



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL DE UN CASO DE DEPRESIÓN
MODERADA EN UNA MUJER ADULTA VÍCTIMA DE VIOLENCIA**

**Línea de investigación:
Salud mental**

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

Autora:

Evanan Junes, Yshida Dolibeth

Asesor:

Injante Mendoza, Raúl
(ORCID: 0000-0002-5016-4340)

Jurado:

Córdova Gonzales, Luis Alberto
Becerra Flores, Sara Nilda
Flores Vásquez, María Elizabeth

Lima - Perú

2023

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL DE UN CASO DE DEPRESIÓN MODERADA EN UNA MUJER ADULTA VÍCTIMA DE VIOLENCIA

ORIGINALITY REPORT

20%

SIMILARITY INDEX

19%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

8%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repositorio.unfv.edu.pe Internet Source	5%
2	hdl.handle.net Internet Source	5%
3	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Student Paper	3%
4	prezi.com Internet Source	<1%
5	repositorio.autonomadeica.edu.pe Internet Source	<1%
6	repositorio.upn.edu.pe Internet Source	<1%
7	www.slideshare.net Internet Source	<1%
8	dspace.unach.edu.ec Internet Source	<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL DE UN CASO DE DEPRESIÓN
MODERADA EN UNA MUJER ADULTA VÍCTIMA DE VIOLENCIA

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Terapia

Cognitivo Conductual

Autora:

Evanan Junes, Yshida Dolibeth

Asesor:

Injante Mendoza, Raúl

Código ORCID 0000-0002-5016-4340

Jurado:

Córdova Gonzales, Luis Alberto

Becerra Flores, Sara Nilda

Flores Vásquez, María Elizabeth

Lima-Perú

2023

Pensamiento

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

-Aaron Beck

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo académico a mi querida madre, María Luisa Junes Munive, por todo su amor y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida.

Agradecimiento

A Dios por permitirme estudiar la segunda especialidad en terapia cognitivo conductual y realizar el presente trabajo académico.

A mi padre por todo su apoyo y comprensión en cada uno de mis proyectos.

A mi asesor, Mg. Raúl Injante Mendoza, por su orientación y recomendaciones en todo momento.

ÍNDICE

Pensamiento	2
Dedicatoria.....	3
Agradecimiento.....	4
Índice.....	5
Índice de tablas	7
Índice de figuras.....	9
Resumen.....	10
Abstract.....	11
I. Introducción.....	12
1.1. Descripción del problema.....	13
1.2. Antecedentes	14
1.2.1. Antecedentes nacionales	14
1.2.2. Antecedentes internacionales.....	16
1.2.3. Fundamentación teórica	18
1.3. Objetivos	23
1.3.1. Objetivo general.....	23
1.3.2. Objetivos específico.....	24
1.4. Justificación.....	24
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	24
II. Metodología	25
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	25
2.2. Ámbito temporal y espacial.....	25
2.3. Variables de investigación	25
2.3.1. Variable independiente	25

2.3.2. Variable dependiente	25
2.4. Participante.....	25
2.5. Técnicas e instrumentos	26
2.5.1. Técnicas	26
2.5.2. Instrumentos.....	28
2.5.3. Evaluación psicológica	31
2.5.4. Evaluación psicométrica	39
2.5.5. Informe psicológico integrador.....	46
2.6. Intervención.....	56
2.6.1. Plan de intervención y calendarización.....	56
2.6.2. Programa de Intervención.....	57
2.7. Procedimiento.....	72
2.8. Consideraciones éticas	72
III. Resultados.....	73
3.1. Análisis de resultados.....	73
3.2. Discusión de resultados.....	80
3.3. Seguimiento.....	83
IV. Conclusiones.....	84
V. Recomendaciones.....	85
VI. Referencias	86
VII. Anexos.....	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Datos familiares de la participante.....	38
Tabla 2 Resultados del inventario de pensamientos automáticos	43
Tabla 3 Resultados del inventario de personalidad de Eysenck forma b.....	45
Tabla 4 Conductas adaptativas y desadaptativas	48
Tabla 5 Lista de conductas.....	49
Tabla 6 Análisis funcional	51
Tabla 7 Análisis Cognitivo	53
Tabla 8 Criterios diagnósticos según CIE-10	54
Tabla 9 Calendarización de las intervenciones	56
Tabla 10 Sesión 1- aprendiendo a relajarme	58
Tabla 11 Sesión 2- aprendiendo a relajarme	59
Tabla 12 Sesión 3- identificando la violencia.....	60
Tabla 13 Sesión 4- identificando pensamientos automáticos inadecuados.....	61
Tabla 14 Sesión 5- identificando distorsiones cognitivas.....	62
Tabla 15 Sesión 6- entrenamiento en reestructuración cognitiva	63
Tabla 16 Sesión 7- entrenamiento en reestructuración cognitiva	64
Tabla 17 Sesión 8- activando el botón de emergencia.....	65
Tabla 18 Sesión 9- entrenamiento en asertividad	66
Tabla 19 Sesión10- programación de actividades.....	67
Tabla 20 Sesión 11- búsqueda de soluciones alternativas	68
Tabla 21 Sesión12- seguimiento	69
Tabla 22 Sesión 13- seguimiento	70
Tabla 23 Sesión 14- seguimiento	71
Tabla 24 Resultados pre y post test del inventario de depresión de Beck II.....	73

Tabla 25 Frecuencia pre y post de síntomas fisiológicos.....	74
Tabla 26 Frecuencia pre y post de pensamientos automáticos inadecuados.....	75
Tabla 27 Frecuencia e intensidad pre y post de emociones perturbadoras	77
Tabla 28 Frecuencia pre y post de conductas motoras disfuncionales	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Resultados pre y post test del inventario de depresión de Beck II.....	73
Figura 2 Frecuencia pre y post de síntomas fisiológicos	74
Figura 3 Frecuencia pre y post de pensamientos automáticos inadecuados	76
Figura 4 Frecuencia e intensidad pre y post de emociones perturbadoras.....	78
Figura 5 Frecuencia pre y post de conductas motoras disfuncionales	79

RESUMEN

Objetivo: disminuir síntomas asociados a la depresión moderada en una mujer víctima de violencia mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual.

Método: el tipo de investigación fue aplicada y diseño de caso único con preprueba y posprueba. Se administró instrumentos como: el inventario de depresión de Beck II, el inventario clínico multiaxial de Millon II, inventario de pensamientos automáticos, inventario de personalidad de Eysenck forma b y hoja de autorregistro. La intervención se llevó a cabo en 14 sesiones, una vez por semana y se aplicó técnicas como psicoeducación, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva de Jacobson, descubrimiento guiado, imaginación positiva, programación de actividades, técnica de dominio y agrado, autorregistros, entre otros. **Resultado:** se evidenció que la depresión presente en la paciente disminuyó de un nivel moderado a un nivel sin depresión. **Conclusión:** los síntomas asociados a la depresión moderada disminuyeron en un 62%.

Palabras clave: depresión moderada, terapia cognitivo conductual, violencia hacia la mujer

ABSTRACT

Objective: reduce symptoms associated with moderate depression in a woman victim of violence through the application of a cognitive behavioral intervention program. **Method:** the type of research was applied and single case design with pre-test and post-test. Instruments were administered such as: the Beck depression inventory II, the Millon multiaxial clinical inventory II, automatic thoughts inventory, Eysenck personality inventory form b and self-recording sheet. The intervention was carried out in 14 sessions, once a week and techniques such as psychoeducation, diaphragmatic breathing, Jacobson's progressive muscle relaxation, guided discovery, positive imagination, activity programming, mastery and pleasure technique, self-records, among others were applied. **Result:** it was evident that the depression presented in the patient decreased from a moderate level to a level without depression. **Conclusion:** symptoms associated with moderate depression decreased by 62%.

Keywords: moderate depression, cognitive behavioral therapy, violence against women

I. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación se describe un caso de depresión moderada de una mujer de 44 años víctima de violencia, el cual se abordó mediante una intervención de enfoque cognitivo conductual que se llevó a cabo en 14 sesiones. Se considera de actual importancia tratar la depresión de forma adecuada debido a que cada año muchas personas en su mayoría adolescentes y adultos jóvenes son diagnosticados con depresión en todo el mundo. Los factores psicosociales predispondrían a adolescentes y adultos jóvenes alrededor del mundo a sufrir depresión con una mayor intensidad, así como, aumentar ideaciones y/o intentos suicidas y en algunos casos lograr el suicidio en sí (Corea, 2021).

A continuación, se describe el contenido y los puntos tratados en cada uno de los siguientes apartados:

En el apartado I, se muestra la descripción del problema, antecedentes nacionales e internacionales sobre la terapia cognitivo conductual aplicado en casos de depresión, la fundamentación teórica sobre las variables de estudio, objetivos, justificación e impactos esperados.

En el apartado II, se expone el tipo y diseño de la investigación, ámbito temporal y espacial, conceptualización de las variables de estudio, descripción de la participante, técnicas e instrumentos aplicados, evaluación psicológica, evaluación psicométrica, informe psicológico integrador, intervención, procedimiento y consideraciones éticas.

En el apartado III, se detalla el análisis de los resultados, discusión de resultados y seguimiento del caso.

En los apartados IV, V, VI y VII, se presentan las conclusiones, las recomendaciones, las referencias del trabajo y, por último, los anexos.

1.1. Descripción del problema

La depresión es una enfermedad que se puede presentar de manera reiterativa y con una intensidad crónica, siendo necesario a veces un tratamiento de largo plazo. En la actualidad, la prevalencia de la enfermedad en la población es de 8% a 12%, siendo, además, la primera causa de discapacidad e influye de una manera significativa con la carga general de morbilidad debido a que se estima que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, asimismo, se ha detectado que las mujeres son las más propensas a padecer depresión que los hombres, pudiendo, incluso, llegar al suicidio (Villa, 2019).

Acorde a un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), enfermedades mentales como la depresión y ansiedad se incrementaron en un 25% durante el primer año de la pandemia en todo el mundo. Así tenemos que el incremento fue más significativo en mujeres que en hombres, siendo los jóvenes más propensos a presentar conductas suicidas y autolesiones.

En nuestro país, el total de casos de personas con depresión atendida durante el 2021 en los diferentes servicios de salud mental fue de 313 455, evidenciando un aumento de 12%, en comparación a cifras antes que inicie la pandemia por Covid-19 (Ministerio de salud [MINSAL], 2022).

Por otro lado, una de las causas más significativas en el origen de algunos problemas de salud mental, es la violencia de género, la cual se relaciona directamente con la depresión (Wurst, 2011, como se citó en Huerta et al., 2014).

Así tenemos que la violencia contra la mujer es cualquier acción que tenga como consecuencia el daño físico, sexual o psicológico, pues se trata de una clara expresión de poder y control de una persona sobre otra (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2020).

La violencia contra la mujer es un fenómeno que las afecta gravemente y también al grupo familiar en el hogar, el cual idealmente debería ser el lugar donde se propicie el amor, respeto, compañía y realización personal, sin embargo, termina siendo un lugar de alto riesgo para la integridad de las mujeres en dicha situación (Huerta et al., 2014).

Según una encuesta demográfica y de salud familiar, desarrollada en nuestro país en el 2019, entre los tipos de violencia ejercido contra la mujer por la pareja o esposo, la psicológica presenta los porcentajes más altos de prevalencia (52,8%), seguido de la violencia física (29,5%) y, por último, la violencia sexual (7,1%) (INEI, 2020).

Ante la problemática ya descrita, la psicología clínica ha desarrollado para los procesos de intervención, tratamientos basados en diversos enfoques, siendo uno de los más relevantes, la terapia cognitivo conductual, ya que cuenta con técnicas y procedimientos de probada eficacia en diferentes trastornos mentales, como la depresión, que buscan no solo tratar los problemas que afectan al individuo, sino también, desarrollar las habilidades de la persona (Hernández, 2013, como se citó en Acevedo y Gélvez, 2018).

1.2. Antecedentes

En el presente trabajo de investigación se describe algunos antecedentes tanto nacionales como internacionales de estudios realizados sobre la intervención cognitiva conductual en casos de depresión y que han probado su efectividad en la remisión de los síntomas depresivos, los cuales se presentan a continuación:

1.2.1. Antecedentes nacionales

Luza (2022), en su trabajo de diseño de caso único, se aplicó la terapia cognitivo conductual en una mujer de 38 años con depresión moderada y víctima de violencia de pareja; se tuvo como objetivo disminuir los síntomas depresivos. Se utilizó instrumentos psicológicos como el inventario de depresión de Beck (BDI-II) y el registro de opiniones forma A de Ellis. El programa se llevó a cabo en doce sesiones y se aplicó técnicas como psicoeducación,

respiración diafragmática, auto instrucciones, relajación muscular de Jacobson, detención del pensamiento, la reestructuración cognitiva. Por último, se halló que el nivel de depresión en la paciente se redujo significativamente.

Feijoo (2021), aplicó un programa de intervención cognitivo conductual en una mujer de 39 años con trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado, cáncer de colon y síndrome de maltrato por pareja. El objetivo fue identificar y modificar pensamientos distorsionados por unos más flexibles y lógicos. Se aplicó el test de matrices progresivas de Raven, el inventario clínico multiaxial de Millón II, el inventario de depresión de Beck, Inventario de pensamientos automáticos y la ficha de tamizaje violencia de pareja o ex pareja. El tratamiento constó de doce sesiones y las técnicas aplicadas fueron psicoeducación, reestructuración cognitiva, programación de actividades, dominio y agrado, autorregistros, tarjeta de apoyo y respiración diafragmática. Se logró una mejora significativa en su estado emocional.

