue efectiva y oportuna.

Ramírez (2020) en su tesis “Técnicas del Enfoque Cognitivo Conductual en el tratamiento de la depresión en adultos: Una revisión sistemática (Perú)”, analizó el uso de las técnicas del enfoque cognitivo conductual para el abordaje de la depresión mediante la recopilación de información bibliográfica de diversas bases de datos con diseños: cuasi experimental y caso único, se menciona criterios de calidad y de inclusión en su investigación, se señala que el uso de las técnicas del enfoque cognitivo conductual son eficaces para abordar la depresión en adultos y recomienda ampliar los estudios de eficacia de las técnicas.

Marcelo (2019) expuso el diseño un programa con base en el modelo cognitivo conductual de Aron Beck para la depresión, en mujeres víctimas de violencia de pareja, atendidas en un centro de salud de José Leonardo Ortiz, 2017. Su estudio fue de tipo descriptiva, de corte transversal y diseño no experimental. Se aplicó el inventario de depresión de Beck, sobre una muestra de 102 mujeres y se detectó niveles significativos de depresión

moderado, se enfatiza que el programa cognitivo conductual es una estrategia primordial para la atención de la depresión en la muestra.

Quilla (2019) en su estudio Trabajo Académico de Aplicación en el Ámbito Laboral Caso Clínico: Depresión Moderada (Perú), se planteó un modelo terapéutico cognitivo conductual para trabajar la depresión. Se aplicó técnicas e instrumentos de recolección de datos como el inventario de Beck, entre otros; se diseñó un plan terapéutico cognitivo conductual incorporando un programa psicoeducativo para la familia. Se obtuvo como resultados: disminución de los pensamientos negativos, cambios en las creencias irracionales, se brindó la enseñanza de herramientas para afrontar dificultades, buen nivel de comunicación familiar; se recalca el aporte de la familia.

Huaynates (2019) en su estudio, tuvo como objetivo aplicar una intervención cognitiva conductual sobre un caso de una mujer de 40 años con sintomatología depresiva y sentimientos de culpa. La evaluación del caso fue a través de la entrevista, línea de base, auto registro, análisis funcional y cognitivo, se utilizaron el inventario de Beck y la escala de Personalidad de Eysenck; y, se aplicaron las técnicas de relajación, auto instrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva. Su diseño fue univariable multicondicional ABA. Se logró resultados favorables: disminución de los niveles de depresión, reducción de pensamientos, emociones y comportamientos negativos, se realizó el seguimiento, concluyéndose que las técnicas cognitivas conductuales utilizadas para la sintomatología depresiva del caso fueron eficaces.

Calderón (2020) en su tesis la intervención cognitiva conductual para una mujer adulta con depresión, planteó el uso de un programa de intervención cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva. Se evaluó el caso mediante: el Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Personalidad de Eysenck, auto registros y el Inventario Clínico

Multiaxial de Personalidad de Millón, asimismo, la entrevista y observación psicológica. Se aplicaron las siguientes técnicas: psico educación, entrenamiento en relajación, auto instrucciones, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva. Se obtuvo resultados positivos con la disminución de los síntomas depresivos, confirmándose que la terapia cognitivo conductual fue eficaz para el tratamiento de la depresión.

1.2.3. Fundamentación Teórica: Descripción - Caracterización de la variable dependiente y de la variable independiente

La Depresión

Para Beck (1976, citado por Carranza, 2012) la depresión guarda relación con cambios en el modo de pensar e interpretar la realidad; de manera que la persona pierde objetividad para analizar, evaluar y concluir los eventos de su entorno; su visión interferida por la presencia de patrones cognitivos se distorsiona para mirar el futuro y percibirse a sí mismo, iniciándose molestias que se constituyen en síntomas y signos de depresión.

Alberdi et al. (2006, citado por Bartra et al., 2016) mencionan la depresión es un conjunto de síntomas que en su conjunto forman un síndrome, las cuales, se distinguen por su naturaleza en síntomas afectivo que incluye a los sentimientos y/o emociones como la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad, las sensaciones subjetivas de malestar y de dificultad para enfrentar la vida, síntomas cognitivos relacionados a los pensamientos disfuncionales, síntomas volitivos y los somáticos. La característica básica del síndrome de la depresión es su capacidad para generar efectos adversos en las diferentes áreas de la vida, en especial, el área afectiva.

Beck et al. (1983) y Ellis (1981, 1990) (citado por Piqueras et al., 2008) apuntan que la depresión es un trastorno del estado de ánimo con presencia de sensaciones de tristeza intensa y que, en su inicio intervienen acontecimientos de la vida diaria, por ejemplo: pérdida o incapacidad para hacer frente, sentimientos de indefensión, del mismo modo, los cambios

químicos en el cerebro, los efectos secundarios de medicamentos o diversos trastornos físico o médicos.

Se recalca, los síntomas pueden manifestarse indistintamente, aunque por lo general, se observa: sensación de lentitud, problemas de concentración, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, inutilidad, desesperanza, aumento o pérdida del apetito o de peso, disminución del deseo sexual, ideación suicida, pensamientos negativos sobre sí mismo, entre otros. Señalan de suma importancia la interacción que ejercen los factores ambientales, evolutivos, constitucionales e interpersonales en su origen, y de igual modo los cambios en el funcionamiento neuronal de los hemisferios cerebral y el sistema límbico encargados de regular las emociones.

Robert y Lamontegne (1977, citado por Carranza, 2012) confirman, al mencionar el estado de tristeza, los pensamientos negativos, la percepción errónea de su vida, de sí mismo y la lentitud psicomotora acompañan a las personas depresiva.

Para Zarragoitia (2011) es una alteración de las fuerzas vitales que afecta las distintas áreas de la vida de manera persistente e intensa y corroborando a los demás autores, la interacción de los factores biológicos, psicológico y ambientales están involucrados en su origen.

La depresión disminuye el ánimo, se pierde interés y produce dificultad para disfrutar de actividades y se acompaña de síntomas psíquicos como: tristeza, alteración de la concentración, memoria etc., síntomas físicos: disminución de la libido, anorexia, hiperfagia etc. (Retamal, 1998).

Díaz y González (2012) corroboran lo afirmado por los autores, al señalar que la depresión afecta el desempeño en general de las personas quienes sienten tristeza, desinterés, pérdida de energía, además de: pérdida de confianza, de autoestima, con ideas de muerte, de culpa entre otros.

Baztán (2008) en su estudio plantea una definición distinta y utiliza el término de “hundimiento vital” cuando señala: “la depresión afecta a todo el ser humano, el soma y la psique, pudiéndola definir como una “vivencia existencial de la muerte”, en la que se sufre en todo el ser, se sufre por vivir. El depresivo va entregándose lentamente a la muerte desde el “hundimiento vital” en que se encuentra”. Sin embargo, sus manifestaciones difieren según las culturas a las que pertenece las personas depresivas.

Para Jervis et al. (2005) la depresión es un proceso de interacción continua entre el ser humano y su ambiente físico y social, al cual busca adaptarse, y es en ese camino, que sus creencias, valores, actitudes o preferencias, si no logran ajustarse a su entorno, se desencadena el trastorno. Como corroboran Díaz et al. (2012) la depresión tiene asociados problemas sociales en su origen.

Korman y Sarudiansky (2011) cuestionan el uso del término trastorno mental pues, advierten la depresión no solo tiene de mental, sino también de físico, refiriéndose a los síntomas somáticos de tensión muscular, palpitations, entre otros. Menciona que la depresión vista como un síndrome, no incluye las peculiaridades individuales o biológica de cada persona. Siendo indispensable realizar una minuciosa evaluación del caso considerando los distintos factores mencionados en su origen.

Como afirma Baringoltz (2009) en su origen participan varios factores: biológicos, psicológicos, sociales. La depresión presenta niveles de intensidad y su curso pueden ser modificarse, se corrobora a los autores.

En las mujeres que han sufrido violencia es común la presencia de depresión, como estima la OMS, un 30% de las mujeres, en las relaciones de pareja, sufrieron algún tipo de violencia y por lo común, sienten culpa, impotencia causándoles un riesgo a sufrir depresión. Las mujeres maltratadas sufren más depresión. (Huerta et al., 2016).

La depresión es dos veces más frecuente en la mujer, en la etapa reproductiva se con más frecuencia, pueden intervenir conflictos familiares y experiencias de trauma a temprana edad en su origen (Lorenzo et al., 2021).

Se confirma otra vez más, el trastorno depresivo incapacita, señala la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, s/f) este problema afecta las actividades de trabajar, dormir, estudiar, comer, disfrutar del placer; y, en su origen, interviene factores biológicos, ambientales psicológicos y genéticos, sin embargo, la depresión puede darse también en personas sin antecedente familiares.

Modelo Cognitivo de la depresión (A. Beck)

Según este modelo, las personas con depresión, no pueden procesar la información de su medio de una manera objetiva y real, sino bajo ciertos esquemas de pensamientos distorsionados que se activan y conducen a las personas a interpretar de manera errada. Estos esquemas de pensamiento serían los responsables que la persona emita respuestas emocionales y conductas desajustadas, las cuales, fueron adquiridos en etapas tempranas, de las personas más significativas. (Gálvez, 2009).

Para C. Vásquez et al. (2010) este modelo es la base de la mayoría de los estudios sobre depresión, el origen de este trastorno son los esquemas mentales disfuncionales. Se postulan tres conceptos básicos de la depresión: el contenido cognitivo, los Esquemas y los Errores en el procesamiento de información. El contenido cognitivo o triada cognitiva son las visiones y actitudes negativas acerca de sí mismo, de su futuro y del mundo o sus experiencias. Los esquemas son creencias centrales o patrones cognitivos estable y son la base de las interpretaciones del medio, a partir del cual, juzga su presente y su futuro. Se menciona los siguientes errores en el pensamiento o distorsiones:

- Abstracción selectiva. Centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizando toda la experiencia en base a los fragmentos.
- Errores en el procesamiento de información. El paciente depresivo cree en la validez de sus conceptos depresivos que se manifiestan en errores sistemáticos.
- Inferencia arbitraria. Se llega a una conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye.
- Generalización excesiva. Elaborar una regla o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados, y aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a las que no guardan relación.
- Maximización y minimización. Distorsiones en la magnitud de una situación.
- Personalización. Tendencia a atribuir a si mismo fenómenos externos cuando no existe base firme para ello.
- Pensamiento absolutista dicotómico. Clasifica las experiencias en categorías opuestas.
- Razonamiento emocional. Justificar la idea por la emoción. (Camacho, 2003).

Características de la Depresión

Para Diaz y Gonzales (2012), es un trastorno psiquiátrico que discapacita; se acompaña de las características de: tristeza, desinterés para actividades y disminución de la energía. Asimismo, el depresivo pierde su autoestima, su confianza, siente culpa, presenta pensamiento de muerte, dificultad para concentrarse, para el sueño, alimentación. Se reconoce el trastorno cuando sus síntomas superan un umbral y duran al menos dos semanas.

Se destacan los síntomas siguientes:

- **Síntomas anímicos:** tristeza, irritabilidad, incapacidad para sentir, sensación de vacío, ansiedad etc.

- **Síntomas motivacionales y conductuales:** anhedonia, incapacidad para sentir placer de actividades que antes resultaron placenteras, apatía, abulia, retardo psicomotor, inhibición conductual etc. Los deseos de evadir las dificultades, incluso actividades diarias están presentes. (Beck, 2000, citado por Huaynates, 2019).
- **Síntomas cognitivos:** dificultades importantes en las funciones ejecutivas y en las capacidades cognitivas como memoria, atención, concentración, velocidad de procesamiento, distorsiones cognitivas, pensamientos de inutilidad y culpa, etc., Los primeros en afectarse en un cuadro depresivo serian, la atención, la velocidad de procesamiento, la memoria y el razonamiento. Las distorsiones cognitivas están presentes en el proceso de información y en la toma de decisiones. (Beck, 2000, citado por Huaynates, 2019).
- **Síntomas físicos:** alteraciones del sueño, alteraciones del apetito, deseo sexual inhibido, cefaleas, náuseas, vómitos, malestar gastrointestinal etc.
- **Síntomas interpersonales:** cuando las relaciones interpersonales están deterioradas.

Causas de Depresión

Para Guadarrama et al. (2006) en su origen, están presente los siguientes:

- **Factores genéticos,** estos guardan una estrecha relación con la depresión endógena y trastornos graves. Las posibilidades que se repitan oscilan entre un 25% a 30% si hay antecedentes familiares.
- **Factores Bioquímicos:** alteraciones de neurotransmisores como deficiencias de noradrelina en el cerebro se asocia a depresión.
- **Factores psicosociales** como experiencias de infortunio en la infancia, dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables en la vida, red social limitada, baja autoestima.

Alarcón et al. (2009) coincide al señalarse una vez más, que la depresión es una alteración del humor caracterizado porque la persona presenta un ánimo deprimido, con disminución de su energía, del interés o de la capacidad de disfrutar, lo que afecta su vida; sus manifestaciones deben durar mínimo dos semanas. Enfatizan en su origen están implicados factores de tipo biológico, genéticos, neuroquímicos, endocrinos, fisiológicos y anatómicos.

Por otro lado, F. Vázquez et al. (2000), comparte con los demás autores, al afirmar que la depresión tiene su inicio en la interrelación o combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales, que a través del tiempo y de manera progresiva, estos causan efectos nocivos.

Definición de terapia cognitiva

Los estudios señalan a la terapia cognitiva conductual de Aaron Beck, como el enfoque con mayor aceptación para el tratamiento de la depresión, tal como se plantean:

Para Díaz et al. (2012), la terapia cognitiva conductual es un modelo de tratamiento psicológico, que tiene como causa a los pensamientos disfuncionales del origen y persistencia del trastorno depresivo. Promueve objetivos que se centran en encontrar solución; se enseña una variedad de técnicas, terapias y procedimientos psicológica para disminuir los síntomas, fomentar el desarrollo y fortalecimiento de recursos en las personas depresivas, que ayuden a su adaptación y lograr mejoras en su calidad de vida. Se menciona algunas técnicas: la reestructuración cognitiva, exposición o el entrenamiento en habilidades sociales son algunos ejemplos de dichas técnicas.

Lorenzo et al. (2021) la terapia cognitiva conductual es una intervención o tratamiento psicológico utilizada en varios cuadros mentales, en especial, en la depresión. La terapia cognitiva conductual se emplea cuando hay trastornos de personalidad, estresores psicosociales e intenta modificar las creencias y los pensamientos responsables del trastorno; además, buscar otros pensamientos más realistas, racionales que le permitan estar en equilibrio con su medio.

Para Puerta y Padilla (2011) es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales con miras a producir cambios en los pensamientos, emociones, conductas y en sus respuestas fisiológicas disfuncionales por otras respuestas que favorezcan la adaptación y la superación de este problema. Implica el estudio y análisis de los factores psicosociales, pero también, la colaboración de la persona. Está centrado en el problema, es activo y estructurado.

Se instruye a las personas a monitorear y reconocer cuáles son sus pensamientos negativos, a debatirlos, cuestionarlos, modificarlos por otros más racionales y descubrir los nuevos efectos, eligiendo los más conveniente. Se busca modificar las creencias centrales e intermedias, bases de los pensamientos automáticos.

F. Vásquez et al. (2000) estiman es un modelo estructurado, activo, directivo, psi educativo y centrado en el problema. Su base es la teoría cognitiva de la depresión de Beck. El modelo de intervención subraya tres supuestos teóricos, principalmente la persona depresiva actúa y siente de la manera como percibe el mundo, puede observar sus propios pensamientos y expresarlos, y cuando se establezca cambios en los mismos puede experimentar cambios en sus afectos y conductas. La depresión puede ser manejada, con la intervención del modelo cognitivo conductual, trabajándose sobre los distintos niveles: cognitivo, conductual y afectivo.

Por lo tanto, F. Vásquez et al. (2000) y C. Vásquez et al. (2010) afirman la TCC para la depresión tiene como objetivos principales disminuir pensamientos disfuncionales, es el modelo con mayor aplicación (Lorenzo et al., 2021) y con mejores resultados en todo el mundo. Trabajan sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente.