Calderón (2020), llevó a cabo una intervención cognitivo conductual en un caso de depresión moderada en una mujer adulta de 29 años, a quien se le administró durante el pre tratamiento, el inventario de depresión de Beck, cuestionario de personalidad de Eysenck, el inventario clínico multiaxial de personalidad de Millon, entrevista y observación; durante la intervención, se aplicó técnicas como psicoeducación, técnicas de relajación, autorregistros, reestructuración cognitiva y entrenamiento en resolución de problemas. Los resultados post tratamiento muestran una reducción significativa de los síntomas de depresión.

Landa (2020), en su estudio de enfoque cuantitativo, tipo aplicada, nivel descriptiva no exploratoria, diseño no experimental, correlacional, transversal, tuvo el objetivo de determinar cuál es la influencia entre la terapia cognitivo conductual y la depresión en pacientes adultos de la ciudad de Pisco-Ica, la muestra estuvo conformada por 30 pacientes ambos sexos, entre edades de 26 a 67 años, 15 en control y 15 en experimento, con niveles de depresión leve

(13%), moderado (53%) y grave (33%) a quienes se les aplicó el inventario de depresión de Beck II y terapia cognitivo conductual, dando como resultado que solo el 2% presentaba depresión leve, lo cual demostró la influencia de la terapia cognitivo conductual, así como su eficacia.

Huaynates (2019), en su trabajo de diseño univariable multicondicional ABA, aplicó un programa cognitivo conductual para disminuir síntomas depresivos de nivel moderado en una mujer de 40 años. Se administró instrumentos como la entrevista, línea base, análisis funcional y cognitivo, autorregistro, inventario de depresión de Beck, la escala de personalidad de Eysenck y el inventario de personalidad de Millón. Se utilizó técnicas de relajación, autoinstrucciones, psicoeducación, biblioterapia, activación conductual y reestructuración cognitiva. La comparación de los resultados pre y post tratamiento, evidencian una reducción significativa de la sintomatología depresiva.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Generalí (2020), en su estudio sobre efectos de la terapia cognitivo conductual en mujeres con depresión que han sido víctimas de violencia de género, desarrollado en Uruguay; realizó una revisión de estudios de caso, estudios cuasi experimentales, pre experimentales y experimentales, revisiones sistemáticas, mediante la búsqueda de base de datos como Timbó, Pubmed, Scielo, Redalyc y Google académico, así como, referencias bibliográficas de los artículos encontrados en dichas bases; relacionados a casos de mujeres entre 18 y 70 años que han sufrido violencia de género. Entre los hallazgos, se expone que la violencia de género genera síntomas depresivos en la mujer; asimismo, se afirma que la terapia cognitivo conductual es eficaz en el tratamiento de la sintomatología depresiva.

Habigzang et al. (2019), en su estudio titulado, terapia cognitivo conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: estudio de casos múltiples, realizado en Brasil, tuvo por objetivo estudiar el proceso y determinar los resultados de la aplicación de la

terapia cognitivo conductual en cuatro mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja y con diagnóstico de depresión leve, moderada y grave, trastorno de estrés postraumático, estrés y ansiedad. Los síntomas de afectación en cada caso fueron evaluados tanto en el periodo pre y post tratamiento, mostrando la reducción de la intensidad y frecuencia de los síntomas, lo cual, refuerza la literatura acerca de la efectividad de la terapia cognitivo conductual para estos tipos de casos clínicos y a la vez psicosociales.

González (2019), aplicó una intervención cognitivo conductual en mujeres de 21 a 39 años, víctimas de violencia psicológica, con depresión moderada a grave. Estudio no experimental, cuantitativa y descriptiva, en el cual se administró el inventario de depresión de Beck y de desesperanza tanto en el pre y post tratamiento; la intervención duró 12 sesiones. Se concluyó que la terapia cognitivo conductual es eficaz para mujeres con depresión y víctimas de violencia psicológica.

Acevedo y Gélvez (2018), realizaron una intervención cognitivo conductual bajo la metodología estudio de caso en una mujer de 35 años de Bucaramanga- Colombia, con diagnóstico de trastorno depresivo persistente sin ideación suicida. Se utilizó instrumentos como historia clínica, entrevista abierta, inventario de depresión estado/rasgo (IDER) y el inventario de depresión de Beck (BDI-II). El tratamiento constó de 14 sesiones de 1 hora por semana y se aplicó técnicas como psicoeducación, técnica de re atribución, conceptualización alternativa, registro de pensamientos inadecuados, clasificación de distorsiones cognitivas, flecha descendente, dramatización racional emocional, cuestionamiento socrático, solución de problemas y entrenamiento en autoestima. Los resultados evidencian una reducción de los niveles de depresión.

Caballero (2014), en su investigación de tipo comparativo, tuvo como objetivo comparar el nivel de depresión antes y después de la intervención cognitivo conductual en una muestra que estuvo conformada por mujeres entre las edades de 20 a 49 años, a quienes se les

aplicó la escala de auto medición de depresión de Zung. La intervención psicoterapéutica se realizó en 6 sesiones, y los resultados denotan una notable disminución de los niveles de depresión.

1.2.3. Fundamentación teórica: descripción - caracterización de la variable dependiente y de la variable independiente

La depresión mayor o depresión clínica, se presenta bajo una condición de estado anímico depresivo persistente, pérdida de interés y otros síntomas somáticos, cognitivos y/o fisiológicos como alteración del sueño, dificultad en la concentración, disminución del apetito, sentimientos de desesperanza y desvalorización. El diagnóstico de depresión es factible siempre y cuando varios de los síntomas mencionados estén presentes durante por lo menos 2 semanas y afecte el desenvolvimiento de la persona en su vida diaria (Segal et al., 2008).

Para Beck et al. (1979, como se citó en Caballero, 2014), es un trastorno del pensamiento con alteración de la afectividad y de la conducta; es así que considera que la principal alteración está en el procesamiento o interpretación de la información que el individuo realiza acerca de determinadas situaciones.

Algunas de las secuelas de la depresión son fáciles de ser reconocidas por la persona afectada, como es el estado de ánimo bajo y los problemas de concentración. Otras pueden ser más complicadas de notar porque disminuyen la capacidad para interactuar del paciente con personas de su entorno como su familia o seres queridos debido a la intranquilidad que sienten por presentar pensamientos con contenido negativo (Segal et al., 2008).

La depresión puede provocar un mayor riesgo de suicidio, el cual se va acrecentando con cada nuevo episodio, propiciando un 15 % más de probabilidad de que aquellas personas con depresión recurrente severa que se encuentren internados en un hospital, mueran por suicidio (Keller et al., 1992, como se citó en Segal et al., 2008). Además, la depresión es

difícilmente analizada de forma aislada, pues, generalmente, se suele presentar al mismo tiempo ansiedad (Sargeant et al., 1990, como se citó en Segal et al., 2008).

La depresión es producto de la interrelación múltiple entre factores biológicos, sociales y psicológicos. Siendo los más vulnerables de sufrir depresión, aquellos que han experimentado situaciones vitales difíciles (desempleo, duelo, situaciones traumáticas), además, la depresión puede propiciar mayor disfuncionalidad y, por consiguiente, empeorar la vida del individuo afectado (Villa, 2019).

Una de las características principales del episodio depresivo mayor es que durante dos semanas consecutivas, se presenta ánimo depresivo o pérdida de interés en realizar actividades que antes eran placenteras. Adicionalmente, se puede manifestar al menos cuatro síntomas más, como cambios en el apetito, peso y actividad psicomotora, así como, déficit de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, tomar decisiones, concentrarse y pensamientos frecuentes de muerte, ideación y/o intentos de suicidio; los síntomas ya mencionados, deben darse durante la mayor parte del día, casi cada día, de modo, que provoque un malestar significativo que altere el funcionamiento tanto social como de otras áreas de la vida del individuo (American Psychiatric Association [APA], 2014).

En algunos casos, hay pacientes que, en vez de expresar sentimientos de tristeza, manifiestan malestar de índole somático; asimismo, se puede presentar un incremento de ira, irritabilidad y frustración hasta cierto punto exagerado ante situaciones que no lo justifiquen (APA, 2014).

Entre los factores de riesgos para la aparición de un episodio depresivo, se considera el factor temperamental, pues, niveles altos de neuroticismo o afectividad negativa contribuiría a una mayor vulnerabilidad ante situaciones vitales perturbadoras, siendo estas últimas, también un factor de riesgo de tipo ambiental, sobre todo, cuando se experimentan acontecimientos negativos en la infancia. Otro factor de riesgo es el genético, ya que, familiares de primer grado,

presentan mayor probabilidad de presentar dicha depresión en algún momento de su vida (APA, 2014).

Los episodios depresivos pueden clasificarse dependiendo del número e intensidad de los síntomas en leves, moderados o graves. La persona con nivel de depresión leve puede tener algunas complicaciones para continuar con sus actividades laborales y sociales cotidianas, lo cual no quiere decir que las valla a abandonar necesariamente. Durante un episodio depresivo grave, la persona afectada quizás pueda continuar con sus actividades sociales, laborales o domésticas, pero, con muchas limitaciones y dificultades para realizarlas (Villa, 2019).

Mientras más leve sea la depresión, el paciente puede apreciar con cierta objetividad sus pensamientos negativos, no siendo así, cuando la depresión alcanza un mayor nivel de gravedad; ya que, los pensamientos negativos lo dominaran de una forma más persistente, incluso, si no existe una relación lógica entre una determinada situación y sus interpretaciones negativas (Beck et al., 2010).

En lo que respecta a las emociones, es muy importante identificar las expresiones emocionales perturbadoras del paciente, porque de este modo, se puede tener indicios de una cognición inadecuada. También, es esencial durante las primeras etapas de la terapia cognitiva, reincorporar al paciente a un nivel de funcionamiento similar al que tenía antes de la depresión, sobre todo, con los más deprimidos (Beck et al., 2010).

En cuanto a la variable independiente, terapia cognitivo conductual se define como una acción terapéutica que se enfoca en el cambio conductual, cognitivo y emocional mediante procedimientos que cuentan con sustento científico y empírico, dirigidos principalmente a la modificación de procesos cognitivos que sirven de base para el comportamiento desadaptativo (Ruiz et al., 2012).

La terapia cognitiva conductual es una forma de intervención psicoterapéutica que se centra en el cambio de pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas

disfuncionales asociadas a trastornos mentales por respuestas más adaptativas (Sánchez, 2008, como se citó en Puerta y Padilla, 2011).

La terapia cognitivo conductual es un enfoque terapéutico que resulta de la conjunción casi complementaria entre la terapia cognitiva y de la terapia basada en técnicas de modificación de conducta. Al enfocarnos en la perspectiva cognitiva para el tratamiento de trastornos emocionales como la depresión, Beck toma en cuenta tanto principios conductuales como cognitivos para fundamentar su terapia cognitiva de la depresión (Zayfert y Black, 2008, como se citó en Calderón 2020).

En lo referente a la terapia cognitiva, Beck et al. (2010) señala:

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, etc.). Se basa en el supuesto teórico de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (p.13).

El modelo cognitivo que explica el origen de la depresión hace referencia a tres postulados: en primer lugar, tenemos la triada cognitiva, en el cual el paciente se subestima y se autocrítica, por tanto, desarrolla una visión negativa de sí mismo; además, percibe sus experiencias de una forma negativa, en términos de derrota y percibe el futuro de una forma pesimista, esperando solo sufrimiento. En segundo lugar, el modelo de esquemas que equivale a decir patrones cognitivos estables que localizan, diferencian y codifican estímulos del entorno del individuo y este a su vez los categoriza y evalúa (Beck et al., 2010).

En tercer lugar, se hace referencia a los errores en el procesamiento de la información, los cuales validan y sostienen las creencias negativas de la persona con depresión, así haya evidencias que las refuten y son las siguientes: inferencia arbitraria, consiste en llegar a una conclusión sin evidencia que la respalde; abstracción selectiva, al dejar de lado aspectos

importantes para centrarse en lo secundario; generalización excesiva, al elaborar reglas generales a partir de uno o varios hechos aislados; maximización y minimización, al evaluarse a uno mismo u otros negativamente mientras se minimiza lo positivo o viceversa; personalización, al tomarse a uno mismo como responsable de sucesos externos; y pensamiento dicotómico, al analizar una situación bajo dos categorías opuestas sin considerar posibilidades intermedias (Beck, 1967, como se citó en Beck et al., 2010).

Luego, Mckay et al. (1988, como se citó en Victoria et al., 2019) adicionaron 15 distorsiones más, pero se mencionarán sólo algunas, ya que, una parte de ellas son análogas a las ya descritas, siendo las siguientes: interpretación del pensamiento, al tener certeza acerca de las actitudes o ideas de los demás; visión catastrófica, al vislumbrar solo situaciones negativas a corto o largo plazo; falacia de control, al creer y tratar de tener el control en diversas situaciones o atribuir el control a factores o personas externas; falacia de cambio, al creer que son otros los que tienen que cambiar primero antes que uno mismo; y los debería, al conceptualizar al mundo y a los demás bajo términos de exigencia.

En cuanto a las técnicas conductuales, éstas constituyen un medio para modificar cogniciones disfuncionales que originan y mantienen los síntomas depresivos, permitiendo la comprobación o validez de dichas creencias (Ruiz et al., 2012).

Por otra parte, es necesario tener en claro en que consiste la violencia contra la mujer; es así que, La Organización de las Naciones Unidas ([ONU], 1994, como se citó en Beckford, 2017), en el artículo 1° de la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, señala que es todo acto que dañe o cause malestar físico, sexual y psicológico a la mujer solo por el hecho de serlo; asimismo, entre los actos violentos se considera, adicionalmente, las amenazas, coacción y privación ilegal de la libertad ya sea que se den en la vida pública o privada.

Entre los tipos de maltrato, se menciona el maltrato físico, el cual implica cualquier acción que haga uso de la fuerza y provoque daño, dolor y padecimiento en el cuerpo de la mujer, como son las cachetadas, pellizcos, golpes, heridas, fracturas y quemaduras, del mismo modo, la no asistencia o apoyo ante enfermedades o lesiones que sean resultado de una agresión, se considera maltrato (Garrida et al., 2010).

El maltrato sexual, es aquel acto de índole sexual realizado de forma violenta, bajo amenazas o coacción en contra de la mujer sin que ella de su consentimiento, sin importar que esta agresión sea perpetuada por su pareja u otra persona; se incluye acciones como exhibicionismo, gestos, palabras obscenas, voyerismo, forzarla a ver pornografía, tocamientos y violación por vía vaginal, anal o bucal (Garrida et al., 2010).

El maltrato psicológico, consiste en atentar la salud psíquica y emocional de la mujer, así como su dignidad, con la finalidad de que el hombre imponga como ella debe comportarse y así ejerza control sobre ella mediante acciones como insultar, humillar, ridiculizar, impedirle trabajar, exigirle un límite en lo que puede gastar, no pasar pensión, impedirle reunirse con familiares o amistades, escuchar sus conversaciones, gritar, mostrar armas y amenazas de llevarse a los niños o hacer daño (Garrida et al., 2010).

Los factores que pueden ocasionar depresión en mujeres víctimas de violencia de género son diversas, como la sensación de fracaso personal, ausencia de redes sociales de apoyo, dificultades económicas, abandono del hogar y cambio en las actividades del día a día (Labrador et al., 2010, como se citó en Generali, 2020).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Disminuir los síntomas asociados a la depresión moderada en una mujer víctima de violencia mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual.

1.3.2. *Objetivos específicos*

- Disminuir las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión moderada.
- Modificar pensamientos automáticos.
- Regular las emociones en la usuaria.
- Disminuir conductas disfuncionales en relación consigo misma y sus hijos.

1.4. Justificación

El presente trabajo contribuye a nivel teórico con la literatura científica acerca del abordaje de la depresión en mujeres víctimas de violencia; ya que, se realizó una revisión bibliográfica de las técnicas utilizadas; siendo este, un estudio necesario para entender los factores psicosociales que pueden incrementar el nivel de afectación en mujeres en dicha situación. Asimismo, a nivel práctico, es preciso brindar un abordaje adecuado, efectivo y breve a mujeres con depresión, víctimas de violencia; por tanto, las técnicas cognitivo conductual utilizadas en el programa de intervención del presente estudio, benefician no solo a las usuarias que asisten a los Módulos de Violencia Intrafamiliar, sino también, a los psicólogos que las atienden, ya que, pueden replicar el abordaje del caso clínico de depresión planteado.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

En relación con la paciente, se espera lograr los objetivos psicoterapéuticos propuestos a fin de disminuir la sintomatología depresiva presente, así como, consolidar el aprendizaje de formas adaptativas y funcionales tanto de índole conductual como cognitivo para afrontar situaciones activadoras de depresión. Por otro lado, se espera contribuir con más información empírica que respalde la eficacia de la terapia cognitivo conductual en casos de depresión bajo un contexto de violencia, similares al caso tratado en el presente trabajo, de modo que pueda servir de referencia para futuras investigaciones en el ámbito de la psicología clínica, ya que, en nuestro país, estudios realizados bajo esta temática y de intervención individual, no son profusos.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es aplicada (Kerlinger, 1975), bajo un diseño de caso único con preprueba y posprueba, pues, presenta un nivel mínimo de control y hay una medición inicial y final (Hernández et al., 2014).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio tuvo lugar en el Módulo de Violencia Intrafamiliar del Centro de Salud Mental Comunitario Nancy Reyes Bahamonde, ubicado en la calle San Rodolfo 441, Urb. Villa Marina, Chorrillos, Lima. La intervención se realizó entre los meses marzo y junio del 2023.

2.3. Variables de investigación

2.3.1. *Variable independiente*

La variable independiente es aquella susceptible de ser manipulada por el investigador y, además, es la presunta causa que influye en otra variable en la que se puede observar los efectos y que se denomina variable dependiente (Hernández et al., 2014). Considerando lo descrito, en el presente trabajo, la variable independiente es intervención cognitivo conductual.

2.3.2. *Variable dependiente*

La variable dependiente es aquella susceptible de ser medida, debido a su posición de variable consecuente ante la variable independiente bajo manipulación (Hernández et al., 2014). Considerando lo citado, en el presente trabajo, la variable dependiente es depresión moderada.

2.4. Participante

Paciente de 44 años, con educación técnica, trabaja de forma independiente; vive con sus dos hijos menores de edad en el distrito de Chorrillos. Acude a consulta por primera vez, manifestando que se siente muy desganada, cansada y sin motivación para seguir adelante, consecuentemente, señala que se encuentra muy estresada por problemas con el padre de sus

hijos, quien continuamente la maltrataba, enviándole mensajes de amenazas e insultos, pues, ella lo denunció por no cumplir con la pensión de alimentos; por el momento, ella se las arregla para cubrir las necesidades básicas de sus hijos; pero, indica que se siente sola y sin esperanzas, al no tener realmente alguien que la apoye.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

Las técnicas cognitivas son utilizadas con el propósito de que el paciente pueda demarcar y probar la validez de sus pensamientos y supuestos desadaptativos; por otro lado, las técnicas conductuales son aplicadas para cambiar las conductas del paciente, así como, inducir pensamientos relacionados a dichas conductas (Beck et al., 2010).

2.5.1.1. Respiración diafragmática. Es un tipo de respiración en el que el diafragma juega un papel importante, ya que, implica movimientos continuos tanto de las costillas inferiores y parte superior del abdomen (Ruiz et al., 2012).

2.5.1.2. Búsqueda de soluciones alternativas. Consiste en ampliar la capacidad limitada del paciente con depresión para definir de forma lógica y bajo un adecuado razonamiento, alternativas de solución a sus problemas mediante la toma de distancia respecto a sus cogniciones o patrones de pensamientos rígidos. Basado en lo anterior, esta técnica permite que el paciente deje de ver sus problemas como insuperables (Beck et al., 2010).

2.5.1.3. Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson. Trabaja la disminución progresiva de la tensión muscular con el fin último de aminorar los niveles de activación. Se procede a tensar y destensar determinados músculos, mientras que al mismo tiempo el paciente percibe atentamente las sensaciones producidas por tales movimientos (Ruiz et al., 2012).

2.5.1.4. Programación de actividades. En participación conjunta, el terapeuta y el paciente durante la sesión definen las actividades a realizar, teniendo en cuenta, el nivel de

dificultad que representan para el paciente, mediante la jerarquización de los mismos. A fin de que el paciente se auto perciba con la capacidad de controlar su tiempo y realizar determinadas actividades, es necesario que el programa sea lo más objetivo posible (Ruiz et al., 2012).

2.5.1.5. Técnica de dominio y agrado. Consiste en realizar todos los días, actividades de disfrute, asignadas por el terapeuta, durante un tiempo determinado, en el cual los cambios de humor o disminución de sentimientos depresivos experimentados son registrados por el paciente. Se solicita que el paciente al realizar varias actividades, anote el nivel de dominio y agrado en la realización de cada una de ellas (Beck et al., 2010).

2.5.1.6. Entrenamiento asertivo. Consiste en entrenar formas o conductas adecuadas para desenvolverse ante situaciones o personas que son percibidas como generadores de ansiedad, por ejemplo, desarrollar la capacidad de decir no, hacer preguntas, pedir ayuda, dar opiniones, entre otras (Ruiz et al., 2012).

2.5.1.7. Role-playing. Es una técnica que se centra en comprobar o refutar determinadas hipótesis relacionadas a las creencias del paciente entorno a acciones específicas mediante el ensayo conductual durante la sesión conjuntamente con el terapeuta (Ruiz et al., 2012).

2.5.1.8. Psicoeducación. Consiste en brindar información resumida al paciente acerca del enfoque teórico en el que se sustenta la intervención psicoterapéutica, así como, su diagnóstico, caso clínico y tratamiento. Mediante esta técnica se busca asegurar la adherencia al tratamiento a fin de lograr los objetivos psicoterapéuticos (Camacho, 2003; como se citó en Calderón, 2020).

2.5.1.9. Autorregistros. Brinda información acerca de situaciones, personas o conductas que reduzcan o aumenten el malestar en el paciente, así como, su estado emocional valorado en una escala que va de 0, sentirse muy mal, hasta 100, sentirse muy bien (Ruiz et al., 2012).

2.5.1.10. Distracción externa. Consiste en disminuir sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad mediante actividades distractoras como ver televisión, leer un libro, escuchar música, entre otros, asimismo, se puede optar por enfocar la atención al entorno o a la propia experiencia sensorial (Ruiz et al., 2012).

2.5.1.11. Imaginación positiva. Es una técnica en la cual el terapeuta solicita al paciente desarrollar fantasías o imágenes de contenido positivo de modo para apaciguar el malestar emocional producido por las imágenes negativas. Cuando la sensación de malestar va en aumento, la imaginación positiva sirve como una técnica distractora (Beck et al., 1979, citado por Ruiz et al., 2012).

2.5.1.12. Descubrimiento guiado. Se trata de retar o debatir las creencias distorsionadas del paciente mediante el cuestionamiento socrático a fin de que el paciente formule por sí mismo pensamientos alternos (Ruiz et al., 2012).

2.5.2. Instrumentos

2.5.2.1. Inventario de depresión de Beck II. El objetivo de la segunda edición del inventario de depresión de Beck II, busca determinar durante las dos últimas semanas, la intensidad de los síntomas de depresión en personas de 13 años de edad en adelante. El inventario se compone de 21 ítems, contando cada ítem con cuatro alternativas de respuesta que van desde menor a mayor gravedad, 0 a 3; la puntuación total oscila entre 0 y 63 puntos (Beck et al., 1996, como se citó en Barreda, 2019). Para la corrección, una vez elegido el puntaje en cada ítem de acuerdo a la respuesta, se procede a sumar el total y se interpreta el resultado a partir de lo siguiente: de 0 a 9 no hay depresión, de 10 a 18 puntos es depresión leve, de 19 a 29 puntos es depresión moderada y mayor a 30 se considera depresión grave (Luza, 2022).

La validez y confiabilidad del instrumento se obtuvo mediante su aplicación en una muestra compuesta por 400 personas que asistieron a consulta externa en un hospital

especializado en salud mental de Lima, compuesto por 209 mujeres y 191 hombres. El instrumento presenta una validez de contenido, V de Aiken de 0.99, por otro lado, la validez de constructo se obtuvo a través del análisis de componentes principales, siendo este unifactorial. Además, la confiabilidad obtenida por consistencia interna, presenta un alfa de Cronbach de 0.93 (Barreda, 2019).

2.5.2.2. Inventario clínico multiaxial de Millon II. Fue publicado en Madrid en 1999 por su autor Theodore Millon; siendo su objetivo la exploración e identificación de personas con problemas emocionales e interpersonales (Millon, 1987; como se citó en Solís, 2007). Su aplicación puede ser individual o colectiva en personas mayores de 17 años; consta de 175 ítems con respuestas dicotómicas, Verdadero/Falso. La calificación se realiza de manera manual o computarizada y se suma las respuestas positivas; siendo las de mayor importancia aquellas por encima de los 85 puntos.

La validez y confiabilidad del instrumento, se obtuvo mediante su aplicación en una muestra de 183 pacientes de dos instituciones de salud mental de Lima Metropolitana, de los cuales 73 fueron mujeres y 110 varones, ambos entre las edades de 17 y 54 años. Presenta validez interna de acuerdo con los puntajes de la correlación de Pearson, ya que, existe una relación significativa entre síntomas clínicos (Eje I) y personalidad (Eje II), asimismo, presenta fiabilidad por encima de 0.80, lo cual indica que la consistencia es adecuada; al realizar el análisis factorial, se obtuvo tres factores que explica el 80.19% de la varianza (Solís, 2007).

2.5.2.3. Inventario de pensamientos automáticos. Creado por Ruiz y Luján en 1991; es una escala de aplicación individual que consta de 45 ítems, cuyo objetivo es medir la frecuencia con que se presentan pensamientos automáticos negativos y 15 distorsiones cognitivas; cada ítem tiene 4 alternativas de respuesta que se puntúan de 0 a 3, siendo las siguientes: 0 = “casi nunca pienso eso”, 1 = “algunas veces lo pienso”, 2 = “bastantes veces lo pienso” y 3 = “con mucha frecuencia lo pienso”. El inventario fue validado en una muestra de

556 universitarios entre mujeres y hombres de 18 a 30 años de Lima metropolitana; siendo el contenido de los ítems representativo de acuerdo al criterio de jueces, asimismo, el análisis factorial exploratorio evidencia tres factores: catastrofismo, externalidad y egocentrismo, los cuales alcanzan valores de 0.76 a 0.91, por último, la fiabilidad fue obtenida mediante el coeficiente omega (ω), obteniéndose una razonable consistencia interna de 0.91 en el Factor 1, 0.80 en el factor 2 y 0.76 en el factor 3 (Gamarra y Vela, 2020).