Técnicas de intervención cognitivos conductuales

Para Beck, J.S. (2006, citado por Diz, 2016) es muy importante que eduquemos al paciente en este modelo, informarle al detalle de que trata, sus objetivos etc., que implica

generar confianza, la aceptación y una actitud de colaboración por parte del paciente lo que favorece la recuperación, motivación y disposición hacia el aprendizaje con cambios positivos y, con la aplicación de las técnicas y habilidades brindadas. Se propone una estructura del modelo.

Estructura del modelo de Intervención Cognitiva conductual

Se plantea el número de sesiones dependerá de las características del caso, en general serán de 15 a 20 sesiones, una vez por semana, pero en si se presentara casos muy graves se podría trabajar dos veces por semana, señala por un lapso de 4 a 5 semanas, para ir disminuyéndolos de manera progresiva. Recomienda la siguiente estructura para la primera sesión:

- Establecer un plan e instruir sobre cada sesión.
- Monitorear el estado de ánimo, con el uso de instrumentos: el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Desesperanza de Beck. Como alternativa se puede emplear escala de valores subjetivos de 0 al 100. Complementar con datos o antecedentes y/o factores de riesgo. Se considera:
 - Revisar el problema y el estado actual en que se encuentre.
 - Identificar problemas y establecer objetivos.
 - Instruir al paciente acerca del modelo cognitivo.
 - Indagar las expectativas del paciente respecto de la terapia.
 - Enseñar sobre su trastorno, brindarle material para trabajar en casa.
 - Estableces actividades para casa con el fin que pueda contrastar sus pensamientos negativos.
 - Hacer una síntesis.
 - Lograr una retroalimentación por parte del paciente.

Para las siguientes sesiones, se continuará un orden similar, el paciente posee conocimiento de los objetivos de las sesiones. (Beck, J.S., 2006, citado por Diz, 2016)

Se plantea las siguientes técnicas:

Técnicas didácticas

Para Figueroa (2002, citado por Diz, 2016) las técnicas didácticas consisten en instruir de manera sencilla conceptos sobre la triada cognitiva, los esquemas y errores de pensamiento a través de ejemplos prácticos. El terapeuta establece la agenda de trabajo al inicio de cada sesión, asigna las tareas para casa, entre otros.

Técnicas conductuales

Roca (2016) señala estas técnicas están orientadas a lograr cambios positivos sobre los pensamientos errados, es decir, las creencias irracionales presentes en las personas depresivas. Se les enseña a que aprendan a contrastarlos con la realidad, para comprobar su veracidad o no, a modificarlos, y, cuando logren, que puedan darse cuenta de los efectos positivos que generan en sus emociones, generando bienestar.

Señala las siguientes técnicas:

- Lista de actividades muy agradables, como las que gustaba antes
- Lista de actividades de dominio, que le gustaría hacer, pero deja de hacerlo por la depresión.
- Programa semanal de actividades, de dominio y de agrado.
- Asignación de tareas graduales, dividiendo una tarea compleja en pequeños pasos.
- Práctica imaginada donde recrea en la imaginación la realización de una tarea.

Técnicas cognitivas

Son procedimientos que buscan identificar y modificar las creencias y esquemas mentales desadaptativos, aquí se les enseña a lograr control de sus pensamientos negativos, a descubrir la relación que existe entre pensamiento, afecto y conducta; y a reconocer que

pruebas tiene a favor o en contra de estos pensamientos negativos para reemplazarlos por otros más racionales.

Se plantean las siguientes técnicas cognitivas:

- Detección de pensamientos automáticos: se le enseña a identificar sus pensamientos ante situaciones que le generan emociones y conductas des adaptativas.
- Clasificación de las distorsiones cognitivas: se les enseña los tipos de errores cognitivos que pueden estar presente en su caso.
- Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos: mediante las pruebas a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Concretizar las hipótesis: se miden u operacionalizan los pensamientos.
- Re atribución: cuando la persona asume la responsabilidad de un problema, sin evidencias.
- Descentramiento: la persona se siente el centro de atención de los demás, puede sentir vergüenza o desconfianza, se procede a recoger información de los demás para contrastar lo que piensa.
- Descatastrofización: se le enseña a cuestionar las consecuencias que se anticipa, las posibilidades de afrontarlas en caso sean necesario.
- Uso de imágenes: Uso de la imaginación para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades.
- Manejo de supuestos personales: mediante el uso de preguntas, listar las ventajas e inconvenientes de sostener sus pensamientos y se diseña un experimento para comprobar la veracidad.

Al cierre, puede ampliarse 4 o 5 sesiones de refuerzo para trabajar las recaídas, seguir monitoreando y prepararlo en el modelo cognitivo. (Diz, 2016).

Camacho (2003) nos menciona una lista de técnicas más utilizadas en la terapia cognitiva:

- Técnicas de relajación.
- Técnicas de respiración.
- Asignación de tareas.
- Técnicas de distracción.
- Dominio y agrado.
- Desensibilización sistemática.
- Autoafirmaciones.
- Autoobservación o monitoreo.
- Juego de roles.
- Ensayos conductuales.
- Ensayos cognitivos.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Técnicas de escalamiento.
- Registro de pensamientos automáticos.
- Identificación de distorsiones cognitivas.
- Disputa racional.
- Trabajo con el niño interior.
- Búsqueda de soluciones alternativas.
- Ventajas y desventajas.
- Trabajo con imaginería.
- Juegos.
- Ejercicios gestálticos.
- Ordenamiento en escalas.

Caracterización de variables

Variable dependiente: depresión

Definición conceptual

La depresión constituye un tipo de alteración del ánimo que se manifiesta con la disminución de este, pérdida del interés y dificultad para disfrutar el placer de actividades diarias y con la presencia de síntomas psíquicos son: tristeza, alteración de la concentración, memoria etc., además de síntomas físicos: disminución de la libido, anorexia, hiperfagia etc. (Retamal C.,1998).

Definición operacional

El Test de Depresión de Beck (BDI-II) es el instrumento que evalúa la presencia y gravedad de la depresión aplicado en el presente estudio, consta de 21 ítems, cada uno se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, después de resolver la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.

Las categorías de gravedad de la sintomatología depresiva son:

- Mínima (0-13)
- leve (14-19),
- moderada (20-28)
- grave (29 -63)

(Beck et al., 1996, citado por Sanz et al., 2003)

Los indicadores de los ítems son: tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, insatisfacción con uno mismo, autocrítica, pensamiento de suicidio, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, inutilidad, pérdida de energía, irritabilidad, cambios en el apetito, cambios en el patrón de sueño, dificultad para concentrarse, cansancio o fatiga y la pérdida de interés por el sexo. (Beck et al., 1996, citado por Sanz et al., 2005).

Variable independiente: Terapia cognitiva conductual

Definición conceptual

Para Díaz et al. (2012), la terapia cognitiva conductual es un modelo de tratamiento psicológico que reconoce en el origen y mantenimiento de este trastorno, a los pensamientos distorsionados y/o conductas disfuncionales. Promueve objetivos de solución; se les enseña una variedad de técnicas, terapias y procedimientos psicológica para disminuir los síntomas, fomentar el desarrollo y fortalecimiento de recursos en las personas con depresión, para la adaptación a su entorno y lograr mejoras en su calidad de vida.

Definición Operacional

Se trata de un plan terapéutico de 12 por sesiones el cual se ejecutará en un horario de atención de una vez por semana con una duración de 60 minutos. En dicha terapia se utilizarán las siguientes técnicas como:

- Reestructuración Cognitiva
- Identificación de pensamientos distorsionados.
- Técnica de respiración diafragmática.
- Técnica de relajación muscular de Jacobson.
- Técnica de Planificación de Actividades Gratificantes
- Técnica de detención de pensamientos
- Técnica de Auto instrucciones.

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivos Generales.

- Determinar la eficacia en la disminución de la sintomatología de una intervención cognitiva conductual en una mujer con depresión víctima de violencia por su pareja, para que pueda enfrentar situaciones sociales a nivel cognitivo, conductual y emocional.

1.3.2. *Objetivos Específicos*

- Describir el nivel de depresión en una mujer víctima de violencia por su pareja al inicio de la intervención.
- Describir el nivel de depresión en una mujer víctima de violencia por su pareja al finalizar la intervención.
- Disminuir la frecuencia de pensamientos distorsionados y creencias irracionales en una mujer víctima de violencia de pareja, mediante técnicas como la psicoeducación, debate de pensamientos distorsionados, registro ABC, reestructuración de pensamientos, técnicas asertivas.
- Disminuir los síntomas ansiosos mediante la aplicación de las técnicas de relajación, auto instrucciones, reestructuración del pensamiento.
- Disminuir la frecuencia de conductas desadaptativas que presenta una mujer con depresión víctima de violencias por su pareja, mediante las técnicas de auto instrucción, planificación de actividades gratificantes, parada de pensamiento automáticos, habilidades sociales.
- Disminuir la frecuencia e intensidad de las emociones negativas en una mujer víctima de violencia de pareja.

1.4 Justificación

El estudio que se realiza es de mucha importancia, ya que al aplicarse la terapia cognitivo conductual como intervención en el caso de una mujer víctimas de violencia que presentan depresión, abarca técnicas que se centran directamente, en las cogniciones de las pacientes, con el propósito de modificarlas, así como en las conductas des adaptativas y sus síntomas.

Un aspecto importante a considerar de esta variable, la depresión, es que constituye un problema con efectos muy adversos no solo en la calidad de vida, que altera el desempeño en

general de los sufren este trastorno. Se calcula que más 50 millones de personas en el mundo lo padecen, y en nuestro país, también las cifras son significativas. Lo que ocasiona angustia y disminución de sus capacidades para realizar actividades, incluso las más sencillas. No solo es un problema de salud, con efectos sociales y económicos, sino también, se ubica con un problema de salud pública que amerita una intervención adecuada.

Por lo cual se justifica el presente estudio de caso clínico, donde la intervención de la terapia cognitiva conductual permite utilizar las técnicas e instrumentos para producir cambios positivos en las mujeres que sufren depresión en el contexto de una relación con violencia. La mayoría de los estudios estiman esta intervención, es la que ofrece mejores resultados.

1.5 Impacto esperado del trabajo académico

En el presente estudio de caso clínico, el beneficio que se pretende lograr es la recuperación no solo emocional o psicológica de la persona que sufren depresión, sino las mejoras del desempeño en las distintas áreas de su vida: personal, familiar, social, laboral u otras. De este modo, se pretende frenar los efectos adversos de este trastorno y sus implicancias, que incapacita a las personas depresivas. Este estudio ayudará a esas mujeres víctimas de la violencia y que sufren depresión, a través, de una intervención psicoterapéutica de corte cognitivo conductual.

Esta investigación brinda un aporte al público en general y en particular a las mujeres, víctimas de violencia por parte de su pareja, que presentan depresión, ya que resulta preocupante los reportes de porcentajes significativos de estos trastornos.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de metodología

Es un estudio de caso único que tiene el propósito de establecer una relación entre la investigación y la práctica clínica, que, por lo general, buscan confirmar una técnica que en la práctica ha dado buenos resultados. Por lo tanto, evalúa la validez del tratamiento en una situación controlada. (Roussos, 2007)

El estudio particular de un caso o suceso, puede darse en un individuo, grupo, comunidad o en una sociedad, con el fin de lograr entender las características del suceso. (Midgley, 2006, citado por Stoppiello, 2009).

2.2 Ámbito Temporal y Espacial

El estudio tendrá lugar en la Unidad de Violencia Intrafamiliar del Servicio de Psicología del Centro de Salud Materno Infantil San Fernando de la DIRIS LIMA ESTE, que se ubica en el Jr. José Santos Chocano cuadra 01 S/N- urb. Valdiviezo, distrito de Ate. La intervención está programada ser desarrollada entre los meses de mayo y agosto del 2021.

2.3 Variables de investigación (Variable Dependiente/Variable Independiente)

Variable independiente

Para Díaz et al. (2012) la terapia cognitiva conductual, es un modelo de tratamiento psicológico que reconoce en el origen y mantenimiento de este trastorno, a los pensamientos distorsionados y/o conductas disfuncionales. Promueve objetivos de solución; se enseña una variedad de técnicas, terapias y procedimientos psicológica para disminuir los síntomas, fomentar el desarrollo y fortalecimiento de recursos en las personas con depresión, para la adaptación a su entorno y lograr mejoras en su calidad de vida.

Se menciona algunas técnicas: la reestructuración cognitiva, exposición o el entrenamiento en habilidades sociales son algunos ejemplos de dichas técnicas.

Variable dependiente

Para Beck (1976, citado por R. Carranza, 2012) la depresión está vinculado a un desorden del pensamiento y a la característica que presenta la persona con depresión, de percibir la realidad de manera distorsionada, dándose lugar a patrones cognitivos negativos que inician la activación de un grupo de signos y síntomas; se señala, la depresión es el conjunto de concepciones negativas que la persona adopta, acerca, del mundo, del futuro y de sí mismo.

La operacionalización de esta variable estará dada por los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y sus respectivas dimensiones.

2.4 Participante

- Nombre y apellidos : I. R. A.
- Edad : 38 años
- Género : Femenino
- Fecha de nacimiento : 05-11-1982
- Lugar de nacimiento : Huánuco.
- Estado Civil : Casada
- Número de hijos : 4
- Grado de Instrucción : Secundaria completa.
- Ocupación : Negociante.
- Lugar de la entrevista : CSMISF.
- Fechas de Evaluación : 05 y 12 de Mayo del 2021.
- Evaluadora : Psic. Elizabeth Luza Montero.

2.5 Técnicas e instrumentos utilizados en el estudio

Durante el proceso de evaluación psicológica, se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

Técnicas

- Entrevista psicológica.
- Observación conductual.

Instrumentos:

- Inventario de Depresión de Beck II- (DBI-II) 2016.
- Registro de opiniones Forma A (REGOPINA).
- Lista de chequeo de emociones, conductas y pensamientos.

2.5.1. Técnicas.

La entrevista clínica permitió a través de la recolección de datos muy importantes como la historia clínica, sus antecedentes familiares, personales, el motivo de consulta, el desarrollo cronológico, la dinámica familiar, comprender el caso, evaluar y obtener el diagnóstico. La entrevista es una herramienta básica para un contacto más cercano con el paciente que a través de preguntas sobre sus creencias, intereses, etc., en conjunto con la observación clínica nos brinda información sistematizada, validada y confiable. (Carod-Artal, 2006)

2.5.2 Instrumentos (ficha técnica, descripción, validez y confiabilidad del instrumento)

Ficha Técnica del inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Descripción

El Inventario para la Depresión de Beck, segunda Edición (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), es un instrumento de autoinforme de 21 ítems que mide la gravedad de los síntomas depresivos en adultos y adolescentes, la edad mínima es de 13 años. Aquí se indica elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que más evidencie sus emociones, pensamientos y conductas durante las dos últimas semanas. En cuanto a su corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos y una vez que elija el puntaje seleccionado, se procede a sumar los totales, de lo que se obtiene lo siguientes: 0 a 9 no hay

depresión, de 10 a 18 puntos es depresión leve, de 19 a 29 puntos es depresión moderada y puntaje mayor de 30 es depresión grave.

Validez y confiabilidad

Como lo sostiene Sanz et al. (2003, 2005) la versión española del BDI-II es adecuada para identificar diferencias en la presentación e intensidad de los síntomas depresivos, así como de otros trastornos psicopatológicos. Menciona que hay estudios que respaldan la fiabilidad y validez del BDI-II para los trastornos psicológicos. De su estudio, concluyeron que es un instrumento válido para la detección y medición de síntomas depresivos y su fiabilidad está a la altura de otros instrumentos, en términos de consistencia.

Ficha Técnica del Registro de Opiniones. Forma A. (REGOPINA)

Descripción

Registro de opiniones forma- A de Albert Ellis, versión modificada por Guzmán en 2009. El inventario fue propuesto por Davis, Mckay y Eshelman, su objetivo es visibilizar las ideas irracionales que interfieren en el manejo del estrés y el mantenimiento de la infelicidad teniendo como guía la clasificación de las 11 creencias irracionales planteadas por Ellis; el cuestionario consta de 100 ítems, con respuestas de acuerdo o en desacuerdo, se puede aplicar a partir de los 15 años en adelante, de la misma forma la prueba necesita como requisito tener conocimientos básicos.

Su duración es de 20 minutos aproximadamente; para el contexto peruano el registro de opiniones fue adaptada por el psicólogo Guzmán en el año 2009, reduciendo a 6 creencias irracionales de las 11 propuestas, que son: la necesidad de aprobación, perfeccionismo, condenación, catastrofismo, controlabilidad e influencia del pasado, asimismo redujo el número de ítems a 65, además modificó la pregunta 24 por un error en la transcripción, además modificó la opción de respuesta a verdadero y falso, debido a que se ajusta más al contexto. (Guzmán, 2009, citado por Gonzales, 2021).

Validez y confiabilidad

Guzmán (2009, citado por Anicama, 2016) indica que la validez ha sido reconocida por el criterio de 6 jueces, al obtenerse un Coeficiente V de Aiken para las 6 subescalas fluctuantes entre 0.92 y 0.98 y para la prueba completa de 0.95, sus ítems tienen consistencia y guardan relación con la variable a medirse. Su confiabilidad, también, tras aplicarse a una muestra en Lima se obtuvo un alfa de Crombach de 0.61; el instrumento adecuado para medir variables de esta naturaleza y para su uso en la investigación.

2.5.3 Evaluación Psicológica (historia psicológica-Problema Actual-Desarrollo cronológico del problema-Historia personal -Historia familiar)

Paciente adulta de sexo femenino, presenta un desarrollo físico correspondiente a su edad cronológica, muestra un adecuado cuidado y aseo personal, es de contextura mediana con un peso aproximado de 56 kilos y una talla de 1.55 cm., tez trigueña, cabello largo y negro.

La paciente se encuentra lúcida, está orientada en sus tres esferas. Su nivel de atención y concentración, conservadas, así como su memoria remota, cuando recuerda hechos pasados.

La expresión facial denotaba tristeza, intranquilidad. Durante la entrevista presento algunos signos de ansiedad como: tocarse la cara, mover sus manos, desviar su mirada, además, expresiones de llanto, silencios; verbalizando de manera reiterativa “discúlpeme”. El contacto visual con el entrevistador tiende a ser evasivo, con la mirada hacia abajo y sus hombros ligeramente encogidos. Durante su relato, su tono de voz disminuye e irrumpe en llanto al relatar los hechos de maltrato sufrido por parte de su pareja y expresa “cuando está molesto, explota con gritos y groserías, a pesar que le digo que no nos trate así, no hace caso.”

Respecto a su lenguaje, es coherente, fluido y su memoria conservada. Su estado de ánimo es intranquilo, con una percepción de ser incapaz, repitiendo “a veces, pienso no puedo sacar adelante a mis hijos, quisiera irme con mis hijos, pero no puedo, estoy esperando juntar

dinero para tener un lugar donde vivir”, sentimientos de culpa, por no poder evitar los hechos de violencia física y psicológica ejercido por la pareja hacia sus hijos y hacia ella.

El contenido y curso de su pensamiento es adecuado, comprende las indicaciones y colabora.

Motivo de consulta

La usuaria asiste a consulta psicológica, sola refiriendo: «Tengo problemas con mi expareja, siempre está celándome, me insulta y me dice: “coqueta de mierda, pendeja”, “si no quieres ser mi mujer mejor te vas de la casa”. Cuando entra a mi cuarto echa llave, me presiona para tener relaciones, me dice: “tú eres mi mujer, cualquier rato te puedo obligar a cumplirme, si quieres seguir viviendo en esta casa me tienes que atender”, yo le digo que no quiero, se molesta y grita: “tú estás mal, eres mala, no me consideras”; yo para evitar escucharle, a veces, opto escaparme de mi cuarto. Dice él que si me voy de la casa pierdo todo, que va a matarme si me ve con otro; él es muy celoso, constantemente me controla mañana, tarde y noche. Quiero tranquilidad, no vivir presionada».

Presentación actual del problema

Isabel de 38 años refiere una convivencia de alrededor de 20 años. Desde que inició su relación presentaron dificultades por temas de celos, desconfianza e infidelidad por parte del papá de sus hijos, así como conductas de control, restricciones, malos tratos ejercidos hacia ella y sus hijos. Situación que hizo que Isabel se alejara de su pareja.

Refiere después de una separación por el mal trato que me daba en casa, regrese de Huánuco en agosto del 2020 por mis hijos, él me dijo que había cambiado y que no me presionaría. Sin embargo, hace cuatro días me forzó que lo atiende, me insistía tener relaciones sexuales, “atiéndeme”, yo me negué, se molestó, y me respondió: “si no quieres te irás a vivir a otro lado, me buscaré a otra mujer y seré feliz; si quieres puedes irte de la casa, pero dejas a mis hijos”. Ocasionándole tristeza (9/10) y cólera (7/10).

Refiere “A veces dudo de mí cuando me niego a sus órdenes, otras veces digo basta, pero no puedo, siempre me hostiga, parece que él tiene mucha inseguridad, es violento y hasta en la justicia me hace dudar cuando le escucho decir: “aunque me denuncies yo siempre saldré ganando, diré que la relación ha sido consentida”. Cuando se amarga explota y grita con groserías, nos critica, insulta a mis hijos y a mí.

Hace año y medio no tenemos relaciones sexuales, no estamos como pareja, pero vivimos bajo el mismo techo; por mis hijos, he regresado porque no quiero que vivan sin su madre, siento que debo cuidarlos de su padre y estoy ahí. Duermo en una habitación sola para mí. Cuando le explico que no quiero regresar como pareja, él se amarga y me grita “será por alguien que no quieres estar conmigo,” “estás vieja, así nadie te va a querer”. Cuando le escucho hablar así, siento mucha tristeza (10/10), culpa (8/10) y cólera (7/10) y pienso “algo malo hice para merecer este castigo”, “¿por qué tengo que sufrir así?”. Hay días (4/7) que no tengo ganas de ir a trabajar, solo de llorar, amezco con fuertes dolores de cabeza que solo quiero estar tirada en mi cama, al rato, me siento intranquila pensando “si me paso algo a mí, que será de mis hijos”, “con este hombre nada bueno puedo esperar”, refiere ansiedad (8/10) con sensación de falta de aire, palpitaciones y sensación de mareos.

Me preocupo mucho y pienso que algo malo puede pasarles a mis hijos, expresa nuevamente “si me pasa algo a mí”, “tengo que buscar ayuda, ya no puedo más, porque no me voy de una vez con mis hijos, pero, si no tengo dinero como los mantendré”, sintiendo ansiedad (7/10) y tristeza (10/10), con sensación de falta de aire, sensación de temblor de manos, cefalea y sentimientos de culpa (7/10) por no poder evitar las agresiones físicas y psicológicas que reciben sus hijos y ella, por parte de su pareja.

Respecto a cómo se percibe ella frente al problema, responde “pienso, no soy lo suficiente madre, no los estoy protegiendo”, “soy muy débil”. La evaluada, se desvaloriza y minimiza sus recursos para afrontar situaciones.

Cuando hablo por celular con mis clientes o con mis familiares, se amarga y me reclama con gritos y lisuras “eres una pendeja,” coqueta de mierda” seguro estas conversando con otro; dejo de atender el teléfono lo más pronto y me siento mal, pienso siempre me hostiga, no puedo salir adelante, siento mucha cólera (7/10) y tristeza (8/10) que mi voz se apaga; en otras ocasiones, le grito fuerte déjame en paz, basta, pero no escucha. Estas situaciones, refiere, se repiten casi a diario que hacen se sienta intranquila.

Isabel relata “a veces dudo, creo que no puedo más, siempre me hostiga cuando me dice “aunque me denuncies yo siempre saldré ganando, diré que la relación ha sido consentida”, siento temor (8/10), ansiedad (7/10) y tristeza (9/10) y pienso él es violento y tiene poder, tiene plata para comprar la justicia. “no puedo, él es más fuerte, haga lo que haga yo, el siempre gana” “hasta cuando Dios soportaré, hasta cuando sufriré”. Cuando se amarga explota, nos grita groserías, critica y nos descalifica “eres una bruta” me dice, o nos insulta “son unas basuras”. Quiero que no me trate mal delante de mis hijos, pienso mucho que no puedo lograr tranquilidad para mi familia, tengo temor que me eche, sintiendo ansiedad (8/10) experimentando sensaciones de falta de aire, mareos y temblor de manos.

Antecedentes

La evaluada refiere: «Nos conocimos hace 20 años. Los primeros años cuando le dije que quería ir al entierro de mi papá, pensé que iba conmigo porque me quiere, para consolarme, pero fue más para cuidarme, cada momento quería que esté con él. Desde el principio de la relación él no tenía confianza en mí, me decía: “no quiero que tengas amigos, nada, yo soy todo para ti”; yo pensaba que era amor, que me quiere. Yo tenía en serio la relación es para toda la vida. Escuchaba a mis padres decir que si uno se compromete con alguien es para toda la vida, pensaba una relación son de amigos, que tu pareja es casi como un ángel que te ayudará para toda la vida. Él me decía: “yo solo te quiero porque te pareces a una ex enamorada”, y yo sentía tristeza (7/10), tenía vergüenza (7/10) y temor (8/10) que me deje, me sentía poca cosa,

que no era lo suficientemente mujer para él, que era poca mujer. Hace año y medio no estamos como pareja, pero vivimos bajo el mismo techo; por mis hijos estoy ahí. Quiere que seamos nuevamente pareja, yo le digo que no quiero y me responde: “tú quieres terminar conmigo por alguien, estás vieja, así nadie te va a querer”.

A veces pienso por qué no me voy de una vez con mis hijos, pero no tengo dinero para mantenerlos y me desanimo. Dudo de mí cuando me niego a sus órdenes y pienso que le hago daño, que soy mala porque lo estoy rechazando o cuando me dice que no lo considero, que no lo cuido porque está enfermo y constantemente, me repite “si quieres te vas, pero dejaras a mis hijos. Siento culpa (7/10), temor (8/10) y tristeza (9/10). Quiero que no me trate mal delante de mis hijos».

Historia personal y familiar

Desarrollo inicial:

Cuando la madre salió embarazada de Isabel, sus padres se sintieron contentos, pues era la primera hija, aunque su padre deseó que fuera varón, refiere, y el embarazo transcurrió normal y fue atendida en el hospital de Huánuco. El desarrollo psicomotor de la evaluada estuvo acorde a su edad.

Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia

La paciente refiere de niña no tenía muchas amistades, señala que era “muy tranquila y obediente”. Presentaba cierto temor salir sola, pero solía hacerlo con su madre y sus hermanos. Cuando tenía dificultades con sus compañeras de escuela, prefería no contar a nadie, en general solía ser reservada. Al retornar a la escuela al día siguiente, se alejaba de las niñas que le molestaban, buscaba a unas de sus pocas amigas con quien pasaba durante el tiempo del recreo. Cuando la molestaban sus compañeras de escuela o algún miembro de su familia, solía encerrarse en su cuarto y llorar, esta conducta se presentaba incluso durante su adolescencia. Recuerda no salía mucho de niña.

Actitudes de los padres frente a la niña

Los padres de Isabel empleaban el castigo físico como corrector. Refiere que su padre era autoritario, estricto. Su madre era impulsiva, a veces explotaba y utilizaba la amenaza para lograr que la obedezcan sus hijos. Por otro lado, cuando ella se sentía resentida por algún incidente en casa con sus familiares, por el castigo físico o llamadas de atención, su padre era quien iniciaba la conversación y para aliviar el malestar de Isabel le ofrecía algún presente con lo que quedaba solucionado su resentimiento.

Niñez y adolescencias

Su niñez y adolescencia trascurrieron en el seno de una familia estructurada con un nivel socioeconómico medio bajo. Destaca que su padre utilizó un estilo de crianza autoritario, haciendo uso del castigo físico contra ella y sus hermanos. Define a su madre de carácter fuerte, explosivo, con un estilo correctivo basado en la amenaza, representando el principal papel cuidador. Respecto a sus hermanos, la relación siempre fue satisfactoria. Tenía mayor confianza con su madre, pero recuerda su padre le llenaba de regalos, pero también era estricto cuando le llamaba la atención.

A los 8 años de edad Isabel tenía temor de salir de casa sola, prefería ir con sus hermanas o con su madre. A esta edad, también refiere sufrió abuso sexual por parte de su tío paterno en circunstancias en que sus padres solían festejar bebiendo y se reunían la mayoría de sus familiares en su casa. Isabel a su corta edad no entendía lo que le pasaba, tenía temor y culpa por lo que no pudo contárselo a sus padres.

A los 16 años le invitaron por primera vez, a una reunión social, sus padres en casa no lo tomaron con agrado, aduciendo que podía pasarle algo malo, que dedicara a estudiar en vez de eso. Ella refiere que dudaba por unos momentos, quería ir y después se decía “no, mis padres se pueden molestar, “pero no tengo muchas amigas, me sentiré mal” optando por quedarse en su cuarto, y, a veces llorar.

En el ámbito social se considera una persona tranquila, reservada. Su círculo de amistades es limitado.

No refiere consumo problemático de sustancias, ni antecedentes delictivos, pero sí antecedentes de abuso sexual a los 8 años por parte de su tío.

Salud: la evaluada no refiere antecedentes psicopatológicos familiares y encontrarse bien de salud.

Educación: Refiere su rendimiento durante la primaria y secundaria fue bueno.

Etapa de enamoramiento: A los 19 años, conoció al padre de sus hijos, se enamoró por primera vez y tenía temor de decirles a sus padres por lo que se veían a escondidas. En esta época Isabel empieza a trabajar en un restaurant ayudando en la cocina, a partir de ahí refiere sintió que era importante trabajar y tener sus propios ingresos. Pero también, solía apoyar en su casa. Cuando les dijo a sus padres que tenía un enamorado y les presentaría, ellos al inicio se molestaron, pero aceptaron la relación y después de permanecer un año como enamorados, se casaron.

Recuerdo que él era muy atento conmigo cuidaba mucho, todas las veces solía esperarme a la salida de mi trabajo, me sentía acompañada y atendida. Eso resulto satisfactorio para ella, “me sentía segura y protegida”.

Relación de pareja

La paciente expresa al inicio, antes de conocer al padre de mis hijos, yo quería salir de mi casa, hacer mi propia vida. Cuando empezamos a convivir no fue fácil, sentía miedo de esta nueva experiencia.

Cuando se embarazó de su primera hija, se sentía muy feliz, y también, que la visitaran sus padres y hermanos, pero cada vez que sucedía, refiere, su esposo reaccionaba muy molesto

“decía, no deberían venir tus familiares, porque ya tenía una pareja, me tienes a mí y que ahora, él era mi familia, que no necesitaba de mis familiares, que no me hacían falta”.

Al pasar algunos años Isabel recibe comentarios de sus vecinos sobre la conducta de su esposo, que lo veían caminar de la mano de su vecina. Lo que le hizo sentirse molesta y le reclamo, pero él lo negaba, y prefería confiar, hasta que descubrió que el mentía y la engaño muchas veces. Ante esto, Isabel sentía preocupación que se enteren sus vecinos y sus familiares, pensaba “si se enteran que mi marido me engaña, no seré bien vista” “dirán no fui capaz de llevar una relación” ... mis hermanos y madre, seguro me van a criticar”, si me separo “no quiero que sufran mis hijos sin padre”. Sintiendo tristeza (8/10), ansiedad (7/10), y temor (7/10) que la deje, decidiendo perdonarlo.

Comenta, además, que nunca tuvo buena relación con la familia de su expareja y en varias ocasiones tuvieron discusiones y peleas (con su suegra y su cuñada). Recuerda que la minimizaban con insultos, y con palabras hirientes decir que “yo no era mujer para su hijo, que su hijo no merecía una mujer como yo” refiere Isabel, en esos momentos, me sentía muy mal, “me preguntaba en que me equivoqué, para que me traten así”, sintiendo tristeza (8). Desde el inicio de nuestra relación siempre trataron de separarnos.

A la fecha que acude a consulta presenta dificultad para dormir, tristeza, sentimiento de culpa, ansiedad, deterioro de la autoestima, llanto frecuente, dificultad para respirar, fatiga, con desgano para levantarse, para ir a trabajar entre otros aspectos, ganas de llorar, siente que ya no es la misma.