2.5.2.4. Inventario de personalidad de Eysenck forma b. Es un instrumento que evalúa las dimensiones E y N de la personalidad, la primera dimensión comprende introversión y extroversión, y la segunda, dimensión N, comprende estabilidad e inestabilidad. Fue creado por Hans, Jurgen Eysenck y Sybil Blanca Eysenck en 1964. Se puede aplicar de manera individual o colectiva en adultos a partir de los 16 años en adelante; el inventario presenta validez de contenido por criterio de jueces y obtuvo valores entre 41 y 50; en cuanto a la confiabilidad, se aplicó el test en un grupo piloto de 40 estudiantes mayores de 18 años de la carrera técnica de farmacia de un instituto de la ciudad de Tarapoto y se utilizó el coeficiente Kuder-Richardson, obteniéndose 0.600, valor aceptable de confiabilidad (Flores, 2019).

2.5.2.5. Hoja de autorregistro. Mediante este instrumento se procede a identificar y cambiar cogniciones, anotándolas con sus respectivas respuestas catalogadas como adaptativas, en columnas paralelas. Además, de ser necesario se puede incluir columnas adicionales donde se mencionen las conductas y emociones relacionadas a una determinada cognición y la situación que la precedió (Beck et al.,2010).

2.5.3. Evaluación psicológica

2.5.3.1. Datos de filiación.

Nombres y apellidos : RM

Edad : 44

Lugar y fecha de nac. : Lima, 06/06/1978

Estado civil : soltera

Grado de instrucción : técnica

Ocupación : trabajo independiente

Religión : católica

Fecha 1^{era} entrevista : 11 de febrero de 2023

Vive con : sus 2 hijos

2.5.3.2. Observación psicológica. La evaluada durante la entrevista se muestra colaboradora y con predisposición a recibir ayuda profesional, lo cual permite una buena adherencia al tratamiento, asimismo, mantiene contacto visual continuo, su ritmo de habla es pausado con una voz de volumen moderado, por momentos, su voz se entrecorta y sus ojos se ven llorosos. En cuanto a su arreglo personal, refleja adecuada higiene y viste acorde a la estación.

2.5.3.3. Problema actual.

A. Motivo de consulta. La paciente acude a consulta refiriendo: “desde hace tres meses no me he estado sintiendo bien, tengo muchas preocupaciones; hay noches en las que no puedo dormir, me siento cansada, triste por todo el problema que estoy atravesando en estos momentos, pues hace unos 4 meses, denuncié al padre de mis hijos por no cumplir con la pensión; en mi desesperación antes de denunciar, constantemente, yo lo llamaba y a veces lo buscaba en su trabajo para pedirle que deposite la pensión pero solo me ganaba insultos y malos tratos, me decía que no tenía plata, y que me iba a denunciar por maltrato psicológico si lo

seguía buscando, que era una loca de m..., que estaba mal de la cabeza, que por mi culpa nuestro matrimonio se terminó, porque según él, yo lo descuidé, por ello, después de que lo denuncié, me escribía por wasap y me insultaba, me decía que era una vieja, que cómo podía denunciar al padre de sus hijos, y que ahora sí no me dará nada; por eso, lo volví a denunciar pero esta vez por maltrato psicológico, aunque a veces me siento culpable, pues él es el padre de mis hijos, tengo miedo que después mis hijos me reclamen porque metí a su papá a la cárcel. A pesar que tengo medidas de protección, él sigue insultándome por mi WhatsApp, incluso amenaza con quitarme a mis hijos; desde entonces anímicamente me siento decaída, no solo por los problemas económicos, sino también, porque muchas veces me siento sola con toda esta situación, nosotros tuvimos un matrimonio de 12 años, hasta que él me engañó, para mí eso fue un golpe muy fuerte en mi vida, el hecho para mí que me haya traicionado, fue demasiado, ya que por mucho tiempo aguanté muchas cosas, luego, él se fue de la casa para vivir con la que era su amante; yo contaba con que él siempre me apoyaría en todo, le soporté tantas cosas, incluso durante la pandemia se la pasó sin trabajar ni hacer nada, y yo lo comprendí, pero ahora me siento sola, no tengo ganas de hacer nada, pero igual tengo que trabajar, siento a veces querer no despertar más, para no angustiarme”.

B. Descripción del problema actual. Paciente refiere tener desde hace 3 meses poco apetito, sólo come la mitad del plato, ha perdido peso pasando de 70 a 58 kilos; casi todas las mañanas al despertar, siente cansancio, pues no puede dormir bien en las noches, se acuesta generalmente a las 11pm, pero recién logra dormir alrededor de las 2 am y se levanta a las 6 am, después, se viste, desayuna un poco y ayuda a sus hijos a alistarse para ir al colegio. Piensa “quisiera no despertar, y sólo descansar”, “estoy harta de solo tener problemas en mi vida”, “a nadie le importa cómo me siento”, “necesito el amor y comprensión de alguien, sola no puedo”, “mientras yo estoy aquí preocupada por el dinero, él está tranquilo con su nueva vida”,

provocando en RM tristeza (8/10) y ansiedad (5/10), una vez que está sola en casa, se encierra en su habitación y llora; luego siente cólera (6/10).

Asimismo, cuando ayuda a su hija de 13 años a hacer su tarea en las tardes, se pone ansiosa (8/10), pues, pierde rápido la paciencia, grita a su hija cuando no comprende las tareas, e incluso le jala el cabello, lo cual provoca que su hija llore, y RM se sienta culpable (7/10). Piensa: “no es fácil trabajar y tener que lidiar al mismo tiempo con problemas como los míos”, “los problemas me sobrepasan”, “parece que nunca seré feliz”, “soy una mala madre”, “qué horrible persona soy”, luego, siente tristeza (8/10). Esta situación sucede cada vez que su hija le pide ayuda con sus tareas.

Cuando está en su casa los fines de semana, se pone triste (8/10) y suele tener dolores de cabeza; RM se ocupa de preparar la comida para sus hijos, pero lo hace con gran esfuerzo, pues no tiene ganas, pero sabe que tiene que hacerlo. Generalmente, lo pasa en su casa, no tiene ganas de salir con sus hijos. Piensa: “si tan solo Julio no se hubiera ido del hogar todo sería diferente”, “quizás no debí denunciarlo, finalmente es el padre de mis hijos”, “yo no merezco todos estos problemas”, luego, piensa “No tengo ganas ni dinero para salir y pasear con mis hijos, ni siquiera eso puedo darles”, “soy incapaz”.

C. Desarrollo cronológico del problema actual. A los 12 años, su padre fallece por cáncer, recuerda que para ella fue cómo perder a la única persona que sí la quería, pues en su familia, sólo su padre era cariñoso y amable con ella; recuerda que se deprimió mucho, incluso repitió el año en el colegio, no obtuvo atención psicológica.

A los 19 años, descubre que su enamorado, le era infiel; razón por la cual, ella se siente devastada, recuerda que se deprimió un montón, pues, habían tenido una relación de tres años; ella refiere: “me había apegado tanto a él, teníamos planes para vivir juntos, ya que él sabía que yo no quería seguir viviendo con mi mamá, pues no me trataba bien, pero me engaño, fue tanta mi decepción que incluso tenía pensamientos de querer morir”.

A los 30 años, comienza a convivir con el padre de sus hijos, RM expresa que: “el primer año, todo era tranquilo, pero cuando quedé embarazada de Valeska, las cosas empezaron a cambiar, él se volvió más renegón, empezaba a gritar; con el tiempo, se tornó más crítico conmigo, yo trataba de entenderlo, pues teníamos muchos problemas de dinero, yo no podía trabajar, ya que Valeska aún estaba bebé, las cosas empeoraron, llegó incluso a pegarme y a querer ahorcarme delante de mis hijos cuando eran pequeños, yo no lo denuncié porque no quería hacerle daño, no quería que mis hijos crezcan sin un padre”.

A los 37 años, después del nacimiento de su hijo, le detectan depresión postparto, recuerda que se sentía muy triste porque su embarazo lo pasó muy mal, su esposo era agresivo con ella, él no quería tener al bebé, incluso durante el embarazo, la pateó en el vientre.

Hace 1 año, RM descubre que su esposo la engañaba; lo cual hizo que ella se sienta muy mal, se sentía triste todo el tiempo, no podía dormir, y andaba de mal humor. Refiere “me dolió mucho que me traicione y luego se vaya con su amante; soporté muchas cosas, sus constantes maltratos, siempre me decía que yo sin él no era nada”, “sentí que el mundo se me venía encima, y todo lo aguanté porque quería darle una familia con un papá a mis hijos, pues yo perdí el mío siendo aún una niña”.

2.5.3.4. Historia personal.

A. Desarrollo inicial. Sus padres no planificaron tenerla, pero, estuvieron contentos con la llegada de RM, el periodo gestacional se desarrolló con normalidad, sin complicaciones en el parto, asimismo; su desarrollo psicomotor se dio dentro de lo esperado.

B. Conductas inadecuadas en la infancia. Recuerda que cuando tenía 6 o 7 años, no le gustaba que la dejen sola en ningún momento, se ponía ansiosa si no veía a alguien de su familia cerca, se ponía a llorar, lo cual provocaba que su madre se molestara y la castigaba físicamente con jalones de cabello. Además, cuando, la invitaban a fiestas de cumpleaños de sus amigos del colegio, ella lloraba porque no quería ir, pero su madre igual la llevaba a la

fuerza, y ella en la fiesta, se aislaba de todos, quedándose sentada y callada, no interactuaba con otros niños.

C. Actitudes de los padres frente a la niña. Refiere que su madre era una persona muy estricta, y poco paciente, trabajaba mucho, era vendedora de flores; recuerda que con ella nunca ha tenido confianza como para contarle sus cosas, porque lo más probable es que le iba pegar o criticar si se enteraba que RM había hecho algo mal, no era expresiva ni afectuosa; por el contrario, su padre, si era muy cariñoso, a ella y sus hermanas les traía dulces y algunos juguetitos, pero era demasiado pasivo, él hacía lo que su madre quería, era reservado, no hablaba mucho.

D. Niñez y adolescencia. Cuando era niña, pasaba mucho tiempo al cuidado de su abuela materna quien vivía cerca a la casa de sus padres, a veces, quedaba al cuidado de sus hermanas mayores, pues sus padres trabajaban prácticamente todo el día, llegaban en la noche y su madre revisaba sus tareas todos los días, era muy exigente y estricta con los estudios; recuerda que, hasta los primeros años de la educación primaria, era muy tímida y solo andaba con una o dos amigas, no interactuaba con el resto de sus compañeros. Cuando llegó a la adolescencia, tuvo más amigos, pero era muy influenciable, le preocupaba mucho que sus amigas no la quieran más en su grupo. Piensa que era así porque, en casa se sentía sola, sus hermanas mayores se dedicaban a lo suyo y como ella era la menor, no le ponían mucha atención, además, su padre ya había fallecido, y por eso, RM cree que se aferró a su grupo de amigas del colegio.

E. Instrucción y educación. Cuando cursaba la educación inicial, era una niña callada, tenía pocas amistades, pero eso sí era muy inteligente, se aprendió el abecedario completo a los 4 años; al entrar a la primaria, sus notas eran altas, tenía facilidad para aprender matemáticas, aunque también le iba bien en letras, hasta que murió su padre cuando ella estaba en el 6to grado de primaria y sus notas bajaron significativamente y repitió el año. En la

secundaria, disfrutaba mucho de los cursos como biología, ciencias naturales, un poco de geometría, etc., obtenía notas promedio, su desempeño ya no era como cuando estaba en la primaria, RM supone que fue por andar distraída con sus amigas con quienes después del colegio se iba a jugar vóley; al terminar la etapa escolar (17 años), no sabía que estudiar, además, su madre no tenía dinero para pagarle sus estudios, así que por unos 3 años, trabaja ayudando a su madre en el negocio de venta de flores, luego, decidió estudiar en un instituto la carrera de profesora en educación inicial; disfrutaba mucho de la carrera.

F. Área laboral. Cuando término el colegio, trabajaba ayudando a su madre en la venta de flores, lo hacía para ahorrar para sus estudios y apoyar con los gastos en casa.

Luego, trabajó en varios nidos por varios años, asimismo, de vez en cuando vendía lo que pudiera para conseguir un ingreso adicional ya que el dinero no le alcanzaba. Cuando inició la pandemia, se quedó sin trabajo, así que empezó a vender mascarillas, alcohol y otras cosas por internet, desde entonces, no se le ha hecho posible conseguir otro puesto laboral en un nido, debido a los horarios de trabajo, ya que ella sola cuida a sus hijos; por tanto, trabaja de forma independiente, vendiendo productos importados en internet, también gaseosas, cigarrillos, cerveza y galletas a sus vecinos.

G. Desarrollo psicosexual. Sobre sexualidad en su familia nunca se ha hablado de esas cosas, su madre era tan conservadora que incluso no le explicó sobre la menstruación cuando ella estaba en la etapa de la pubertad, señala que obtuvo más información en el colegio donde iban unas enfermeras a darnos charlas de educación sexual. RM recuerda que su primera relación sexual fue cuando tenía 18 años con un enamorado con quien tuvo una relación de 3 años, pero la relación se termina porque él la engañó con su amiga, luego, tuvo dos novios más, pero esas relaciones no prosperaron, uno de ellos se fue a trabajar al extranjero, y con el otro, ella decidió terminar la relación. A los 29 años, conoce al padre de sus hijos con quien estuvo alrededor de 1 año como enamorados, luego deciden vivir juntos y al año ella queda

embarazada de su hija Valeska, recuerda que su madre y hermanas la criticaron mucho, le dijeron que ese hombre no le convenía, y que, si se iba a vivir con él, que no venga llorando después, que ellas no le ayudarían. Refiere que “los primeros años, él era amable, trabajaba como profesor de educación física en un colegio, aunque a veces cuando se molestaba, gritaba y eso era algo que no me gustaba y se lo decía, pero él refería que era así su forma de ser, jugaba con los niños, les enseñaba a jugar fútbol y a hacer deporte, pero cuando llega la pandemia, y pierde su trabajo, él se quedó en casa, cuidando a los niños, aunque a veces los dejaba solos, diciendo que se iba a buscar trabajo, pero no conseguía nada, ya no era el mismo, ya no apoyaba en casa, paraba renegando, a mí me gritaba por tonterías, me decía que yo no hacía bien las cosas, que estaba gorda, yo también estaba desempleada en ese momento, pero a diferencia de él, yo si busqué la forma de ganar dinero y lo hice vendiendo por internet, en cambio él se cruzó de brazos, incluso, una vez discutiendo, me dio una cachetada, me quiso ahorcar y los niños vieron eso y se pusieron a llorar, todo eso soporté porque pensé que era porque no conseguía trabajo, pero luego descubrí que era porque ya andaba con otra mujer con quien luego se fue a vivir.

H. Actitudes y preferencias religiosas. RM creció en una familia católica, fue bautizada a los 2 años, pero no hizo su primera comunión, ni confirmación, según refiere, sus padres no eran realmente católicos practicantes, todo su tiempo lo dedicaban al trabajo, no iban a misa y no mostraban interés para que RM y sus hermanas se preparen para recibir los santos sacramentos.

I. Interacción social. Desde la infancia era una niña tímida, tenía muy pocos amigos, no era de iniciar una conversación, se ponía nerviosa y generalmente jugaba sólo con una amiga durante el recreo, no le gustaba asistir a los cumpleaños de sus compañeros de clase, luego, en la secundaria, andaba con un grupito de amigas, recuerda que, en esos tiempos, salía con sus amigas después del colegio y se iban a jugar vóley antes de regresar a casa, considera que sí

eran amigas, el grupo con el que interactuaba. Actualmente, tiene amistades de su anterior trabajo en un nido, a veces le piden para reunirse, pero ella se niega, dando cualquier excusa, pero en realidad no tiene ganas y tampoco dinero para gastar.

J. Hábitos e intereses. Solía salir a correr a la playa, pero en los últimos meses, ya no lo hace, porque se siente cansada.

K. Enfermedades y accidentes. Presenta diagnóstico de hipertensión arterial controlada.

2.5.3.5. Historia familiar.

A. Relaciones familiares.

Tabla 1

Datos familiares de la participante

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de instrucción
Hija	Valeska	13	Primaria
Hijo	Rodrigo	6	Primaria

Nota. Elaboración propia.

En cuanto a su relación con su hija mayor Valeska, señala: “mi relación con ella es muy cercana, me conversa mucho sobre sus amigas y las cosas que le interesa, es muy inteligente, aprende rápido, es muy sociable, conversadora, pero a veces es floja, le tengo que repetir las cosas para que las haga y responde mal, también tiende a mentir, me he dado cuenta que agarra unos soles de mi monedero sin decirme nada, pero yo me doy cuenta, y le reprocho por ello, le explico que si ella necesita o quiere comprarse algún dulce me pida y no lo agarre, pero lo ha vuelto a hacer, no entiende, y eso a mí me estresa, me pone tan mal que incluso he llegado a pegarle jalándole el cabello o la oreja. Cuando su padre se fue de la casa, ella tenía 11 años, y se puso muy triste por un buen tiempo, ya no era la misma de antes, preguntaba por su papá, pero éste no la venía a visitar ni a su hermano, decía que no tiene tiempo, que está trabajando,

que no le alcanzaba la plata para salir, pero todo eso era mentira porque cuando revisaba su Facebook, él publicaba los lugares que viajaba con su pareja y la hija de ésta. Su padre no se muestra interesado en mantener el vínculo con mis hijos, ni tampoco de cómo lo estarán pasando, no deposita dinero, y las veces que lo ha hecho es porque yo lo he buscado y le he rogado en mi desesperación que deposite algo; ahora mi hija ya no pregunta más por su padre, es más cuando trato de hablar acerca de él ella evade el tema.

En cuanto a su relación con su hijo menor Rodrigo, refiere: “ él es un niño muy cariñoso y sociable, hace amigos con facilidad cuando está en el parque, siempre me dice que me ama, que soy su mamita querida, y también le da besitos a su hermana con quien le gusta jugar futbol, sin embargo, tiene problemas del habla, no pronuncia bien algunos palabras, estuve muy preocupada por un tiempo, pero fuimos al centro de salud mental comunitario cerca de mi casa y le descartaron autismo y TDAH, sólo me dijeron que no pronunciaba bien por falta de estimulación que podría deberse a la cuarentena por la pandemia del COVID-19, ahora está recibiendo tratamiento y le va mejor. Cuando su padre se fue, él lloraba mucho, decía que extrañaba a su padre, y las pocas veces que lo veía porque su padre no venía a visitarlo tan seguido y no porque yo le prohibiera, Rodrigo lloraba y lo abrazaba fuerte, pero ya hace un año, que su padre no lo ve, Rodrigo ha empezado a decir que sólo tiene mamá, que no tiene papá, y ya no pregunta por él, y se ha apegado más a mí”.

B. Familia con antecedentes psiquiátricos o psicopatológicos. Refiere que su madre cuando falleció su padre, le diagnosticaron depresión, pero no siguió un tratamiento adecuado.

2.5.4. Evaluación psicométrica

Los instrumentos psicométricos de recolección de datos son los siguientes:

- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- Inventario clínico multiaxial de Millon II
- Inventario de pensamientos automáticos

- Inventario de personalidad de Eysenck forma b
- Hoja de autorregistro

A continuación, se presenta el informe psicológico de cada uno de los instrumentos aplicados:

2.5.4.1. Informe psicológico del inventario de depresión de Beck (BDI-II).

A. Datos de filiación.

Apellidos y Nombre : RM
 Edad : 44
 Estado Civil : soltera
 Grado de instrucción : técnica
 Ocupación : trabajo independiente
 Lugar de Procedencia : Lima
 Psicóloga : Yshida Evanan Junes
 Fecha de evaluación : 18 de febrero de 2023

B. Motivo de consulta. Determinar el nivel de depresión en la paciente

C. Instrumentos aplicados.

- Entrevista psicológica
- Observación de conducta
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

D. Resultados.

- Puntaje: 21
- Categoría: depresión moderada

E. Interpretación de resultados. La evaluada presenta un puntaje de 21, lo cual la ubica en la categoría de depresión moderada, caracterizada por llanto constante, sentimientos de desesperanza, insomnio, pérdida de energía, irritabilidad, desgano, falta de motivación,

dificultad para mantener la atención y aislamiento; síntomas que complican el desarrollo normal de las actividades de RM en su día a día, a pesar de ello, los realiza, aunque con un gran esfuerzo, asimismo, se siente sola, ya que refiere no tener a nadie con quien compartir sus problemas o angustias.

F. Conclusiones. Paciente presenta nivel de depresión moderada.

G. Recomendaciones. Se recomienda intervención cognitivo conductual para disminuir el nivel de depresión en la paciente.

2.5.4.2. Informe psicológico del inventario clínico multiaxial de Millon II.

A. Datos de filiación.

Apellidos y Nombre	: RM
Edad	: 44
Estado Civil	: soltera
Grado de instrucción	: superior técnica
Ocupación	: Trabajo independiente
Lugar de Procedencia	: Lima
Psicóloga	: Yshida Evanan Junes
Fecha de evaluación	: 18 de febrero de 2023

B. Motivo de consulta. Identificar indicadores de trastornos de la personalidad y síndromes clínicos

C. Instrumentos aplicados.

- Entrevista psicológica
- Observación de conducta
- Inventario de Clínico Multiaxial de Millon II

D. Resultados.

(Ver anexos, pág. 91)

E. Interpretación de los resultados. En el área de patrones clínicos de la personalidad, la característica de personalidad dependiente alcanza un puntaje de 84, lo cual quiere decir que presenta ciertos rasgos de la personalidad dependiente, sin embargo, no llega a estar clínicamente consolidado; se identifica en RM una necesidad afectiva por ser apoyada y protegida, tiene miedo a perder el apoyo y aprobación de personas significativas para ella, llevándola a ser, a veces, complaciente con los demás. Por otro lado, en el área de síndromes clínicos, RM refleja síntomas ansiosos entre los indicadores de la personalidad, lo cual, corresponde con su preocupación y frustración constante respecto al factor económico, asimismo, otro indicador es la distimia, sin embargo, en el caso clínico del presente trabajo, no correspondería, debido, a la periodicidad, ya que, la paciente indica como inicio de los síntomas desde tres meses atrás, mientras que en la distimia, los síntomas deben estar presentes mínimo 2 años, todos los días, según el CIE 10.

F. Conclusión. Paciente presenta en el área de patrones clínicos de la personalidad, rasgos dependientes, asimismo, refleja como síndrome clínico, ansiedad.

G. Recomendaciones. Se recomienda intervención cognitivo conductual.

2.5.4.3. Informe psicológico del inventario de pensamientos automáticos.

A. Datos de filiación.

Apellidos y Nombre	: RM
Edad	: 44
Estado Civil	: soltera
Grado de instrucción	: superior técnica
Ocupación	: trabajo independiente
Lugar de Procedencia	: Lima
Psicóloga	: Yshida Evanan Junes
Fecha de evaluación	: 24 de febrero de 2023

B. Motivo de consulta. Identificar distorsiones cognitivas más significativas la paciente que afectan su estado emocional, cognitivo, fisiológico y conductual.

C. Instrumentos aplicados.

- Entrevista psicológica
- Observación de conducta
- Inventario de Pensamientos Automáticos

D. Resultados.

Tabla 2

Resultados del inventario de pensamientos automáticos

Nro.	Distorsiones cognitivas	Puntaje
1	Filtraje	7
2	Falacia de control	5
3	Interpretación del pensamiento	4
4	Etiquetas globales	3
5	Pensamiento polarizado	2
6	Sobre generalización	2
7	Visión catastrófica	2

Nota. Elaboración propia.

E. Interpretación de resultados. En la tabla 2, se observa que la primera distorsión cognitiva es filtraje, el cual alcanza 7 puntos, siendo la más significativa y la que más sufrimiento provoca en la paciente, por su forma de interpretar todo como negativo y que nada puede mejorar, provocando en ella sentimientos de desesperanza. En segundo lugar, tenemos falacia de control, con un puntaje de 5, el cual denota una tendencia a asumir que su situación actual puede mejorar solo si las circunstancias externas cambian o alguien la apoya. En tercer lugar, interpretación del pensamiento, con un puntaje de 4 puntos, en el que la paciente tiende

a adivinar o inferir acerca de lo que piensan o sienten los demás acerca de ella, sin necesidad de evidencias que lo sustente. En cuarto lugar, etiquetas globales, con un puntaje de 3 puntos, siendo la característica principal de tomar una o varias características consideradas negativas sobre sí mismo y asumirlas como verdades absolutas, lo cual genera en la paciente una percepción negativa sobre sí misma y merma su capacidad para mostrar su sentido de autoeficacia.

Por último, se presentan en menor medida distorsiones como pensamiento polarizado, catastrofismo y sobre generalización, todas con un puntaje de 2, lo cual denota que si bien afectan a la paciente de alguna forma no provoca en ella, sufrimiento o malestar de consideración.

F. Conclusión. Se identificó en la paciente que distorsiones tales como filtraje, falacia de control, interpretación de pensamiento y etiquetas globales son las distorsiones que con más frecuencia se presentan en forma de pensamientos automáticos y que provocan en ella emociones y conductas disfuncionales.

G. Recomendaciones. Se recomienda intervención cognitivo conductual para reducir la frecuencia con la que se presentan las distorsiones cognitivas ya mencionadas.

2.5.4.4. Informe psicológico del inventario de personalidad de Eysenck forma b.

A. Datos de filiación.

Apellidos y Nombre	: RM
Edad	: 44
Estado Civil	: soltera
Grado de instrucción	: técnica
Ocupación	: trabajo independiente
Lugar de Procedencia	: Lima
Psicóloga	: Yshida Evanan Junes

Fecha de evaluación : 24 de febrero de 2023

B. Motivo de consulta. Determinar dimensiones de la personalidad.

C. Instrumentos aplicados.

- Entrevista psicológica
- Observación de conducta
- Inventario de Personalidad de Eysenck Forma b

D. Resultados.

Tabla 3

Resultados del inventario de personalidad de Eysenck forma b

Dimensión	Puntaje	Diagnóstico
E	12	Personalidad inestable con tendencia a la introversión tipo melancólico
N	15	Inestabilidad emocional
L	3	Válido

Nota. Elaboración propia.

(Ver anexos, pág. 94)

E. Interpretación de resultados. Los resultados reflejan veracidad y objetividad en las respuestas dadas por la paciente en relación a sí misma. Así tenemos que RM denota rasgos de la personalidad tendiente a la introversión, caracterizada por ser una persona tranquila, reservada y distante, no siendo así con sus amistades más íntimas y de confianza, asimismo, tiende a planificar todo, no le gusta lo inesperado y también puede llegar a ser pesimista.

Presenta inestabilidad emocional, reflejando una emotividad muy intensa, lo cual conlleva a presentar cuadros ansiosos y reacciones impulsivas ante situaciones de estrés.

F. Conclusión.

- Paciente presenta rasgos de personalidad introvertida de tipo melancólico.

- Denota tendencia hacia la inestabilidad emocional

G. Recomendaciones. Se recomienda intervención cognitivo conductual para incrementar conductas asertivas y de mayor interacción interpersonal, asimismo, trabajar regulación de emociones.