Historia familiar

La paciente pertenece a una familia disfuncional, refiere estar separada del papá de sus cuatro hijos. La comunicación entre sus miembros no es adecuada. Suelen haber agresiones físicas y psicológicas ejercidas por la pareja.

Hijos: tiene cuatro, tres mujeres, cuyas edades son de 14, 15 y 19 años y un menor varón de 10 años.

Su expareja y padre de sus hijos es el Sr. J.V.L, quien no acepta la separación, se muestra celoso, controlador, agresivo, machista, no respeta las medidas de protección después de denunciarlo por violencia psicológica. Refiere encontrarse bien de salud, sin antecedentes psicopatológicos familiares.

Relaciones familiares

La relación de Isabel con el padre de sus hijos no es buena, se presenta constantes discusiones entre ellos, que llegan a insultos, humillaciones. Su expareja insiste en que retomen la relación de pareja, aunque Isabel no desea. Expresando sentirse presionada, controlada, en ocasiones, hostigada sexualmente. Por otro lado, la relación del padre con sus hijos no es saludable, por la presencia de discusiones y maltratos que recibían.

Refiere que su expareja la “desautoriza” delante de sus hijos, lo que genera en ella ansiedad (7/10). Señala “él es celoso, machista y no respeta las medidas de alejamiento”. Indica que sus hijos le tienen más confianza a ella. Por otro lado, Isabel mantiene fuertes vínculos afectivos con sus familiares (su madre y hermanos). Menciona “mis familiares me apoyan mucho, que sería de mi sin ello”, yo también me preocupo por ellos, quiero que estén bien.

2.5.4 Evaluación Psicométrica (Lista de chequeo/Escalas/Inventarios/ registros/ u otros test o pruebas psicológicas aplicados con su respectivo informe Psicológico)

Informe de depresión de Beck (BDI-II)

Datos de Filiación

- Nombre y apellidos : I.R.A.
- Edad : 38 años
- Sexo : Femenino

- Fecha de nacimiento: 5-11-1982
- Lugar de nacimiento: Huánuco
- Estado Civil : Casada
- Grado de Instrucción: Secundaria completa.
- Ocupación : Negociante.
- Fecha de evaluación: 05-05-2021

Motivo de evaluación

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

Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista y observación Psicológica.
- Inventario de Depresión de Beck

Resultados

La examinada obtuvo puntuaciones de 25.

Interpretación

El puntaje obtenido en esta prueba según la escala, corresponde a un nivel de depresión moderada, observándose una mayor intensidad en el área afectiva con características de sentir tristeza frecuentemente, culpa por no poder proteger a sus hijos, por sentirse débil, desánimo para cumplir sus actividades en casa, pesimismo respecto a las mejorar del clima en el hogar. A nivel cognitivo, pensamiento distorsionado como catastrofismo asociado a peligro, percepción de incapacidad para salir adelante, reproches hacia si misma por recibir maltrato, desvalorizándose como madre y mujer.

En lo conductual, presenta llanto frecuente, se despierta en las noches, fatiga, prefiriendo estar la mayor parte del día echada, en su cuarto y con desgano para ir a trabajar.

Conclusión

Se identifica indicadores de depresión moderada por más de dos semanas, fatigabilidad y desgano para cumplir actividades cotidianas dentro y fuera de casa como trabajar, tristeza profunda con pensamientos de peligro, temor y culpa, visión negativa sobre las personas, situaciones y sobre sí misma que interfieren en la toma de decisiones y solución de sus problemas.

Recomendaciones

Integrarse a un programa de control de emociones.

Informe del Registro de Opiniones Forma A (REGOPINA)

Datos de Filiación

- Nombre y apellidos : I.R. A.
- Edad : 38 años
- Sexo : Femenino
- Fecha de nacimiento : 5-11-1982
- Lugar de nacimiento : Huánuco
- Estado Civil : Casada
- Grado de Instrucción : Secundaria completa
- Ocupación : Comerciante.
- Fecha de evaluación : 12-05-2021

Motivo de evaluación

- Identificación de creencias irracionales

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación y Entrevista Psicológica.
- Registro de Opiniones Forma A

Análisis de los Resultados

La examinada presenta los siguientes esquemas de pensamiento:

Primera creencia irracional: “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para cada uno”, cuando piensa:

“... yo me sentía poca cosa pensando que no soy lo suficientemente mujer para él”.

“... no me gustaba hablar mucho, tenía miedo, vergüenza de que se burlaran de mí”.

“... algo malo hice para merecer este castigo”, “... ¿por qué tengo que sufrir así?”.

Segunda creencia irracional: “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”, cuando piensa:

“... seguro me van a criticar “, “no seré bien vista por mis vecinos”, “... comentaran que no fui capaz de llevar una relación, que no supe retener al marido”.

“... a veces, pienso no puedo sacar adelante a mis hijos, quisiera irme con mis hijos, pero no puedo, estoy esperando juntar dinero para tener un lugar donde vivir”.

Tercera creencia irracional: “Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen”. Refiere:

“... algo malo hice para merecer este castigo”, “¿por qué tengo que sufrir así?”

“Que hice mal para que me traten así”, son malas, no me quieren”. “Desde el inicio de nuestra relación, siempre trataron de separarnos” ... “es horrible sentirse así, porque tengo que pasar esto, no debería ser así”.

Cuarta creencia irracional: “Si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir Terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra”. Cuando piensa:

“Si me paso algo a mí, que será de mis hijos, con este hombre nada bueno puedo esperar”.

... “algo malo puede pasarles a mis hijos”, ... “tengo que buscar ayuda, ya no puedo más”.

“A veces dudo, otras veces digo basta, pero no puedo, siempre me hostiga, parece que él tiene mucha inseguridad, es violento y hasta en la justicia me hace dudar”.

Quinta creencia: Necesito tener a alguien a mi lado para sentirme segura” Cuando refiere:

“... a veces pienso por qué no me voy de una vez con mis hijos, pero no tengo dinero para mantenerlos y me desanimo”.

“... las parejas son como amigos, él es casi como un ángel que te ayudara para toda la vida”

“...a veces dudo de mí pensando: no puedo, siempre me hostiga”.

“cuando se molesta explota con gritos y groserías, a pesar que le digo que no nos trate así, no hace caso.”

“... soy muy débil”, “no soy lo suficiente madre”, “no los estoy protegiéndolos”.

“él es violento y tiene poder, tiene plata para comprar la justicia”, “... no puedo, él es más fuerte, haga lo que haga yo, el siempre gana”, “hasta cuando Dios soporte, hasta cuando sufriré”.

“... no puedo lograr la tranquilidad para mi familia”.

Las creencias irracionales detectadas influyen bastante en la vida de la paciente lo que interfiere en su desenvolvimiento personal, social, familiar y sexual. Estas dirigen la visión de sí misma evaluándose disminuida en sus capacidades, débil y con necesidad de apoyo de los demás. Por otro lado, se exige ser competente, eficaz, sin aceptar la posibilidad de errar, se compara y espera la aprobación de los demás para reafirmarse como persona valiosa e importante; percibiéndose carente de recurso para afrontar las adversidades, poco tolerante consigo misma y con los demás. Las creencias de sentirse en peligro la hacen sentirse ansiosa, insegura y con necesidad de sentirse protegida.

Conclusión

Se identificaron en la paciente, creencias irracionales que están afectando de manera importante el buen desenvolvimiento de sus actividades diarias, en diferentes áreas de su vida personal, familiar, sexual y social.

Recomendaciones

Se recomienda una intervención cognitiva conductual para corregir las creencias irracionales y sus pensamientos distorsionados.

2.5.5. Informe psicológico Integrador (análisis e interpretación de los resultados de la evaluación psicológica, presunción diagnóstica (Diagnóstico Funcional: Lista de Conducta/ Análisis funcional y Diagnóstico Cognitivo Diagnostico tradicional: (DSMV/CIE10) y recomendaciones para el Usuario y Familia

Análisis e interpretación de los resultados de la evaluación psicológica, conclusión diagnóstica y recomendaciones.

Luego de la evaluación psicológica se llegaron a los siguientes resultados:

En el área cognitiva: Se encuentra en una categoría mental promedio, sus capacidades cognitivas se encuentran conservadas, asimismo recuerda hechos de violencia pasados, percibe el maltrato hacia sus hijos por parte de su pareja y padre de sus hijos sintiéndose frustrada y con sentimientos de culpa por no evitarlo. Se percibe incapaz de salir adelante, con pensamientos que resaltan que los hechos pasados pueden determinar su presente y futuro, generándose expectativas del futuro desfavorables.

En el área de Personalidad: Refleja como características en su persona ser dependiente emocionalmente, inmadurez, presta atención a las críticas u opiniones que pueda recibir de los demás en especial de sus familiares y su pareja, esperando la aprobación y el refuerzo social de los mismos para poder apreciarse y valorarse. En ocasiones denota

pesimismo, actitud de evasión para tomar decisiones, solucionar los problemas y asumir responsabilidad sobre sus hijos y su propia vida.

En el área percepto-motora: Durante la evaluación, en la examinada no se aprecian indicadores de alteraciones perceptuales, motoras ni conductuales que puedan estar asociadas a una patología orgánica cerebral.

En el área emocional: Durante el proceso de evaluación, reflejo indicadores de ánimo depresivo y ansioso caracterizados por sensación de temor y preocupación por sus hijos, por ella misma y por sus familiares, tristeza al percibirse como débil y sensible porque llora la mayor del tiempo, tiene desgano para levantarse y poco interés para cumplir sus actividades cotidianas, exigiéndose, se angustia pensando situaciones de peligro o daños como que le quiten a sus hijos, la echen de la casa, que su salud se quebrante experimentado reacciones psicósomáticas de tensión muscular, cefaleas, alteraciones del sueño, fatigabilidad.

En el área conductual: La evaluada se muestra comunicativa, tiende a exponer los hechos de violencia pasados y presentes.

Área de la dinámica familiar: Pertenece a una familia desestructurada, la dinámica familiar es disfuncional, con patrones de comunicación agresivos dentro del grupo familiar. Actualmente, la examinada vive con sus hijos y su expareja (padre de sus hijos). En el área laboral, la actividad es común en ellos, trabajan juntos y los gastos de manteniendo en el hogar es compartida por ambos.

Diagnóstico Psicológico

Tabla 1

Criterios según el DSM V para el Trastorno de Depresión

Trastorno del humor persistente causado por el efecto fisiológico directo de una condición médica general. Subtipos	
I. Con síntomas depresivos: humor deprimido, pero no existen todos los criterios para un episodio depresivo mayor	
II. Con episodios depresivos mayores	
A.	Al menos cinco de los siguientes síntomas deben presentarse durante un período mínimo de dos semanas. Al menos uno de los síntomas debe ser humor deprimido o pérdida de interés o placer
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humor deprimido la mayor parte del día ▪ Disminución marcada del interés o del placer ▪ Pérdida de peso o ganancia ponderal significativa ▪ Insomnio o hipersomnio ▪ Agitación psicomotora o retraso psicomotor ▪ Fatiga o pérdida de energía ▪ Sentimientos de minusvalía, o de culpa inapropiada o excesiva ▪ Habilidad para pensar o concentrarse disminuidas ▪ Pensamientos recurrentes de muerte
B.	Afectación de la función social, laboral o de otro tipo
C.	Ausencia de pérdida o privación
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con manifestaciones maníacas: el humor predominante es eufórico o irritable ▪ Con manifestaciones y síntomas mixtos de manía y depresión, pero sin predominio de ninguno de ellos

Fuente: Carod-Artal, F. J. (2006). Depresión Postictus (I). Epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo

Tabla 2*Criterios de un episodio depresivo según CIE - 10*

A.	El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
B.	El episodio depresivo no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C.	Síndrome Somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras. ▪ Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. ▪ Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. ▪ Empeoramiento matutino del humor depresivo. ▪ Presencia de enlentecimiento motor o agitación. ▪ Pérdida marcada del apetito. ▪ Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes. ▪ Notable disminución del interés sexual.

Fuente: Adaptado de OMS, por Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. (2018)

Tabla 3*Criterios de Gravedad de un Episodio Depresivo según la CIE - 10, presentación sintomática según la edad*

A. Criterios generales para un episodio depresivo	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. ▪ El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. 	
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:	
<i>Adultos</i>	<i>Niños y adolescentes</i>
Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas	El humor puede ser triste, depresible o irritable Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. La reactividad al ambiente puede ser mayor en niños y adolescentes que en adultos. En adolescentes mayores el trastorno del ánimo puede ser similar a los adultos.
Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.	La pérdida de interés puede ser en el juego, en el ocio en general o en las actividades escolares.
Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.	La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga
C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:	
Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad	Similar a los adultos
Reproches desproporcionados hacia sí mismo y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.	Los niños pueden presentar auto desvalorización
Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida	Indicios no verbales de conductas suicidas, incluido comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y gestos “autolesivos

Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.	<i>Los problemas de la atención y concentración pueden mostrarse con problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.</i>
Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.	<i>Junto al cambio del estado de ánimo, puede observarse comportamiento hiperactivo</i>
Alteraciones del sueño o de cualquier tipo.	<i>Similar a los adultos.</i>
Cambios de apetito (disminución o aumento) con la modificación del peso	<i>Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlos.</i>

D. Puede haber o no síndrome somático

Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.

Episodio depresivo leve: están presentes dos otros síntomas del criterio B. Las personas con un episodio leve probablemente estarán aptas para continuar con sus actividades.

Episodio Moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. Las personas con una depresión moderada probablemente tendrán dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. (2018)

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado.

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:

- Ánimo depresivo.

- Pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar.
- Aumento de la fatigabilidad.

(Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia, 2018)

Tabla 4

Diagnóstico funcional de las conductas problema

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Llorar cuando se encuentra sola, acompañado de pensamiento de auto reproche ▪ Encerrarse en su cuarto. ▪ Estar echada en su cama. ▪ Ansiedad por pensamientos de peligro. ▪ Evita ir a trabajar. ▪ Vergüenza cuando recibe críticas negativas. ▪ Despertarse en la noche. ▪ Autoconcepto negativo. Baja autoestima ▪ Irritabilidad y tensión general ▪ Ansiedad 8/10, Tristeza 10/10, Culpa 7/10, Vergüenza 7/10, Cólera 7/10 y Temor 8/10. ▪ Llanto, cefalea, palpitaciones, falta de aire, temblor de manos, mareos, sensación de desmayo, escalofríos, y disminución del apetito. ▪ Pensamientos de: ▪ “él es violento y tiene poder, tiene plata para comprar la justicia”, “... no puedo, él es más fuerte, haga lo que haga yo, el siempre gana”, “hasta cuando Dios soportare, hasta cuando sufriré”. ▪ “... soy muy débil”, “no soy lo suficiente madre”, “no los estoy protegiéndolos”. ▪ “... no puedo lograr la tranquilidad para mi familia”. ▪ “... a veces dudo de mí pensando: no puedo, siempre me hostiga”. ▪ “sí me paso algo a mí, que será de mis hijos, con este hombre nada bueno puedo esperar”. ▪ ... “algo malo puede pasarles a mis hijos” ... “tengo que buscar ayuda, ya no puedo más”. ▪ “... algo malo hice para merecer este castigo,” ¿por qué tengo que sufrir así?” ▪ “A veces dudo, otras veces digo basta, pero no puedo, siempre me hostiga, parece que él tiene mucha inseguridad, es violento y hasta en la justicia me hace dudar”. ▪ “... seguro me van a criticar “, “no seré bien vista por mis vecinos”, “... comentaran que no fui capaz de llevar una relación, que no supe retener al marido”. ▪ “... yo me sentía poca cosa pensando que no soy lo suficientemente mujer para él”. ▪ “... no me gustaba hablar mucho, tenía miedo, vergüenza de que se burlaran de mí”. ▪ “... algo malo hice para merecer este castigo”, “... ¿por qué tengo que sufrir así?” 	<ul style="list-style-type: none"> • Poca capacidad para expresar sentimientos. • Disminución de las habilidades para enfrentar el estrés. • Descenso de la capacidad de planificación. • Descenso de la capacidad de toma de decisiones y solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay sentimientos de autoestima. • escasa comunicación asertiva. • Ausencia de habilidades de planificación. • No habilidad para enfrentar el estrés. • Ausencia de recursos para gestionar sus emociones.