2.5.5. Informe psicológico integrador

2.5.5.1. Datos de filiación.

Apellidos y Nombre : RM
 Edad : 44
 Estado Civil : soltera
 Grado de instrucción : técnica
 Ocupación : trabajo independiente
 Lugar de Procedencia : Lima
 Psicóloga : Yshida Evanan Junes
 Fecha de informe : 03 de marzo de 2023

2.5.5.2. Motivo de consulta. Determinar el perfil psicológico de la paciente.

2.5.5.3. Pruebas psicológicas administradas.

- Entrevista psicológica
- Observación conductual
- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- Inventario clínico multiaxial de Millon II
- Inventario de pensamientos automáticos
- Inventario de personalidad de Eysenck forma b
- Hoja de autorregistro

2.5.5.4. Análisis e interpretación de resultados. En el área cognitiva, la paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona. Capacidades cognitivas tales como atención,

percepción, memoria, lenguaje, conciencia, pensamiento, razonamiento, toma de decisiones y funciones ejecutivas, se encuentran conservadas. Presenta pensamientos enfocados solo en las situaciones estresantes o negativas en su vida, dejando de lado aspectos positivos que contribuyan a una visión menos desesperanzadora, además, considera que su situación solo puede cambiar dependiendo de factores externos y/o presencia de otras personas; tiende a interpretar sin evidencias las intenciones o acciones de los demás y se percibe a sí misma de forma absolutista y negativa.

En el área emocional, RM denota depresión moderada, caracterizada por presentar dificultades para conciliar el sueño, llanto frecuente, sentimientos de desesperanza, desgano, falta de motivación para realizar sus actividades diarias, cansancio, anhedonia y falta de apetito; síntomas que complican el desarrollo normal de sus actividades diarias, a pesar de ello, los realiza, aunque con un gran esfuerzo.

En el área de personalidad, RM refleja rasgos no clínicos de personalidad dependiente, el cual se distingue por una necesidad de ser apoyada y protegida, tendencia a necesitar aprobación o validación por parte de personas significativas para ella, lo cual, podría llevarla a ser a veces complaciente, igualmente, tiende a ser introvertida, reservada, le gusta planificar todo y puede llegar a ser pesimista. En cuanto a indicadores patológicos relacionados a su personalidad, manifiesta inestabilidad emocional y una emotividad muy intensa, lo cual conlleva a que pueda presentar cuadros ansiosos y depresivos ante situaciones de estrés.

En el área conductual, la paciente presenta llanto constante, tiende a mantenerse aislada socialmente y ante situaciones de estrés, actúa impulsivamente de forma agresiva.

En el área de dinámica familiar, la paciente pertenece a una familia monoparental, donde ella es madre y padre a la vez para sus hijos; con una dinámica disfuncional, donde persiste formas no asertivas de comunicación ante situaciones estresantes.

2.5.5.5. Diagnóstico.

A. Presunción diagnóstica. El presente estudio aborda el caso clínico de una mujer adulta de 44 años, quien presenta síntomas tales como, insomnio, falta de apetito, cansancio, llanto frecuente, creencias irracionales, sentimientos de soledad, tristeza y culpa, es así que, se infiere que se trata de un caso de depresión de nivel moderado, ya que realiza sus labores cotidianas, aunque ello demande un gran esfuerzo.

B. Diagnostico ideográfico.

Tabla 4

Conductas adaptativas y desadaptativas

Adaptativas	Desadaptativas
<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad • Aliño e higiene • Predisposición para recibir la atención psicoterapéutica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rumiación cognitiva • Insomnio • Pérdida de apetito • Inestabilidad emocional • Anhedonia • Déficit en asertividad • Déficit en solución de problemas

Nota. En la tabla 4, se observa que RM presenta conductas adaptativas como su sentido de responsabilidad, su buena disposición para el tratamiento, facilitando con ello, la adherencia al tratamiento, asimismo, se identifica como conductas desadaptativas como insomnio, falta de apetito, rumiación cognitiva, inestabilidad, entre otros. Elaboración propia.

Tabla 5*Lista de conductas*

Excesos	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza (8/10) y ansiedad (5/10) cuando despierta en las mañanas. • Ansiedad (5/10) y culpa (7/10) al gritar y jalar el cabello a su hija. • Tristeza (8/10) cuando está en casa los fines de semana. • Dolor de cabeza. • Encerrarse en su habitación y llorar cuando siente tristeza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Salir a pasear con sus hijos. • Dormir sin interrupciones en las noches. • Tener energía durante el día. • Tener buen apetito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicarse asertivamente con su hija. • Capacidad para solucionar problemas.
<p>Presenta distorsiones cognitivas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filtraje: “estoy harta de solo tener problemas en mi vida”, “los problemas me sobrepasan”. • Interpretación del pensamiento: “a nadie le importa cómo me siento”. 		

Excesos	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> • Falacia de control: “necesito el amor y comprensión de alguien, sola no puedo”, “si tan solo julio no se hubiera ido del hogar, todo sería diferente”. • Visión catastrófica: “parece que nunca seré feliz”. • Etiquetas globales: “qué horrible persona soy”, “soy una mala madre”. • Personalización: “yo no merezco todos estos problemas”. 		

Nota. En la tabla 5, se visualiza que la paciente presenta en exceso emociones como tristeza y ansiedad, encerrarse en su habitación y llorar, pensamientos automáticos inadecuados; por otro lado, evidencia conductas en debilitamiento como dificultad para dormir, falta de apetito, tener energía y realizar actividades recreativas con sus hijos; por último, se identifica déficit en comunicación asertiva y capacidad para solucionar problemas. Elaboración propia.

Tabla 6*Análisis funcional*

Estímulo antecedente	Conducta	Estímulo consecuente
Externo: Cuando despierta por las mañanas.	Emocional: Tristeza (8/10) Ansiedad (5/10) Fisiológico: Cansancio por no poder dormir bien en las noches (insomnio). Apetito disminuido Cognitivo: “Estoy harta de sólo tener problemas en mi vida”, “necesito el apoyo y comprensión de alguien, sola no puedo”.	Interno: Siente cólera (6/10) y se encierra en su habitación y llora.
Externo: Cuando ayuda a su hija con sus tareas, pierde la paciencia cuando no entiende.	Emocional: Ansiedad (8/10) culpa (7/10) Motor: Grita a su hija y le jala el cabello Cognitivo:	Interno: Siente Tristeza (8/10)

Estímulo antecedente	Conducta	Estímulo consecuente
Externo:	Fisiológico:	Interno:
Cuando está en su casa, los fines de semana.	Dolor de cabeza.	Piensa: “No tengo ganas ni dinero para salir y pasear con mis hijos, ni siquiera eso puedo darles, soy incapaz”
	Emocional:	
	Tristeza (8/10)	
	Motor:	
	No sale con sus hijos a pasear, se encierra en su habitación y llora.	
	Cognitivo:	
	“Si tan solo Julio no se hubiera ido del hogar, todo sería diferente”, “yo no merezco todos estos problemas”.	

Nota. En la tabla 6, se puede observar que ante ciertas situaciones o estímulos antecedentes externos como cuando la paciente despierta por las mañanas o ayuda a su hija a hacer sus tareas, sobrevienen conductas disfuncionales de tipo fisiológico, emocional, motor y cognitivo por parte de RM, las cuales son mantenidas por estímulos consecuentes internos constituidos por sus emociones y pensamientos. Elaboración propia.

Tabla 7

Análisis Cognitivo

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Cuando despierta en las mañanas.	“Necesito el apoyo y comprensión de alguien sola no puedo”, “estoy harta de solo tener problemas en mi vida”.	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza y ansiedad
Cuando ayuda a su hija con sus tareas, pierde la paciencia cuando ella no entiende y le jala el cabello.	“Qué horrible persona soy”, “soy mala madre”, “Parece que nunca seré feliz”, “los problemas me sobrepasan”	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad y culpa • Grita a su hija
Cuando está en su casa los fines de semana.	“Si tan solo Julio no se hubiera ido del hogar, esto sería diferente”, “no merezco todos estos problemas”	<ul style="list-style-type: none"> • No sale a pasear con sus hijos. • Se encierra en su habitación y llora

Nota. En la tabla 7, se puede apreciar que, ante ciertas situaciones, la paciente presenta pensamientos automáticos inadecuados, los cuales tienen como consecuencia emociones y conductas determinadas. Elaboración propia.

C. Diagnóstico tradicional. De acuerdo a los criterios establecidos en la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, CIE-10, se determina como presunción diagnóstica, episodio depresivo moderado (F32.1), caracterizado por lo siguiente:

Tabla 8*Criterios diagnósticos según CIE-10*

Criterios	Síntomas presentes en la paciente
A. Criterios generales de episodio depresivo	
<ul style="list-style-type: none"> El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos No atribuible a sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico 	<ul style="list-style-type: none"> Desde hace tres meses paciente presenta episodio depresivo No presenta No presenta
B. Presencia de al menos dos de los tres síntomas descritos a continuación	
<ul style="list-style-type: none"> Humor depresivo presente la mayor parte del día y casi cada día Pérdida de interés o disfrute de actividades que eran placenteras Disminución de la energía 	<ul style="list-style-type: none"> Tristeza (8/10) casi todas las mañanas, los fines de semana No tiene ganas de salir a pasear con sus hijos Casi todas las mañanas al despertar siente cansancio
C. Presencia de uno o más síntomas para sumar un total de al menos seis síntomas	
<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de confianza o disminución de la autoestima Sentimientos de autorreproche o culpa excesiva e inadecuada 	<ul style="list-style-type: none"> Piensa: "soy una mala madre", "soy incapaz" Cuando jala el cabello a su hija y llora, se siente culpable (7/10)

Criterios	Síntomas presentes en la paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> • No presenta
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse 	<ul style="list-style-type: none"> • No presenta
<ul style="list-style-type: none"> • Agitación o enlentecimiento psicomotor 	<ul style="list-style-type: none"> • No presenta
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del sueño 	<ul style="list-style-type: none"> • Duerme a las 2 am y despierta a las 6 am
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento o disminución de apetito con cambio de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Apetito disminuido y ha perdido peso pasando de 70 a 58 kg.
<hr/>	
D. Puede haber o no síndrome somático	
<hr/>	
<ul style="list-style-type: none"> • F32.10 Sin síndrome somático 	Sin síndrome somático
<ul style="list-style-type: none"> • F32.11 Con síndrome somático 	

Nota. Tomado de *Criterios diagnósticos para la depresión moderada según CIE-10*, Organización Mundial de la salud, 2004, fuente.

D. Recomendaciones.

- Iniciar Terapia cognitivo conductual para cambiar pensamientos automáticos que mantienen los síntomas relacionados a la depresión en la paciente.
- Desarrollar un estilo de comunicación asertiva que contribuya a una dinámica familiar funcional.
- Recibir entrenamiento en solución de problemas.
- Realizar actividades que provean bienestar a la paciente a fin de disminuir conductas disfuncionales y aislamiento.

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Se presenta las sesiones terapéuticas para el cuadro clínico de depresión moderada en una mujer adulta de 44 años, víctima de violencia. El tratamiento constó de 14 sesiones trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, con una duración de 60 minutos cada sesión por un periodo de 4 meses desde marzo a junio del 2023.

Tabla 9

Calendarización de las intervenciones

Sesión	Título	Fecha	Duración
1	Aprendiendo a relajarme	03/03/23	60'
2	Aprendiendo a relajarme	10/03/23	60'
3	Identificando la violencia	17/03/23	60'
4	Identificando pensamientos automáticos negativos	24/03/23	60'
5	Identificando distorsiones cognitivas	31/03/23	60'
6	Entrenamiento en reestructuración cognitiva	08/04/23	60'
7	Entrenamiento en reestructuración cognitiva	15/04/23	60'
8	Activando el botón de emergencia	21/04/23	60'
9	Entrenamiento en asertividad	28/04/23	60'
10	Programación de actividades	05/05/23	60'
11	Solución de problemas	13/05/23	60'
12	Seguimiento	27/05/23	60'
13	Seguimiento	10/06/23	60'
14	Seguimiento	23/06/23	60'

Nota. Elaboración propia.

2.6.2. Programa de Intervención

2.6.2.1. Objetivo general.

Disminuir los síntomas asociados a la depresión moderada en una mujer víctima de violencia mediante un programa de intervención cognitivo conductual.

2.6.2.2. Objetivos específicos.

- Modificar pensamientos automáticos identificados y conductas problemáticas asociadas a la depresión moderada en una mujer víctima de violencia.
- Aplicar estrategias cognitivo-conductuales en una mujer con depresión moderada víctima de violencia.
- Conocer los resultados de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual en una mujer con depresión moderada víctima de violencia

Tabla 10*Sesión 1- aprendiendo a relajarme*

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de actividad	Materiales	Tiempo	Tarea
Inicio	Se explica la importancia de practicar técnicas de relajación.	Comprender los beneficios de practicar técnicas de relajación.	Se explica mediante un video como las técnicas de relajación aportan beneficios a la salud mental y física.	video	15'	Practicar la técnica de respiración
	Aplicar la técnica de respiración diafragmática	Reducir la frecuencia e intensidad de síntomas fisiológicos asociados a la depresión.	En una hoja se enumera los pasos; primero, se inspira aire por las fosas nasales, elevando el diafragma, luego, se expira por la boca y se hunde el diafragma.	Hoja bond y lapicero	35'	diafragmática todos los días de una a dos veces por 15 min.
Cierre	Resumen de la sesión	Reforzar lo aprendido.	Repasar lo aprendido y absolver dudas por parte de la paciente.		10'	

Nota. Elaboración propia.