Tabla 5

Análisis funcional de las conductas problema

Estímulo discriminativo	Conducta	Estímulo reforzador
<p>Interno</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando piensa en todo lo malo que le puede ocurrir a ella y a sus hijos. ▪ Cuando se preocupa, piensa “si me pasa algo a mí”, “tengo que buscar ayuda, ya no puedo más” “porque no me voy de una vez con mis hijos, pero, si no tengo dinero como los mantendré”. ▪ Cuando piensa “no soy lo suficiente madre, no los estoy protegiendo”, “soy muy débil”. ▪ Pensando “con este hombre nada bueno puedo esperar”- ▪ “sí se enteran que mi marido me engaña”. <p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando la pareja se amarga y explota con gritos, descalificaciones e insultos. ▪ Cuando discute con su expareja, la presiona, le cela, la amenaza con echarla. ▪ Cuando le dice que no quiere regresar como pareja y se niega a sus órdenes, discuten y la amenaza con quitarle a sus hijos. ▪ Cuando le dice: ▪ “si no quieres te irás a vivir a otro lado, me buscaré a otra mujer y seré feliz; si quieres puedes irte de la casa, pero dejas a mis hijos”. ▪ Cuando su expareja la “desautoriza” delante de sus hijos. ▪ Cuando hablo por celular con mis clientes o con mis familiares, él se amarga y me reclama con gritos y lisuras. 	<p>Emocional:</p> <p>ansiedad 10/10, tristeza 10/10, vergüenza 7/10, cólera 7/10 y temor 8/10, sentimientos de culpa (710)</p> <p>Fisiológico:</p> <p>Llanto, dolor de cabeza, palpitaciones, mareos, sensación de desmayo, falta de aire, náuseas, temblor de manos,</p> <p>Cognitivo:</p> <p>“Algo malo hice para merecer este castigo”, “¿por qué tengo que sufrir así?”. “no puedo, siempre me hostiga, parece que él tiene mucha inseguridad, es violento y hasta en la justicia me hace dudar”.</p> <p>“No seré bien vista” “dirán no fui capaz de llevar una relación” ... mis hermanos y madre, seguro me van a criticar”, si me separo “no quiero que sufran mis hijos sin padre”.</p> <p>Motor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Refiere “Hay días que no tengo ganas de ir a trabajar, solo de llorar, amanezco con fuertes dolores de cabeza que solo quiero estar tirada en mi cama, al rato, me siento intranquila” ▪ Despertarse en la noche ▪ Encerrarse en su cuarto y llorar. ▪ Estar mucho tiempo echada en su cama. 	<p>Refuerzo externo:</p> <p>Irse a visitar a sus familiares, su madre y hermanos, quienes la escuchan y le apoyan moral y económicamente.</p> <p>Refuerzo interno:</p> <p>(pensamientos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Al llorar siento alivio” • “Si me voy no tendré que soportarlo” • “Aún no estoy lista para volver a trabajar” • “Aún no estoy lista para independizarme” • “Mis hermanos me ayudan” • “que haría sin ellos”.

Tabla 6*Análisis cognitivo*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Cuando la presiona y le dice “aunque me denuncies yo siempre saldré ganando, diré que la relación ha sido consentida”	“Él es violento y tiene poder, tiene plata para comprar la justicia”, “... no puedo, él es más fuerte, haga lo que haga yo, el siempre gana”, “hasta cuando Dios soporte, hasta cuando sufriré”.	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 7/10 • Temor 8/10 • Tristeza 9/10 • Encerrarse en el cuarto y llorar hasta quedarse dormida. Evita ir a trabajar.
Cuando se preocupa por no poder evitar las agresiones físicas y psicológicas que reciben sus hijos y ella, por parte del padre	“Soy muy débil”, “no soy lo suficiente madre”, “no los estoy protegiéndolos”. “... no puedo lograr la tranquilidad para mi familia”.	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 7/10 • Tristeza 10/10 • Culpa 7/10
Cuando hablo por celular con mis clientes o con mis familiares, se amarga y me reclama con gritos y lisuras	“A veces dudo de mí y pienso siempre me hostiga, no puedo salir adelante”	<ul style="list-style-type: none"> • Cólera 7/10 • Tristeza 8/10 • Dejo de atender el teléfono. Le grito
Cuando se niega y le explica que no quiere regresar como pareja, discuten, él se amarga, la insulta y la amenaza.	“Si me pasa algo a mí, que será de mis hijos, con este hombre nada bueno puedo esperar”.... “algo malo puede pasarles a mis hijos” ... “tengo que buscar ayuda, ya no puedo más”. “Algo malo hice para merecer este castigo,” ¿por qué tengo que sufrir así?”.	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza 10/10 • Culpa 8/10 • Cólera 7/10 • Ansiedad 8/10 • Evita ir a trabajar, llora, quiere estar echada en la cama, con sensación de falta de aire, mareos, palpitaciones, cefalea.
Cuando a los días de su regreso de Huánuco, la forzó para tener relaciones sexuales, a pesar que le dijo que no la presionaría, y ella se negó. Recibiendo insultos y amenazas.	“A veces dudo de mí cuando me niego a sus órdenes, otras veces digo basta, pero no puedo, siempre me hostiga, parece que él tiene mucha inseguridad, es violento y hasta en la justicia me hace dudar.”	<ul style="list-style-type: none"> • Triste 9/10 • Cólera 7/10 • Se encierra en su cuarto a llorar. Evita ir a trabajar.

Cuando se enteró que le engañaba, sintió preocupación que sus vecinos y familiares se enteren	“Mi madre y mis hermanos seguro me van a criticar “, “no seré bien vista por mis vecinos”, “... comentaran que no fui capaz de llevar una relación, que no supe retener al marido”. “no quiero que mis hijos crezcan sin padre. “	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza 8/10 • Ansiedad 7/10 • Temor 7/10 • Opta por perdonarlo
Recordando que no se llevaba bien con los familiares de su pareja, que discutían y la insultaban	“Me preguntaba en que me equivoqué, para que me traten así”.	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza 8/10
Él me decía: “yo solo te quiero porque te pareces a una ex enamorada”.	“Me sentía poca cosa, que no era lo suficientemente mujer para él, que era poca mujer.”	<ul style="list-style-type: none"> • Vergüenza 7/10 • Tristeza 7/10 • Temor 8/10

Conclusiones

De acuerdo a los resultados de la entrevista y uso de técnicas e instrumentos psicológicos: Isabel se encuentra lúcida y orientada en sus tres esferas, no presenta signos de lesión ni disfunción cerebral; capacidad intelectual dentro de lo esperado. La visión de sí misma y de su entorno es negativa presentando baja autoestima, dependencia, es sensible a las críticas, con necesidad de aprobación y refuerzo, pensamientos de peligro. Su desempeño se vio afectado, por el temor e inseguridad, en algunas áreas de su vida que tienen que ver con el cuidado y la protección de sus hijos y de sí misma, la desmotivación para realizar actividades cotidianas dentro y fuera de casa, pensamiento de mejor no vivir, de peligro y amenaza, dificultad para tomar decisiones y asumir compromiso, tristeza marcada y algunos síntomas psicósomáticos como tensión muscular, interrupción del sueño, sofocación, los cuales, reflejan un cuadro de Depresión Moderada según CIE10. (Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia, 2018).

Recomendaciones

- Terapia Psicológica individual con enfoque en Psicoterapia Cognitiva conductual para la reestructuración de sus patrones de creencias irracionales.
- Ejercicios de Relajación.
- Ejercicios de Respiración.
- Prácticas de técnicas seguidas en casa.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Intervención psicológica a nivel familiar acorde a las necesidades de sus integrantes.

2.6 Intervención terapéutica

Objetivos

Generales

Aplicar la Terapia Cognitiva Conductual en una mujer con depresión víctima de violencia de pareja.

Específicos

- Medir el nivel de depresión en una mujer víctima de violencia por su pareja antes y después de la intervención terapéutica.
- Psico educar a la paciente sobre el modelo cognitivo conductual de la depresión.
- Modificar las distorsiones cognitivas y creencias irracionales en una mujer víctima de violencia por su pareja a través de las técnicas de reestructuración cognitiva.
- Disminuir los niveles de tensión emocional a través de la terapia de relajación sistemática de Jacobson.
- Modificar pensamientos intrusivos de corte depresivo a través de la técnica de detención de pensamientos.
- Regular las emociones negativas a través de la técnica de auto instrucciones.

2.6.1 Plan de intervención y calendarización (Sesión -Fecha- Duración- Periodicidad- Participantes- Técnicas de tratamiento)

Se presentaron las sesiones terapéuticas, trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, con técnicas y actividades, adaptadas al caso clínico abordado. Asimismo, se describieron cada uno de los instrumentos, con sus respectivas técnicas de evaluación pertinentes utilizados en el estudio. El tratamiento se prolongó a lo largo de 12 sesiones, cada una con 50-60 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 terapia tuvo una duración aproximada de tres meses, desde la primera sesión hasta la evaluación final. Las sesiones estuvieron divididas entre la evaluación pretratamiento, proceso de evaluación psicológica (Historia psicológica, problema actual, desarrollo cronológico del problema, historia personal), la evaluación psicométrica y diagnóstico en sus diversas modalidades, la intervención propiamente dicha y evaluación post tratamiento. Estos procedimientos y actividades fueron registradas en tablas estadísticas de frecuencia e intensidad.

Tabla 7

Calendarización de las sesiones de intervención 2021

Sesiones	Mayo	Junio	Julio
S1- S4	05,12,19,26		
S5- S9		02,09,16,23,30	
S10- S12			07,14,21

2.6.2 Programa de intervención (Objetivos- Sesiones terapéutica- técnicas- actividades)

Tabla 8

Sesión 1: Apertura de las sesiones de las intervenciones en el programa cognitivo conductual

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Presentación del programa.	Se da la bienvenida.	Establecer el rapport y las reglas para las sesiones de terapia.	<ul style="list-style-type: none"> Se le dio la bienvenida a la primera sesión de terapia. 		5'	
	Acuerdos	Establecer horario semanal de las sesiones y las reglas de las mismas	<ul style="list-style-type: none"> Se fijaron los días miércoles a las 9am para las sesiones. apagar celular durante la sesión. cumplir con las tareas y ejercicios que se dejen para la semana 	<ul style="list-style-type: none"> hojas bond lapiceros 	5'	Se firmó el consentimiento informado.
	Conceptualización del caso.	Identificar los síntomas y listado de conductas problemas. Elaborar la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> Se inicia la entrevista y observación conductual, obteniendo información del motivo de consulta. Se motivó a compartir sus vivencias. Identificamos los síntomas aplicando el listado de conductas, emociones, pensamientos y aplicación de técnicas e instrumentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Técnicas e instrumentos psicológico. Inventario de Beck. 	35'	
	Desarrollo preliminar	Compartir conocimientos sobre depresión.	Reducir el nivel de incertidumbre. Dar respuesta a las preguntas que perturban a la paciente como: ¿qué es lo que me pasa?, ¿Por qué me siento así? ¿me estoy volviendo loca?, ¿tiene "solución"?	<ul style="list-style-type: none"> Se conversó sobre el tema, con palabras sencillas para aclarar sus dudas, preguntas y se explica cómo afecta en su vida y la limita en su desempeño. 	<ul style="list-style-type: none"> Uso de casos comunes como ejemplos. pizarra Uso de Rota folios. en 4 minutos. (Fuente: material sobre depresión -Minsa) 	15'
Final	Resumen	Reforzar la información brindada Psicoeducación	Preguntas sencillas y cortas sobre lo conversado en la sesión.		10'	

Tabla 9*Reconociendo los síntomas y conductas desadaptativas.*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
	Compartiendo conocimientos	Explicarle lo que es la terapia cognitiva conductual.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se recalcó en la influencia que tienen los pensamientos sobre las emociones y el comportamiento. ▪ Se tomó como referencia la información obtenida en la entrevista, para que mediante ejemplos descubra situaciones en las que experimenta malestar a causa de sus pensamientos. 		15'	
Desarrollo preliminar	conceptualización del caso.	Identificar los síntomas y conductas desadaptativas. Registro de pensamientos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se continua la entrevista psicológica y observación conductual y aplicación de instrumentos psicológicos. ▪ Se entrena en el registro de pensamientos negativos. ▪ Se indica registrar evaluaciones negativas durante la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación de instrumentos psicológicos. ▪ Hojas bond ▪ Lapiceros. ▪ Registro ABC. ▪ Registro de opiniones Forma A. 	40'	
		Reforzar la información brindada Psicoeducación	<p>Preguntas sencillas y cortas sobre lo conversado en la sesión.</p> <p>Se le brinda orientación y consejería sobre los síntomas identificados.</p>	Procesamiento de datos	5'	

Tabla 10

Sesión 3: Etapa de entrenamiento en técnicas de respiración y relajación

Etapa	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve resumen de los conceptos.	Consolidar los conocimientos del trastorno depresivo y de la terapia cognitiva conductual.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con ayuda de una figura de una persona con depresión se le pidió que vaya colocando las características que recuerde y tratara de darle un concepto con sus propias palabras. ▪ Se pregunta que recuerda sobre terapia cognitiva conductual. 	Pizarra Lámina de persona depresiva Psico educación.	10'	
Desarrollo central	Técnica de respiración diafragmática	Lograr el control voluntario de la respiración para que pueda realizarlo en cualquier momento, sobre todo en las situaciones de mayor tristeza o estrés.	Se le enseñó a dirigir el aire inspirado hacia la parte inferior y media de los pulmones.	Música relajante de fondo	15	Cada semana Presenta registro De relajación.
	Técnica de relajación muscular de Jacobson	Disminuir el nivel de tensión muscular, las respuestas fisiológicas y somáticas de la ansiedad	Introducción Manos Brazos hombros cuello espalda rostro abdomen pies.	Música relajante.	25	Practicar en casa 15' 3 veces al día.
		Reforzar la información Retroalimentación.	Preguntas sencillas sobre las técnicas aprendidas. Se devuelve información de los resultados de evaluación.		10' 5'	

Tabla 11*Sesión 4: Modificando creencias irracionales y distorsiones cognitivas que causan malestar*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Desarrollo central	Breve diálogo sobre las tareas realizadas.	Retroalimentación de lo aprendido en las sesiones.	Se revisa las actividades encargadas y los sucesos de la semana.		10'	
	Entrenamiento de las técnicas Cognitivas y conductuales	Identificar creencias irracionales y distorsiones cognitivas que causan malestar emocional.	Se explica la relación entre pensamiento (evaluación negativa) y el estado emocional.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnica Reestructuración cognitiva ▪ Pizarra ▪ Papel bond. ▪ Lapicero. 	35'	
			Se entrena en el uso del registro ABC a través de ejemplos prácticos.			
		Supervisión de la técnica de Respiración Diafragmática	Se explica importancia y objetivos del registro.		Se indica realizar la técnica de respiración en el consultorio, observándose expresión facial de tranquilidad y habla pausada.	
Reforzamiento de la técnica de respiración diafragmática	Que aprenda a monitorear sus pensamientos, emociones y conductas durante la semana.	Para casa, continuar con el registro ABC de pensamientos irracionales, durante la semana y seguir practicando la técnica de relajación.	5'			

Tabla 12*Sesión 5: Elaborando nuevos pensamientos adaptativos*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Breve dialogo sobre las tareas que se dejaron para practicar durante la semana.	Fortalecer la importancia que los practique diariamente. Reforzar la capacidad de la paciente para identificar los pensamientos, emociones y respuestas conductuales que se dan ante un evento activador.	Se realiza preguntas abiertas sobre la práctica semanal de la técnica de relajación. Se le pregunto si tuvo algún inconveniente para llenar las fichas de registro.		10´	Paciente entrega el registro de relajación. Proporciona: registro de pensamiento negativo registro de autorreproches
Desarrollo central	Reestructuración cognitiva a través de los principios A-B-C-D de la terapia racional emotiva conductual (TREC)	Identificar y cuestionar los pensamientos des adaptativos.	Primero anota las situaciones en que aparecían los pensamientos distorsionados y la emoción que lo acompañaba en términos de SUD, en una escala del 1 al 10. Así teníamos el A-B-C y posteriormente pasamos a debatirlas (D) teniendo el siguiente esquema: Preguntas aclaratorias Preguntas acerca de un tema Preguntas en torno a supuestos Preguntas sobre la evidencia o razón Preguntas respecto al origen o fuentes Preguntas respecto a implicaciones y consecuencias Preguntas respecto a puntos de vista	fichas: trabajando con el método A-B-C-D. Aprende a debatir tus pensamientos: “reestructuración cognitiva”.	40´	
Final	Resumen	Reforzar la información brindada Retroalimentación.	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.		10´	La siguiente sesión la paciente presenta la ficha semanal del A-B-C-D