Tabla 11*Sesión 2- aprendiendo a relajarme*

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de actividad	Materiales	Tiempo	Tarea
Inicio	Identificación de las áreas musculares con mayor tensión en la paciente.	Conocer las áreas de mayor tensión muscular.	En una hoja se enumera las áreas de mayor tensión muscular como el cuello, hombros y cabeza.	Hoja bond y lapicero	10'	Practicar la técnica durante la semana por 15 min.
	Aplicar técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.	Reducir la tensión muscular en determinadas áreas del cuerpo en la paciente.	El terapeuta modela la técnica, además, se mide la intensidad de malestar USD mediante una escala del 1 al 10.	Hoja bond y lapicero	40'	conjuntamente con el registro del USD en cada ejercicio.
Cierre	Retroalimentación de lo aprendido en sesión.	Retroalimentar lo aprendido.	Se absuelve cualquier duda.		10'	

Nota. Elaboración propia.

Tabla 12*Sesión 3- identificando la violencia*

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de actividad	Materiales	Tiempo	Tarea
Inicio	Psicoeducación sobre los tipos de violencia	Concientizar sobre la violencia.	Breve explicación sobre los tipos de violencia, luego, se muestra un video.	Video	15'	
Desarrollo	Paciente narra hechos de violencia en su vida y se aplica la técnica de imaginación positiva.	Identificar hechos de violencia. Contrarrestar emociones perturbadoras.	Usuaría narra hechos de violencia en su vida y las emociones experimentadas. Luego, cierra los ojos e imagina un paisaje tranquilo.		35'	
Cierre	Retroalimentación	Retroalimentar lo aprendido.	Se absuelve dudas.		10'	

Nota. Elaboración propia.

Tabla 13*Sesión 4- identificando pensamientos automáticos inadecuados*

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de actividad	Materiales	Tiempo	Tarea
Inicio	Psicoeducación sobre los pensamientos automáticos	Aprender sobre los pensamientos automáticos	Se explica como los pensamientos automáticos influyen en nuestras emociones.		15'	Practicar técnica de autorregistro durante una semana.
	Entrenamiento en la técnica de autorregistro	Comprender la relación entre situación-emoción-pensamientos automáticos	Se grafica cuatro columnas; se coloca la fecha; la situación, la emoción y pensamiento. Se puntúa de 1 a 100 la intensidad de emociones, y de 0 a 100 el grado de creencia en dicho pensamiento.	Papel y lapicero.	35'	
Cierre	Retroalimentación.	Reforzar lo aprendido.	Se realiza preguntas y se absuelve dudas		10'	

Nota. Elaboración propia.

Tabla 14*Sesión 5- identificando distorsiones cognitivas*

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de actividad	Materiales	Tiempo	Tarea
Inicio	Revisión de autorregistro de la semana pasada	Reforzar la práctica del autorregistro	Se pregunta sobre situaciones asociadas a dichos pensamientos; por ejem. Del 1 al 10 ¿cuánto fue su malestar emocional ante dichos pensamientos?	Hoja de autorregistro	15'	Practicar técnica de autorregistro e identificar el
	Entrenamiento en identificación de distorsiones cognitivas	Conocer las distorsiones cognitivas más en la paciente.	Utilizando el autorregistro de la semana pasada, se explica el tipo de distorsión cognitiva de cada pensamiento.	Hoja de autorregistro de la semana pasada.	35'	tipo de distorsión cognitiva en una hoja de papel aparte.
Cierre	Retroalimentación	Reforzar lo aprendido en sesión.	Se pregunta acerca de lo trabajado en sesión y se responde dudas.		10'	

Nota. Elaboración propia.

Tabla 15

Sesión 6- entrenamiento en reestructuración cognitiva

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de actividad	Materiales	Tiempo	Tarea
Inicio	Revisión de distorsiones cognitivas de la semana pasada	Reforzar identificación de distorsiones cognitivas	Se pregunta sobre las distorsiones cognitivas que pudo identificar y ¿por qué?	Hoja de autorregistro con distorsiones cognitivas	15'	Utilizando la hoja de autorregistro de la semana
	Entrenamiento en descubrimiento guiado	Cuestionar veracidad de pensamientos automáticos	Cuestionar pensamientos registrados: ¿qué pruebas a favor y en contra de este pensamiento hay?, ¿hay otra forma de interpretar dicha situación?	Hoja de autorregistro de la semana pasada		35'
Cierre	Retroalimentación	Reforzar lo aprendido.	Se responde dudas.		10'	

Nota. Elaboración propia.

Tabla 16*Sesión 7- entrenamiento en reestructuración cognitiva*

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de actividad	Materiales	Tiempo	Tarea
Inicio	Revisión de autorregistro con descubrimiento guiado	Reforzar práctica del descubrimiento guiado.	Se revisa autorregistro y se pregunta por algunas aclaraciones de ser necesario.	Autorregistro de la semana pasada y papel	15'	Identificar pensamientos automáticos durante la
	Autorregistro agregando pensamientos alternativos	Cambiar pensamientos inadecuados por adaptativos	Se explica la adición de dos columnas al autorregistro: pensamiento alternativo y resultado.	Hoja de autorregistro	35'	semana en un autorregistro y generar pensamientos alternativos.
Cierre	Retroalimentación	Reforzar lo aprendido en sesión.	Se realiza preguntas acerca de lo trabajado.		10'	

Nota. Elaboración propia.

Tabla 17*Sesión 8- activando el botón de emergencia*

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de actividad	Materiales	Tiempo	Tarea
Inicio	Identificar situaciones que estimulen estrés y/o tristeza en la paciente.	Identificar situaciones evocadoras de emociones y/o pensamientos, recuerdos perturbadores.	Se pide a RM que realice una lista de situaciones que evoquen pensamientos y/o recuerdos perturbadores (de menos a más).	Hoja y lapicero	20'	Aplicar la técnica de distracción cognitiva en
	Aplicar técnica de distracción cognitiva	Cambiar conductas disfuncionales ante situaciones evocadoras de pensamientos perturbadores.	Utilizando la lista anterior, se pregunta a RM qué conducta funcional podría realizar en lugar de encerrarse en su habitación y llorar.	hoja y lapicero	30'	lugar de conductas disfuncionales
Cierre	Retroalimentación	Reforzar lo aprendido.	Se absuelve dudas.		10'	

Nota. Elaboración propia.

Tabla 18*Sesión 9- entrenamiento en asertividad*

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de actividad	Materiales	Tiempo	Tarea
Inicio	Psicoeducación sobre estilos de comunicación.	Conocer los estilos de comunicación.	Se explica los estilos de comunicación, pasivo, agresivo y asertivo, mediante ejemplos.		15'	Practicar todos los días delante de su
	Role-playing	Instaurar la capacidad de ser asertiva.	Se muestra cómo se comunica una persona asertiva, analizando su lenguaje no verbal, gestos, postura corporal, tono de voz, luego, se realiza role-playing.	video	35'	espejo la comunicación asertiva.
Cierre	Retroalimentación	Reforzar lo aprendido en sesión.	Se orienta sobre ser asertivo ante provocaciones por parte del agresor.		10'	

Nota. Elaboración propia.

Tabla 19*Sesión10- programación de actividades*

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de actividad	Materiales	Tiempo	Tarea
Inicio	Creación de lista de actividades a realizar en una semana.	Realizar actividades que provean sentido de eficacia y disfrute.	Se le pide a la paciente a realizar una lista de actividades que crea poder ejecutar y a la vez disfrute.	hoja y lapicero	15'	Se le pide a la paciente comprometerse
Desarrollo	Programación de actividades a realizar en una semana, utilizando la técnica de dominio y agrado.	Incrementar actividades conductuales.	Utilizando la lista de actividades, se realiza un horario semanal y se explica la técnica de dominio y agrado, calificando del 1 al 5, el nivel de dominio y agrado en cada actividad.	Lista de actividades Horario semanal	35'	con el cumplimiento de dicho horario.
Cierre	Retroalimentación	Reforzar lo aprendido.	Se absuelve dudas.		10'	

Nota. Elaboración propia.

Tabla 20*Sesión 11- búsqueda de soluciones alternativas*

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de actividad	Materiales	Tiempo	Tarea
Inicio	Elaboración de una lista de problemas que necesitan solucionarse	Identificar problemas que provoquen estrés en la paciente.	Se pide a RM realizar una lista de problemas que hasta el momento no ha podido solucionar	hoja y lapicero	15'	
	Aplicación de técnica de búsqueda de soluciones alternativas	Instaurar en la RM la capacidad para solucionar problemas	utilizando la lista de problemas identificados por RM, se explica la técnica de búsqueda de soluciones alternativas mediante ejemplos.	hoja y lápiz	35'	
Cierre	Retroalimentación	Reforzar lo aprendido en sesión.	Se absuelve dudas de lo trabajado en sesión.		10'	

Nota. Elaboración propia.

Tabla 21

Sesión 12- seguimiento

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de actividad	Materiales	Tiempo	Tarea
Inicio	Psicoeducación sobre prevención de recaídas.	Concientizar acerca de la prevención de recaídas.	Se explica a RM acerca de posibles recaídas post tratamiento y la importancia de desarrollar una actitud preventiva.		15'	Continuar aplicando las técnicas que
	Clasificar las técnicas de mayor dominio por parte del paciente.	Potenciar la práctica de técnicas con mejor dominio por parte de la paciente.	En una hoja de papel se anota las técnicas que mejor domina la paciente, luego, se vuelve a explicar dichas técnicas para reforzar.	hoja y lápiz	35'	más domina y funciona para la paciente.
Cierre	Retroalimentación	Retroalimentar dudas acerca de algunas técnicas.	Se absuelve preguntas		10'	

Nota. Elaboración propia.

Tabla 22

Sesión 13- seguimiento

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de actividad	Materiales	Tiempo	Tarea
Inicio	Psicoeducación sobre el autocuidado en salud mental.	Tomar conciencia acerca del autocuidado	Se explica a la paciente en que consiste el autocuidado y porque es importante en salud mental.		15´	Poner en práctica las actividades anotadas en
	Realización de una lista de actividades que contribuyen a la salud mental.	Identificar actividades beneficiosas para la salud mental.	Se elabora con RM una lista de actividades que pueda realizar para el autocuidado de su salud mental, como hacer ejercicios, tener una alimentación balanceada, dormir lo suficiente, entre otros.	hoja y lápiz	35´	la lista.
Cierre	Retroalimentación	Retroalimentar lo trabajado en sesión.	Se absuelve preguntas.		10´	

Nota. Elaboración propia.

Tabla 23

Sesión 14- seguimiento

Etapas	Actividad	Objetivos	Desarrollo de actividad	Materiales	Tiempo	Tarea
Inicio	Orientación sobre la importancia del apoyo psicosocial.	Concientizar acerca de contar con una red de apoyo psicosocial	Se explica a la paciente porque es importante tener el apoyo social y para prevenir recaídas.		15'	
	Creación de lista de personas que apoyen a RM, así como, información sobre grupos terapéuticos.	Identificar fuentes de apoyo psicosocial.	Se solicita a RM identificar personas que la puedan apoyar. Además, se le informa sobre los grupos terapéuticos para mujeres víctimas de violencia por ex pareja del Módulo de Violencia Intrafamiliar.		35'	
Cierre	Retroalimentación	Retroalimentar lo trabajado en sesión.	Se absuelve preguntas.		10'	

Nota. Elaboración propia.

2.7. Procedimiento

Se identificó el caso clínico del paciente a quien se le aplicaría la terapia cognitivo conductual, y por tanto se definió las variables de investigación tanto independiente como dependiente; luego, se procedió a buscar información y trabajos relacionados al caso de estudio a fin de construir el marco teórico.

Se realizó la evaluación psicológica pre tratamiento correspondiente del caso, aplicando instrumentos como la Escala de Depresión de Beck II, el Inventario Multiaxial de Personalidad de Millón II, el Inventario de Personalidad de Eysenck Forma B, el Inventario de Pensamientos Automáticos y Hoja de Autorregistro, asimismo, se obtuvo información acerca del problema actual, antecedentes, historia personal y familiar mediante la entrevista, lo cual, conllevó al planteamiento de objetivos terapéuticos, aplicación del tratamiento, evaluación post tratamiento, análisis de resultados, discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones finales del trabajo.

2.8. Consideraciones éticas

Se obtuvo de forma voluntaria el consentimiento informado por parte de la paciente para la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual a fin de disminuir la sintomatología presente asociada a la depresión moderada. Al respecto, la Universidad Nacional Federico Villarreal (2018) en su código de ética para la investigación, capítulo III, art. 8, establece que toda investigación realizada en seres humanos deberá garantizar su bienestar, así como, contar con el consentimiento informado por parte del implicado y respetar su derecho al anonimato. (Ver anexos, pág. 90)

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

A continuación, se presenta el análisis de los resultados obtenidos de la entrevista y de la aplicación de instrumentos psicométricos y hoja de autorregistro en la paciente RM de 44 años de edad, tanto en el pre como post tratamiento. Se estableció el registro de línea base en relación con los síntomas fisiológicos, pensamientos automáticos, emociones y conductas disfuncionales que mantienen o acrecientan los síntomas relacionados a la depresión.