Tabla 13*Sesión 6: Reforzando el aprendizaje de nuevos pensamientos adaptativos*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
	Repaso de la sesión anterior Revisión de las tareas encargadas	Reforzar las técnicas cognitivas de las sesiones anteriores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se revisa las tareas encargadas y los sucesos durante la semana. ▪ Se analiza los auto registros elaborados por el paciente. 		10	
Repaso	Técnica de Autoinstrucciones	Generar en la paciente pensamientos más adaptativos mediante el entrenamiento en auto instrucciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se le explica a la paciente el significado e importancia de las auto instrucciones ▪ Se trabaja las auto instrucciones en las situaciones temidas. ▪ Se retroalimenta en la práctica de respiración profunda e imaginería. 	Técnica de auto	35'	
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se indica a la paciente trabajar en casa las auto instrucciones para las situaciones temidas. ▪ Que elabore auto instrucciones usando palabras sencillas. 	Instrucciones Pizarra Lapicero papel bond.	5"	
		Se brinda un espacio para recibir comentarios y sugerencias				5'

Tabla 14*Sesión 7: Planificando mis actividades*

Etapa	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
	Repaso de la sesión anterior,	Reforzar lo aprendido en la sesión anterior	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se revisa las tareas indicadas sobre las auto instrucciones. ▪ Se realiza una práctica en el consultorio sobre auto instrucciones y respiración profunda. 	Papelógrafos Pizarra Hojas bond Registro de actividades	10' 15'	
De Desarrollo	Técnica de Planificación de Actividades Gratificantes.	Incrementar la autoeficacia y el refuerzo positivo. Recuperar actividades agradables padas Fomentar actividades sociales y ejercicio físico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se analiza junto con la paciente que actividades gratificantes: pasadas, presentes y futuras tiene. ▪ ¿Qué significa “placentero”? ▪ Es lo que habitualmente hacemos: pasear, escuchar música etc. ▪ Ejercicio de Asignación de 2 tareas agradables diarias sencillas. ▪ Se deja tareas para casa: monitorear el cumplimiento de la asignación de tareas mediante auto registro, el cual será presentado en la siguiente sesión. Se brinda espacio de dialogo y preguntas. 		15' 15' 5'	

Tabla 15

Sesión 8: Distrayendo nuestros pensamientos negativos

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
	Revisión del estado general y valoración de aprendizajes.	Reforzar la sesión a anterior	<ul style="list-style-type: none"> Se revisa las tareas de casa y los sucesos de la semana 		5´	
	Revisión de las tareas encargadas.		<ul style="list-style-type: none"> Se explica lo que es un pensamiento automático y la posibilidad de controlarlo y que puede hacer uso cuando lo desee. 		10´	
Repaso	Técnica de Parada de “Pensamientos Automático”	Distrae la atención de pensamiento negativos.	<ul style="list-style-type: none"> Se puso en práctica el procedimiento de parada de pensamiento más los ejercicios de auto instrucciones. Para lo cual utiliza de verbalizaciones de auto refuerzo con el fin de darse tiempo al proceso del aprendizaje y solución de un problema. 		30´	
		Retroalimentar en técnicas de auto instrucciones, respiración profunda. Psi coeducación en habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> Por ejemplo: “esto va bien, pero lleva su tiempo”. También se le brindo la alternativa: Que identifique su pensamiento negativo + auto instrucción (STPO) + estrategia distractora. Se entrena a la paciente en habilidades sociales: autoestima, asertividad y empatía. Se le indica practicar en casa: elaborar el registro de auto instrucciones y practicar el ejercicio de parada de pensamiento. 		15”	

Tabla 16*Sesión 9: Entrenando mis Habilidades*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
	Refuerzo de la sesión anterior	Reforzar la práctica de las técnicas aprendidas	Se realiza la supervisión de actividades realizadas.	Pizarra	10´	
Repaso	Entrenamiento en habilidades sociales	Mejorar recursos para tener repuestas adecuadas en las relaciones interpersonales.	Se planifica en el consultorio actividades interpersonales donde más dificultad presenta. Se elabora un registro de dificultades en las relaciones interpersonales.	Papel bond Formatos de actividades	5´	
			Psicoeducación: Se explica la importancia de ser empática y comunicarse de manera asertiva. Luego Se pone en práctica el entrenamiento en comunicación no verbal, en inicio y mantenimiento de conversaciones, manejo de críticas, recibir y brindar halagos. Entrenamiento en conductas asertivas para su mejor desenvolvimiento en casa. (Roll play). Tarea para casa: practicar el ejercicio en la imaginación visualizándose actuar asertivamente en las situaciones de dificultad. Practica de la relajación, parada de pensamiento, etc.	Rota folio	15´	
					20´	

Tabla 17*Sesión 10: Aprendiendo a auto cuidarme*

Etapa	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Repaso	Supervisión	Reforzar el entrenamiento de las técnicas aprendida en la sesión anterior.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se le hace preguntas sencillas sobre las habilidades sociales de asertividad, la empatía. 		5'	
Desarrollo	Técnicas autocuidado Psicoeducación	de Recuperar actividades agradables pasadas. Fomentar actividades sociales y ejercicio físico. Dieta, etc. Incrementar la autoeficacia y refuerzo positivo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se le indica que desarrolle un escrito personal “Yo Soy” donde especifique sus cualidades, capacidades, destreza y luego incorporamos las actividades de autocuidado. ▪ Para lo cual se imparte: ▪ psicoeducación sobre importancia del autocuidado, sus beneficios. ▪ se le invita a elaborar un registro de actividades de auto cuidado. 	Papelógrafos Plumines Pizarra Registro de autocuidado	10'	

Tabla 18*Sesión 11: Planificando mi vida*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
	Refuerzo de la sesión anterior	Analizar sus logros y obstáculos	Se realiza una revisión general de las técnicas aprendidas, trabajando las limitaciones detectadas.		20'	
De repaso	Plan de vida	Planear meta a corto, mediano y largo plazo. Fomentar actitud de solución de problemas.	Se le pide que se imagine como desearía estar de aquí a medio año, a un año. ¿Qué metas se plantearía a corto, mediano y largo plazo?	Pizarra Plumón.	25'	
		Revisión de auto registros	Se le entrega una hoja para que escriba lo visualizado.	Hojas bond lapicero	10'	

Tabla 19*Sesión 12: Verificando mi aprendizaje*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
	Se revisan tareas Auto formularios	Reforzar los aprendizajes	Se le pide que haga una exposición de las técnicas aprendidas	Pizarra Papel bond Formatos de actividades	20´	
Repaso	Aplicación de pruebas psicológicas	“Preparándonos para las recaídas”	Psicoeducación ¿que son las recaídas? ¿Cómo afrontarlas?		10´	
	Lista de chequeos	Evaluar los efectos del tratamiento	Realizamos ejercicios de imaginación de situaciones difíciles y cómo afrontarlas utilizando las técnicas aprendidas.		20	
	Cierre y despedida		Devolución de información		10´	

2.7 Procedimiento

Una vez especificado el tema del presente trabajo se procedió a la búsqueda de información bibliográfica, examinando y seleccionando las distintas fuentes bibliográficas nacionales e internacionales útiles para la construcción del marco teórico.

Se inició la evaluación psicológica del caso con la aplicación de las técnicas de la entrevista y observación conductual, recolección de datos, mediante, listas de chequeo de conductas, emociones, pensamientos y uso de instrumentos con el fin de elaborar la historia clínica y medir el nivel de depresión en la usuaria. Para luego proceder con el plan y aplicación del Programa de Intervención Cognitiva Conductual.

Se procedió a ordenar los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos, inventarios, registro y técnicas psicoterapéuticas; se analizaron, clasificaron y se diseñaron las tablas y gráficas mostrándose de manera clara los resultados obtenidos, la discusión del caso, las conclusiones y recomendaciones.

2.8 Consideraciones Éticas

El estudio de investigación cuenta con la autorización de la participante en el programa de intervención. Se elaboró un documento de consentimiento libre que se hizo entrega a la usuaria para su información, en la que registro su participación de manera voluntaria. Previamente, se le explico claramente los objetivos, procedimientos, riesgo y beneficios. Se tomó en cuenta el principio de confidencialidad, dado que lo manifestado por la usuaria no podrá ser revelados, solo con fines de investigación.

Se le informó también que el participante podrá pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, se le brinda los números telefónicos del profesional a cargo. Se protegió al participante a través del buen trato, privacidad y con las consideraciones del caso de cualquier incomodidad durante el proceso de la evaluación e intervención.

III. RESULTADOS

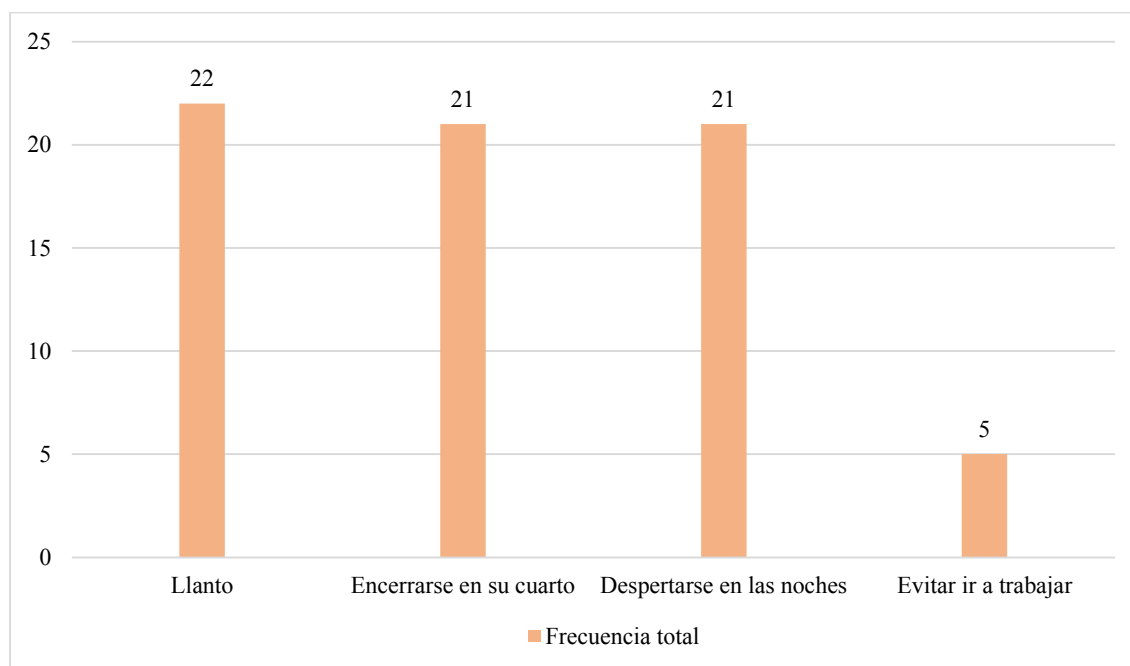
3.1 Resultados Pre y Post Intervención

Se procedió al análisis de los resultados obtenidos de la evaluación del caso de una mujer con depresión víctima de violencia por su pareja, realizándose la entrevista psicológica y la aplicación de pruebas psicológicas; se elaboró una línea base sobre sus emociones, conductas, creencias y pensamientos distorsionados efectuados antes y después de la intervención.

Tabla 20

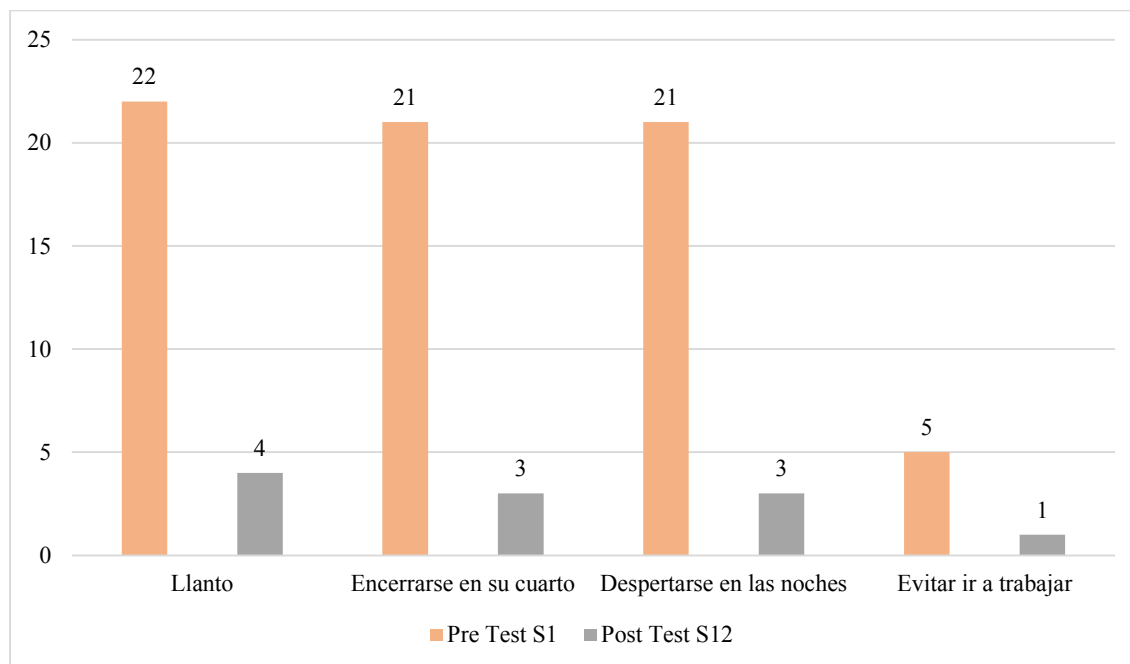
Línea Base: Registro de frecuencia de conducta en el pre test

Conductas	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sáb	Dom	Total
Llanto	4	03	04	03	04	03	04	22
Encerrarse en su cuarto.	04	03	04	03	04	05	05	21
Despertarse en las noches.	02	03	04	04	03	02	03	21
Evitar ir a trabajar.	01	01	01	01	0	01	0	05

Figura 1*Registro de frecuencia de las conductas en el pre test***Tabla 21***Registro de frecuencia de conducta en el pre y post test*

CONDUCTAS	Pre Test	Post Test
	S1	S12
Llanto.	22	4
Encerrarse en su cuarto.	21	3
Despertarse en las noches.	21	3
Evitar ir a trabajar	05	1

Se observa disminución en la frecuencia de la conducta de llanto de 22 veces en el pretest, a 4 veces en el post test, encerrarse en su cuarto de 21 a 3 veces en el post test, despertarse en las noches de una frecuencia de 21 veces a 3 veces en el post test y evitar ir a trabajar de 5 veces en el pretest a 1 vez, en el post test.

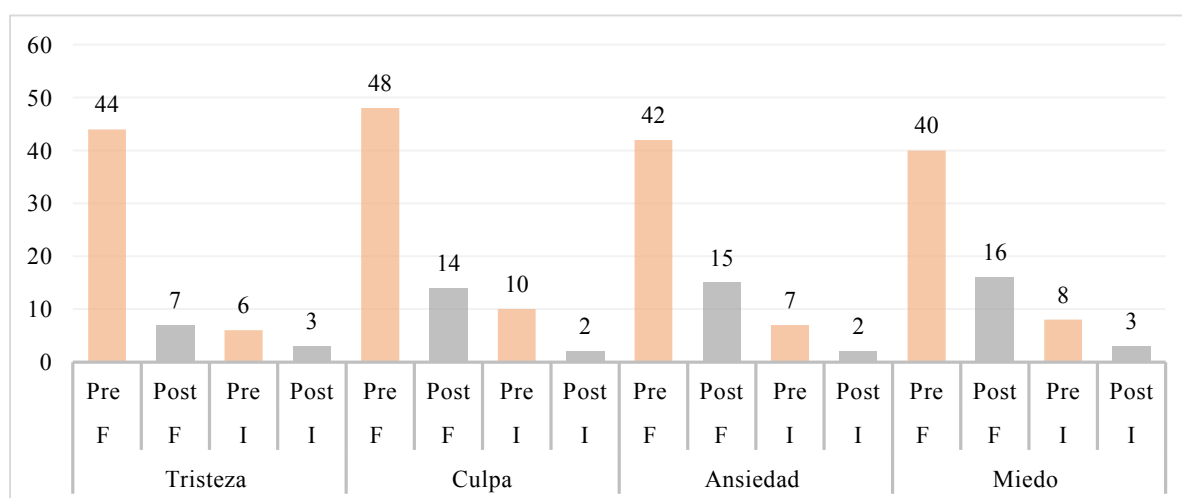
Figura 2*Registro de frecuencia de conducta en el pre y post test***Tabla 22***Registro de frecuencia e intensidad del paciente pre y post test*

Conducta	Frec/	Period	Lun	Ma	Mie	Juev	Vie	Sab	Dom	Total
Problema	Intensi									Prom
	dad									
	F	Pre	4	6	7	7	5	7	8	44
Tristeza	F	Post	2	2	1	0	1	0	1	07
(0-10)	I	Pre	7	6	5	6	8	7	6	06
	I	Post	3	2	3	1	2	3	2	03
	F	Pre	7	8	7	6	7	6	7	48
Culpa	F	Post	10	2	2	2	2	1	2	14
(0-10)	I	Pre	2	9	9	10	10	10	10	10
	I	Post	2	3	3	3	2	1	2	02

Ansiedad (0-10)	F	Pre	5	5	6	7	5	7	7	42
	F	Post	2	2	3	2	2	1	3	15
	I	Pre	8	9	5	7	7	6	5	07
	I	Post	3	1	2	1	2	3	2	02
Miedo (0-10)	F	Pre	5	7	7	6	5	6	4	40
	F	Post	2	2	3	2	2	3	2	16
	I	Pre	9	9	9	8	9	8	9	08
	I	Post	3	4	3	3	3	3	3	03

Figura 3

Registro de frecuencia e intensidad de emociones del paciente pre y post test



En la gráfica 3, se aprecia en general disminución en la frecuencia e intensidad de las emociones. En la culpa, su frecuencia de 44 veces en el Pre test, se redujo a 14 veces durante el post test, y en su intensidad, también se observa una disminución. La frecuencia de la tristeza, disminuye de 44 veces en el pre test a 7 veces durante el post test, apreciándose también disminución en su intensidad. Resultados similares, en cuanto a disminución de la frecuencia e intensidad se obtienen en la ansiedad y el miedo.

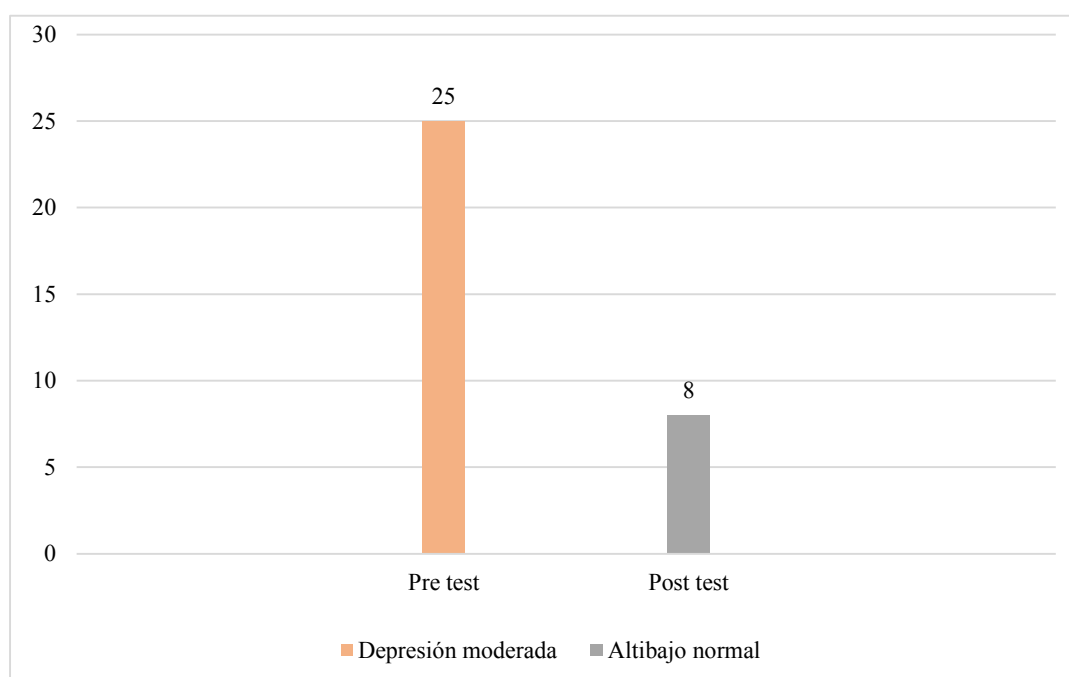
Tabla 23

Aplicación del Inventario de Depresión de Beck BDI-II (REGOPINA) durante el pre y post test

CONDUCTAS	Pre Test	Post Test
	S1	S12
Inventario de Depresión de Beck	Depresión Moderada (25)	Alti - bajos normales (8)

Figura 4

Resultados de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck BDI-II



Puntuación pre y post test en el Inventario de depresión de Beck en la que se evidencia una reducción significativa de la sintomatología depresiva de moderada a niveles considerados esperados y normales.

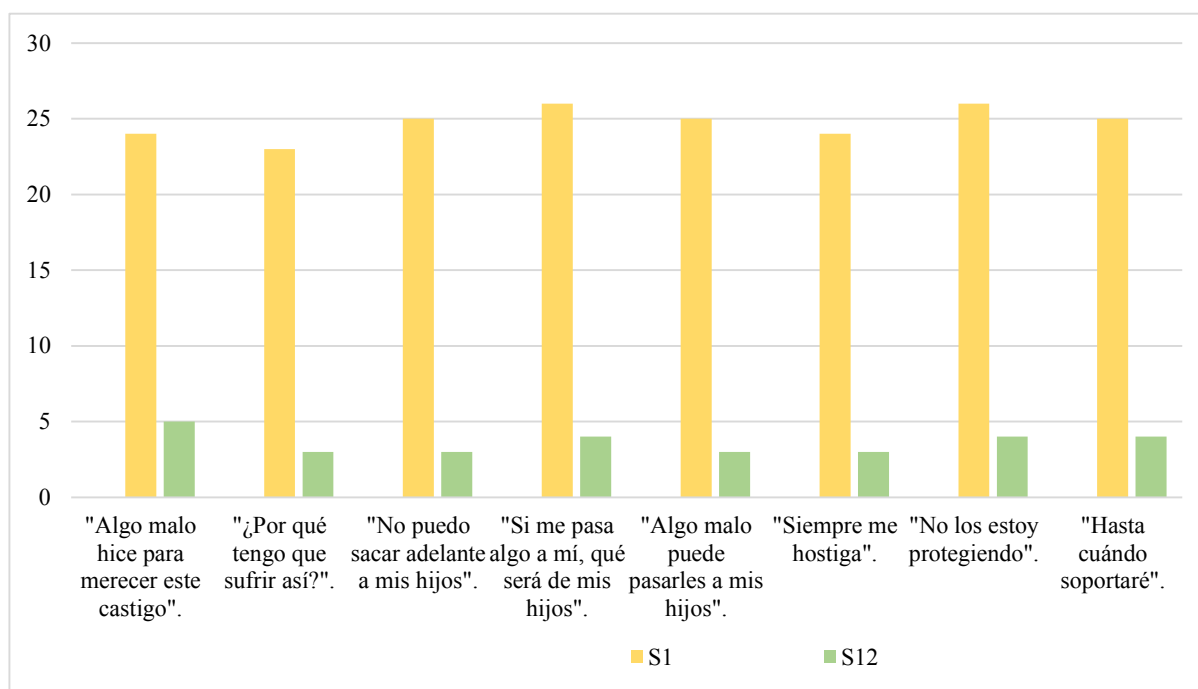
Tabla 24*Registro de frecuencia de pensamientos distorsionados durante el pre y post test*

Conducta / Problema	Periodo	Lu	Ma	Mie	Jue	Vie	Sab	Do	Tot
"Algo malo hice para merecer este castigo".	Pre	5	4	6	5	5	6	5	36
	Post	1	2	1	1	2	2	1	10
"¿Por qué tengo que sufrir así?"	Pre	5	6	5	4	5	4	9	38
	Post	2	2	2	1	0	1	1	09
"No puedo sacar adelante a mis hijos."	Pre	7	7	6	7	6	9	6	48
	Post	3	2	1	2	1	0	1	10
"Si me paso algo a mí, que será de mis hijos".	Pre	4	5	4	5	6	5	6	44
	Post	2	1	0	1	1	1	1	07
"Algo malo puede pasarles a mis hijos".	Pre	3	3	4	4	3	2	3	22
	post	2	2	1	2	0	2	1	10
"Siempre me hostiga."	Pre	3	2	3	4	4	3	2	21
	post	2	2	2	1	0	2	1	10
"No los estoy protegiendo".	Pre	4	5	4	5	5	4	5	32
	post	3	2	1	0	3	2	1	12
"Hasta cuando soportaré".	Pre	3	4	5	4	3	4	4	23
	post	2	2	1	2	0	2	1	10

En la tabla 24, se presenta el puntaje de del pretest y al terminar el programa de intervención se obtuvo una disminución de los pensamientos distorsionados.

Figura 5

Registro de frecuencia de pensamientos distorsionados durante el pre y post test



Se evidencia disminución de la frecuencia de pensamientos distorsionados al finalizar la Intervención. Nota: La S1 corresponde al pretest, S12 al post-test.

Tabla 25

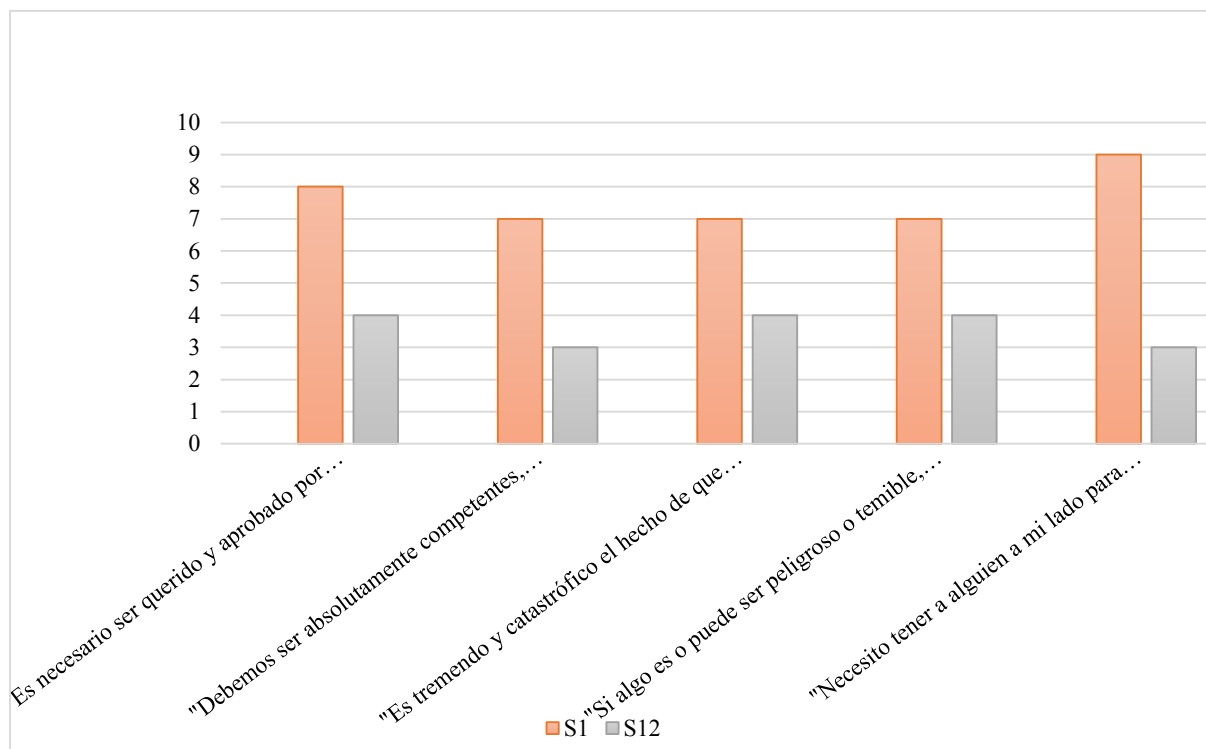
Registro de intensidad de creencias irracionales en el pre y post test

CONDUCTAS	Pre Test	Post Test
	Semana 1	Semana 12
"es necesario ser querido y aceptado por todas las personas significativas	8	4
"Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles"	7	3
"Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen"	7	4
"Si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello"	7	4
"Necesito tener a alguien a mi lado para sentirme segura".	9	3

Se aprecia en la tabla 25, disminución de las creencias irracionales en el post test en comparación al registro en el pre test.

Figura 6

Registro de las creencias irracionales al inicio y al finalizar la intervención



3.2 Discusión de resultados

Con respecto a los objetivos generales en el presente trabajo como son el determinar la eficacia de la terapia cognitiva en una mujer con depresión víctima de violencia por su pareja, se planteó disminuir la sintomatología depresiva de la paciente y que fuera capaz de enfrentar situaciones sociales a nivel cognitivo, emocional y conductual. Al finalizar la intervención se logró una disminución de un 75% en la sintomatología depresiva del caso en estudio, lo que indica que las técnicas cognitivas conductuales utilizadas para el abordaje de la depresión en la usuaria fueron eficaces.

Resultados similares se correlacionan con otros estudios realizados a nivel nacional con la intervención cognitiva conductual por Landa (2021) y Calderón (2020) quienes, al aplicar una intervención cognitiva conductual a pacientes con depresión, observaron disminución de

los síntomas. Se corrobora con estos estudios y otros más, la efectividad de las técnicas cognitivas conductuales para el tratamiento de la depresión.

A nivel internacional, Gonzáles Peña (2020) al aplicar un plan de intervención terapéutico basado en el modelo cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión (Panamá) obtuvo resultados similares. Con lo que se refuerza una vez más, que la terapia cognitivo conductual es eficaz en el tratamiento de la depresión.

Con respecto a los objetivos específicos como trabajar sus pensamientos distorsionados y sus creencias irracionales, se procedió a enseñar a identificarlos con ejemplo sencillos, explicando la interrelación que hay entre los pensamientos, emociones y las conductas. Fue muy necesario, antes la psicoeducación brindándose conocimientos sobre que significa depresión y en que consiste el modelo de intervención cognitivo conductual. La práctica del debate de sus pensamientos distorsionados permitió que la paciente pueda discernir que su manera de interpretar las situaciones, a las personas y a sí misma estuvo interferida por sus creencias irracionales.

Se identificaron creencias irracionales de Beck y pensamientos distorsionados como resultado de aprendizajes y de valores impartidos creando una percepción de debilidad y necesidad de apoyo: “yo me sentía poca cosa...”, “no puedo, él es más fuerte, haga lo que haga, él siempre gana”, “no soy lo suficiente madre”, “soy muy débil”. Asimismo, pudo identificar distorsiones cognitivas como por ejemplo la sobre generalización: “siempre me hostiga”, catastrofismo: “hasta cuándo Dios soportaré, hasta cuándo sufriré”, personalización: “no puedo lograr la tranquilidad para mi familia”, entre otros; que posteriormente logró identificar alternativas de pensamientos más adaptativos.

Para disminuir la frecuencia de sus pensamientos intrusivos relacionados con sentimientos de culpa, tristeza y temor; auto reproche por las situaciones de maltrato que viven sus hijos y ella, de creerse una persona débil y condenada a sufrir, se procedió con las técnicas

de detención de pensamiento, registro ABC, técnicas asertivas entre otras, contándose con la reestructuración cognitiva como una de las técnicas más destacadas.

Se logró disminuir los síntomas ansiosos mediante el entrenamiento de las técnicas de relajación, auto instrucciones y la reestructuración cognitiva, reestableciéndose su ritmo de sueño, con disminución de la tensión muscular, palpitaciones, sensación de falta de aire, mareos, temblor de manos que presento la usuaria antes de iniciar el programa de intervención.

La enseñanza y el entrenamiento de las técnicas de relajación permitieron una mayor disposición y preparación de parte de la usuaria para realizar las indicaciones y las tareas señaladas durante las sesiones. El repaso fue necesario, pues hay que tener en consideración las características respecto al nivel cultural o educativo de quien vamos a brindarle ayuda.

De esta manera hemos corroborado que el uso de la terapia cognitiva conductual tiene resultados positivos para el caso en estudio una paciente víctima de violencia por su pareja con episodio depresivo moderado.

IV. CONCLUSIONES

- La intervención cognitiva conductual, se muestra eficaz para disminuir la sintomatología, en una mujer con depresión víctima de violencia por su pareja.
- La paciente obtuvo un nivel inicial de Depresión Moderada y un nivel final de Depresión leve.
- Se obtuvo disminución de la frecuencia de pensamientos distorsionados y creencias irracionales, mediante la psicoeducación, debate de pensamientos distorsionados, registro ABC, reestructuración cognitiva, técnicas asertivas.
- Se logró disminución de los síntomas ansiosos mediante la aplicación de las técnicas de relajación, auto instrucciones, reestructuración del pensamiento.
- Se disminuyó la frecuencia de las conductas desadaptativas mediante las técnicas de auto instrucciones, planificación de actividades gratificantes, parada de pensamientos automáticos y habilidades sociales.
- Se disminuyó en la frecuencia e intensidad de las emociones negativas en una mujer con depresión víctima de violencia por su pareja, al finalizar la intervención.

V. RECOMENDACIONES

- Promover el uso de las técnicas cognitivas conductuales para el abordaje de la depresión.
- Continuar practicando las herramientas aprendidas en la intervención cognitiva conductual, para mantener la depresión y la ansiedad en niveles de funcionalidad de la paciente.
- Continuar practicando las herramientas aprendidas en la intervención cognitiva conductual, para mantener las conductas adaptativas y las emociones funcionales de la paciente.
- Realizar el seguimiento del caso, monitorización de los pacientes en forma mensual, bimensual o según requiera para prevención de crisis o recaídas del cuadro depresivo.

VI. REFERENCIAS

- Alarcón Terroso, R., Garre Sánchez, M., Gea Serrano, A., Martínez Maurandi, J., Pedreño Planes, J., Pujalte Martínez, M., Robles Sánchez, F. & Vicente Garriga, M. (2009). *Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos*. <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
- Anicama, J. (2016). Manual de calificación de Registro de Opiniones Forma-A (Ellis). CIPMOC.
- Baringoltz, S. (2009). Terapia cognitiva y depresión. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*. <https://apra.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/Terapia-Cognitiva-y-Depresion.pdf>
- Bartra Alegría, A. F., Guerra Sánchez, E. F. & Carranza Esteban, R. F. (2016). Autoconcepto y depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada. *Apuntes Universitarios. Revista de Investigación*, VI(2), 53–68. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=467647511004>
- Baztán, Á. A. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Subjetividades*, 8(3), 563–601. <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4878/3888>
- Beckford, D. (2017). *Psicoterapia cognitivo grupal, como tratamiento a un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica que presentan sintomatología depresiva* [Tesis de maestría, Universidad de Panamá]. Repositorio Institucional Digital de la Universidad de Panamá. <http://up-rid.up.ac.pa/1726/>

- Calderón Obregón, E. Y. (2020). Intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión [Tesis de segunda especialidad profesional, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4654>
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva* [Archivo PDF]. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Carranza Esteban, R. F. (2012). Depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima metropolitana. *Apuntes universitarios*, 2(2), 79–90. <https://doi.org/10.17162/au.v0i2.298>
- Carod-Artal, F. J. (2006). Depresión postictus (I). Epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo. *Rev Neurol*, 42(3), 169-175. <https://www.researchgate.net/publication/7301841>
- Díaz, M. I., Ruíz, M. Á. & Villalobos, A. (2012). Historia de la Terapia Cognitivo Conductual. En *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales* (pp. 29–88). Desclee De Brouwer.
- Díaz Villa, B. A. & González González, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11(3), 106–115. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=40547>
- Diz Ramírez, R. F. (2016). *El abordaje de la depresión desde la terapia cognitiva*.

- Gálvez Galve, J. J. (2009). Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitivo-conductual. *Medicina naturista*, 3(1), 13–19.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2867904>
- Generali Cazabonnet, V. (2020). *Efectos de la terapia cognitivo conductual sobre la depresión en mujeres que han sido víctimas de violencia de género*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Colibri
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/25195>
- González, M. (2020). *Intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión de CINAMU - Los Santos* [Tesis de maestría, Universidad Especializada de las Américas]. Repositorio institucional de UDELAS (RIUDELAS).
<http://repositorio2.udelas.ac.pa/handle/123456789/340>
- Gonzales Llamoctanta, P. P. (2021). *Creencias irracionales y dependencia emocional en mujeres universitarias de la ciudad de Huaraz* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional UCV.
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/60468>
- Guadarrama, L., Escobar, A. & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 49(2), 66–72.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4447amp/>
- Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_compl.pdf

- Habigzang, L. F., Gomes Ferreira Petersen, M. & Zamagna Maciel, L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias psicológicas*, 13(2), 249–264.
<https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>
- Huaynates, M. L. (2019). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3489>
- Huerta Rosales, R., Bulnes Bedón, M., Ponce Díaz, C., Sotil Brioso, A. & Campos Pacheco, E. (2016). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. *Theorēma (Lima, Segunda época, En línea)*, 1(1), 123–136.
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11945>
- Jervis, G., Calvo, J. & García, J. L. G. (2005). *La depresión: dos enfoques complementarios*. Fundamentos.
<https://books.google.com.cu/books?id=DGDnf2SQIdAC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Korman, G. P. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119–145. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630257005>
- Landa García, M. A. (2021). *La influencia entre la terapia cognitiva conductual y la depresión en pacientes adultos de la ciudad de Pisco-Ica, 2020*. [Tesis de licenciatura,

Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Ica <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/1235>

Lorenzo-Díaz, J. C., Alfonzo-Díaz, H., Carrete-Friol, Z. D., Hernández-Quñones, O. L. & Barrios-Licor, R. A. (2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(6). <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5311>

Marcelo Ascencio, E. (2019). *Programa cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia de pareja con depresión atendidas en un centro de salud de José Leonardo Ortiz, 2017* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. <https://hdl.handle.net/20.500.12893/6937>

Ministerio de Salud. (2021). *Plan de salud mental Perú, 2020 – 2021 (En el contexto COVID-19)*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>

Morales Fuhrmann, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 136–138. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n2/136-138/>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS. (s/f). *Salud Mental*. Paho.org. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento*. https://apps.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/index.html

- Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E., Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., García López, L. J. & Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43–73.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>
- Puerta Polo, J. V. & Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251–257.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- Quilla Iquiapaza, L. A. (2019). *Trabajo académico de aplicación en el ámbito laboral caso clínico: Depresión moderada*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional de la UNSA
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9262>
- Ramírez Mauricio, J. R. (2020). *Técnicas del enfoque cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión en adultos: Una revisión sistemática*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/60850>
- Retamal, P. (1998). *Depresión*. Editorial Universitaria.
- Roca, E. (2016). *Terapia cognitiva para la depresión según Beck* [Archivo PDF].
<http://www.cop.es/colegiados/pv00520/Guia%20Beck%20depression.pdf>
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre investigación y práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (3), 261–270.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>

- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud*, 16(2), 121–142. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616104001>
- Sanz, J., Perdigón, A. L. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249–280. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- Stoppiello, L. A. (2009). Estudio de caso único: vicisitudes en la selección de la muestra de una investigación doctoral. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 13(2), 224–246. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630254007>
- Vázquez Valverde, C., Hervás Torres, G., Hernangómez, L. & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139–165. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez_18-1oa.pdf
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. F. y Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa.pdf
- Zarragoitia Alonso, I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. Ciencias Médicas. <http://www.ecimed.sld.cu/2011/11/13/depresion-generalidades-y-particularidades/>

VII. ANEXOS

Anexo A**Consentimiento informado**

El presente estudio de investigación que lleva por finalidad comprobar la eficacia de un tratamiento para la depresión propone un plan de trabajo fundamentado en el modelo de intervención cognitiva conductual para promover la enseñanza de técnicas terapéuticas que permita beneficios y que serán desarrolladas entre los meses de mayo y agosto del presente año, en el Centro de salud San Fernando del distrito de Ate, con la finalidad de mejorar los síntomas depresivos.

El que usted decida participar de este estudio, no le generará riesgos para su salud, dada que la intervención se basa en la terapia cognitiva conductual que busca modificar los pensamientos negativos por otros más saludables generando emociones y conductas que ayuden a enfrentar las dificultades.

La información que usted brinde en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y solo será usada para fines de la investigación. Asimismo, puede hacer las preguntas que crea conveniente para aclarar sus dudas sobre algún proceso.

Usted puede beneficiarse de este estudio, mejorando su salud mental a cargo del profesional asignado, el cual tendrá la oportunidad de comprobar la eficacia de la intervención, así como todas las personas que requieran de esta intervención para tratar su depresión.

Acepto participar de manera libre y voluntaria en el presente estudio, luego de haber sido informada y orientada.

Por medio de este documento yo.....otorgo mi consentimiento informado para que se lleve a cabo el tratamiento que aquí se detalla.

.....

LA PACIENTE

.....

EL PROFESIONAL A CARGO

Anexo B**Inventario de Depresión de Beck (IDE-II)**

Fecha _____ Edad: _____ estado civil _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de un 21 grupo de enunciados. Por favor lea, cada de ellos cuidadosamente, luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como de ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de un grupo.

A. Tristeza

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

B. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento más desalentado(a) respecto de mi futuro de lo que solía estarlo
2. No espero que las cosas funcionen para mí.
3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

C. Fracaso

0. No me siento fracasado.
1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

D. Pérdida

O. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto

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

E. Sentimientos de culpa

o. No me siento particularmente culpable.

1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

F. Sentimiento de castigo

O. No siento que estoy siendo castigado(a).

1. Siento que tal vez pueda ser castigado(a).
2. Espero ser castigado(a).
3. Siento que estoy siendo castigado(a).

G. Disconformidad con Uno Mismo

O. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo
3. me detesto

H. Autoacusación

O. no me considero peor que cualquier otro

1. Me auto critico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

I. Ideas suicidas

- O. No tengo ningún pensamiento suicida.
2. A veces pienso en suicidarme, pero no lo hare.
 3. Desearía poner fin a mi vida.
 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

J. Episodio de llanto

- O. No lloro más de lo normal
1. Ahora lloro más que antes.
 2. Lloro continuamente.
 3. No puedo dejar de llorar, aunque me lo proponga.

K. Irritabilidad

- O. No estoy especialmente irritado.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 2. Me siento irritado continuamente.
 3. Ahora no me irrito en absoluto cosas que antes me molestaban.

L. Retirada social

- O. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado por los demás que antes.
 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
 3. He perdido todo interés por los demás.

M. Indecisión.

- O. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil antes.
 3. Me es imposible tomar decisiones.

N. Cambios en la imagen corporal

0. No creo tener peor aspecto que antes

1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo
3. Creo que tengo un aspecto horrible

O. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.

1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

P. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre

1. No duermo tan bien como antes
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme

Q. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal

1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

R. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido

1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito

S. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente
- .1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

T. Preocupaciones somáticas

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas

U. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

Escalas

- 5 – 9: Existencia de altibajos que se consideran normales.
- 10 - 18: Depresión entre leve y moderada.
- 19 – 29: Depresión entre moderada
- 30 -63: Depresión severa.

Puntuaciones que son menores a 4 hay posibilidad de que se esté negando la existencia de una depresión o fingiendo estar bien. Por encima de 40, son más altas que las que suelen tener depresión severa, puede indicar una exageración de la depresión, sin embargo, indicar una depresión significativa.

Anexo C

Registro de Opiniones (REGOPINA) Forma A

M.Davis, M. Mackay y E. Eshelman (2009)

Indicaciones

No es necesario que piense mucho rato en cada ítem. Señale si considera verdadero (V) o falso (F) en cada afirmación. Asegúrese de contestar lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.

1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.
2. Odio equivocarme en algo.
3. La gente que se equivoca debe recibir su merecido.
4. Generalmente acepto los acontecimientos desagradables con tranquilidad.
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.
6. “Árbol que crece torcido, nunca su tronco endereza”
7. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo que sentirme obligado a manifestar respeto a nadie.
8. Evito las cosas que no puedo hacer bien.
9. Las personas malas deben de ser castigadas.
10. Las frustraciones y decepciones no me perturban.
11. A la gente no la transforman los acontecimientos, sino la imagen que tiene de estos.
12. Es casi imposible superar las influencias del pasado.
13. Quiero gustar a todos.
14. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo.
15. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa.
16. Las cosas deberían ser distintas a como son. 17. Yo mismo me provoqué mi mal humor.
18. Si algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el

futuro.

19. Me puedo gustar a mí mismo, aun cuando no le guste a los demás.
20. Me gustaría triunfar en algo, pero pienso que no estoy obligado a hacerlo.
21. La inmoralidad debería castigarse severamente.
22. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.
23. Las personas desdichadas, generalmente, se provocan ese estado así mismas.
24. La gente sobrevalora la influencia del pasado.
25. Si no le gusto a los demás, es su problema, no el mío.
26. Para mí es extremadamente importante alcanzar el éxito en todo lo que hago
27. Pocas veces culpo a la gente por sus errores.
28. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.
29. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo.
30. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.
31. Creo que es difícil ir en contra de lo que piensan los demás.
32. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sean en ellas.
33. El miedo al castigo es lo que hace que la gente sea buena.
34. Si las cosas me desagradan, elijo ignorarlas.
35. Cuantos más problemas tiene una persona, menos feliz es.
36. Normalmente no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.
37. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no la necesito realmente.
38. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.
39. Todo el mundo es, esencialmente, bueno.
40. Hago todo lo que puedo para conseguir lo que quiero; y después, dejo de preocuparme.
41. Nada es perturbador por sí mismo; si lo es, se debe al modo que lo interpretamos.
42. Somos esclavos de nuestro pasado.

43. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.
44. Me trastorna cometer errores.
45. No es equitativo que “llueva igual sobre el justo que sobre el injusto”
46. Yo disfruto tranquilamente de la vida.
47. No puedo evitar sentirme muy alterado ante ciertos hechos.
48. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.
49. Usualmente me preocupo por lo que la gente piensa de mí.
50. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.
51. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.
52. La gente es más feliz cuando tienes metas y problemas que resolver para alcanzarlas.
53. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.
54. Básicamente, la gente nunca cambia.
55. Ser criticado es algo fastidioso, pero no perturbador.
56. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.
57. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.
58. Raras veces me perturban los errores de la demás.
59. El hombre construye su propio infierno interior.
60. No miro atrás con resentimiento.
61. Si cometo un error lo acepto con tranquilidad.
62. Los acontecimientos negativos pueden ser superados.
63. Hay gente que me altera de humor.
64. Acepto con calma que otros sean mejores que yo en algo.
65. Hay tristeza que jamás se superan.

Anexo D**Lista de actividades agradables diarias**

Fecha:

	L	M	M	J	V	S	D
8:00-9:00							
9:00 -10:00							
10:00-11:00							
11:00-12:00							
12:00-13:00							
1pm - 2pm							
2pm - 3pm.							
3pm - 4pm.							
4pm -5pm.							
5pm - 6pm.							
6pm.- 7pm.							
7pm.- 8pm.							
8pm.- 9pm.							
9pm.-10pm.							
10pm.-11pm.							
11pm.-							