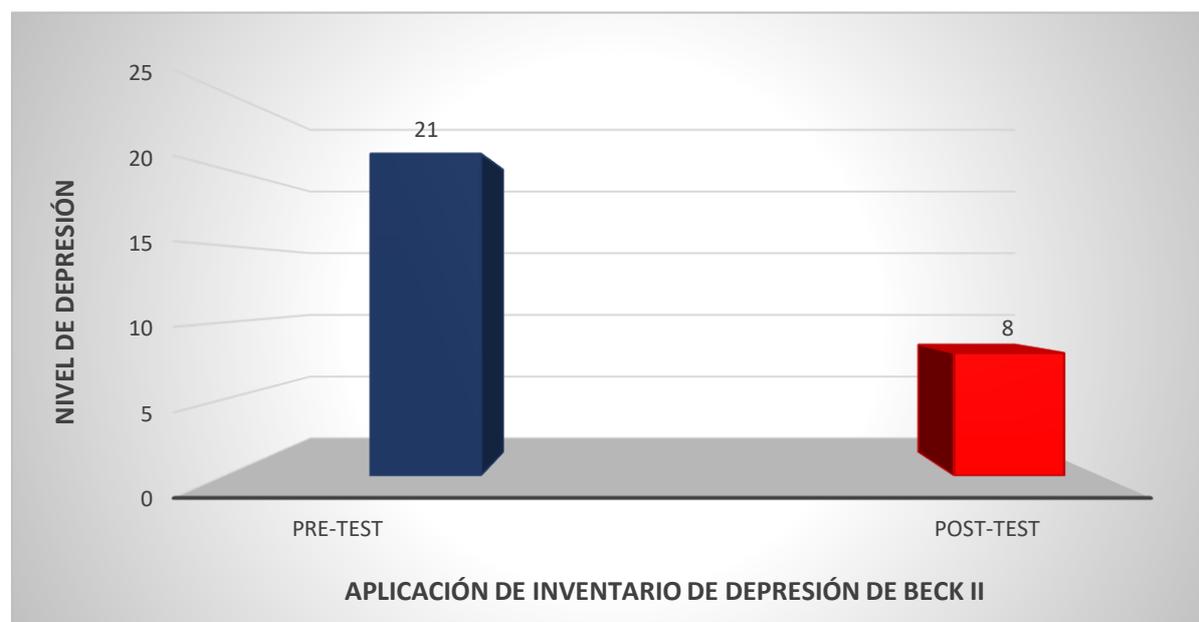
Tabla 24

Resultados pre y post test del inventario de depresión de Beck II

	Pre-test	Post-test
Inventario depresión de Beck II	Depresión moderada 21	Sin depresión 8

Figura 1

Resultados pre y post test del inventario de depresión de Beck II



Nota. En la tabla 24 y la figura 1, se observa que de acuerdo a los resultados del inventario de depresión de Beck II en el pre- test, la participante obtuvo un puntaje de 21 que la ubica en el

nivel de depresión moderada y en la evaluación post test obtuvo un puntaje de 8, ubicándola en la categoría sin depresión; lo que implica una disminución del 62% respecto a los síntomas relacionados a la depresión. Elaboración propia.

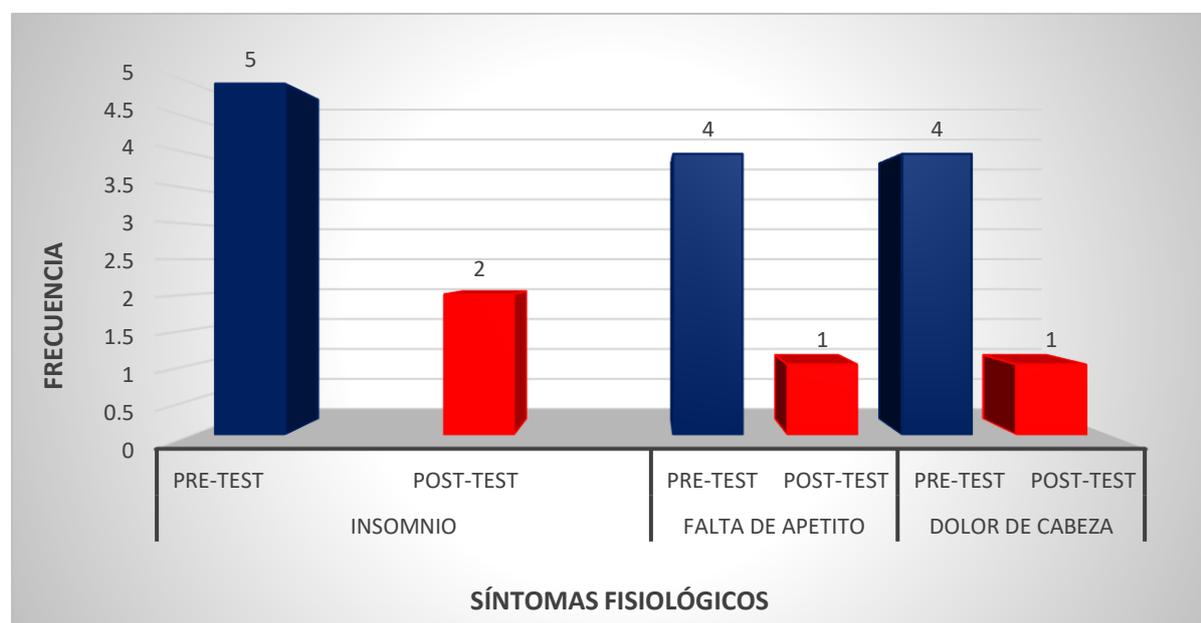
Tabla 25

Frecuencia pre y post de síntomas fisiológicos

Conducta problema	Pre/Post test	Frecuencia	Dia	Total						
			1	2	3	4	5	6	7	
Insomnio	Pre-test	F	1	0	1	1	1	0	1	5
	Post-test	F	1	0	0	1	0	0	0	2
Falta de apetito	Pre-test	F	0	0	1	0	1	1	1	4
	Post-test	F	0	0	0	1	0	0	0	1
Dolor de cabeza	Pre-test	F	0	1	0	1	0	1	1	4
	Post-test	F	0	0	0	0	0	0	1	1

Figura 2

Frecuencia pre y post de síntomas fisiológicos



Nota. En la tabla 25 y figura 2, se observa que la frecuencia pre y post intervención de la conducta de insomnio en la paciente disminuyó de 5 a 2 veces por semana, mientras la falta de apetito se redujo de 4 a 1, y los dolores de cabeza pasó de 4 a 1, lo que implica, en general, una reducción del 69% respecto a la frecuencia con que se presentan los síntomas fisiológicos. Elaboración propia.

Tabla 26

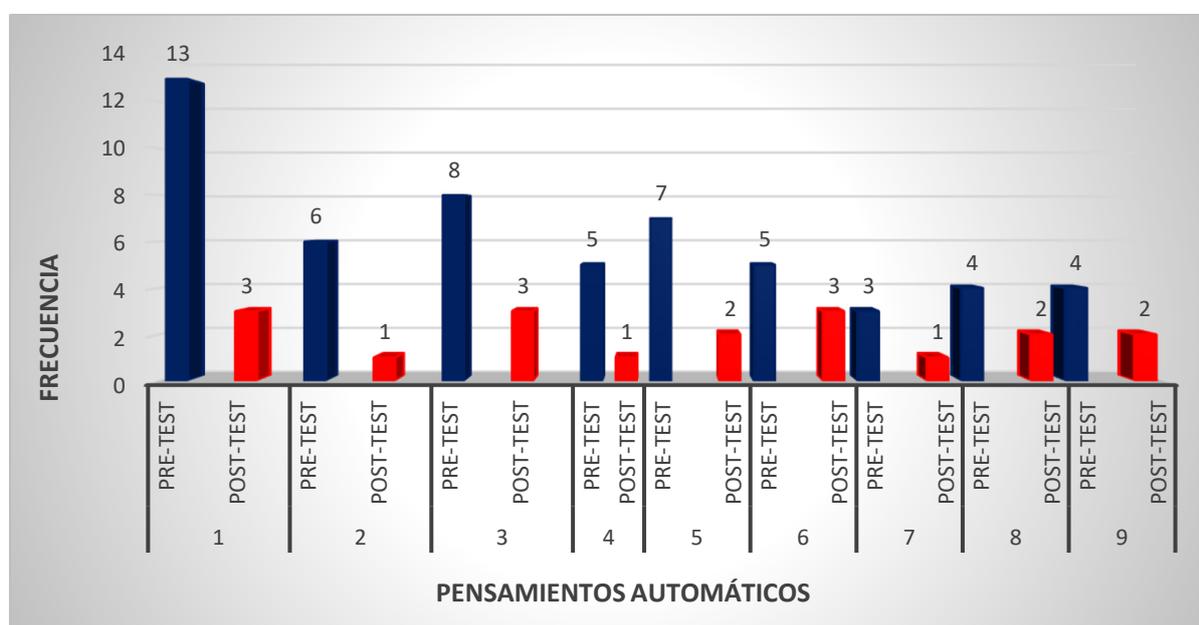
Frecuencia pre y post de pensamientos automáticos inadecuados

Ítem	Pensamientos disfuncionales	Pre/Post test	Dia	Total						
			1	2	3	4	5	6	7	
1	"Estoy harta de solo tener problemas en mi vida"	Pre-test	2	3	1	1	1	2	3	13
		Post-test	0	1	0	0	0	1	1	3
2	"Los problemas me sobrepasan"	Pre-test	1	1	0	0	2	1	1	6
		Post-test	1	0	0	0	0	0	0	1
3	"Parece que nunca seré feliz"	Pre-test	2	1	1	2	1	1	0	8
		Post-test	1	0	0	1	0	0	1	3
4	"Necesito el amor y comprensión de alguien, sola no puedo"	Pre-test	1	1	0	1	0	2	0	5
		Post-test	0	0	0	1	0	0	0	1
5	"Si tan solo Julio no se hubiera ido del hogar, todo será diferente"	Pre-test	1	2	1	0	0	1	2	7
		Post-test	0	1	0	0	0	1	0	2
6	"A nadie le importa cómo me siento"	Pre-test	1	1	1	0	0	1	1	5
		Post-test	0	0	1	0	1	0	1	3

Ítem	Pensamientos disfuncionales	Pre/Post test	Dia	Total						
			1	2	3	4	5	6	7	
7	"Qué horrible persona soy"	Pre-test	1	0	0	1	0	1	0	3
		Post-test	0	0	0	0	0	1	0	1
8	"Soy una mala madre"	Pre-test	1	1	1	0	0	0	1	4
		Post-test	0	0	0	1	1	0	0	2
9	"Yo no merezco todos estos problemas"	Pre-test	0	1	0	1	0	1	1	4
		Post-test	1	0	0	0	1	0	0	2

Figura 3

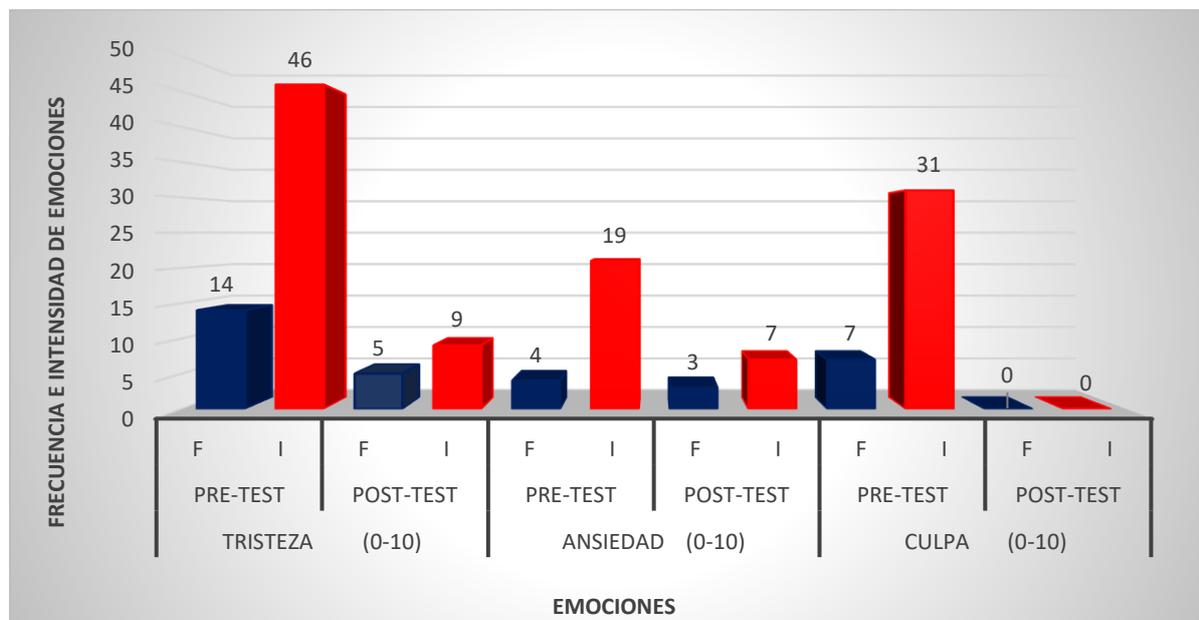
Frecuencia pre y post de pensamientos automáticos inadecuados



Nota. En la tabla 26 y figura 3, se evidencia una reducción de la frecuencia del pensamiento 1, pasando de 13 en el pre tratamiento a 3 veces post tratamiento; el pensamiento 2, de 6 a 1; el pensamiento 3, de 8 a 3; el pensamiento 4, de 5 a 1; el pensamiento 5, de 7 a 2; el pensamiento de 6, de 5 a 3; el pensamiento de 7, de 3 a 1; el pensamiento 8, de 4 a 2 y el pensamiento 9, de 4 a 2, lo que implica una reducción de 67% en lo que respecta a la frecuencia con que se presentan dichos pensamientos automáticos inadecuados. Elaboración propia.

Figura 4

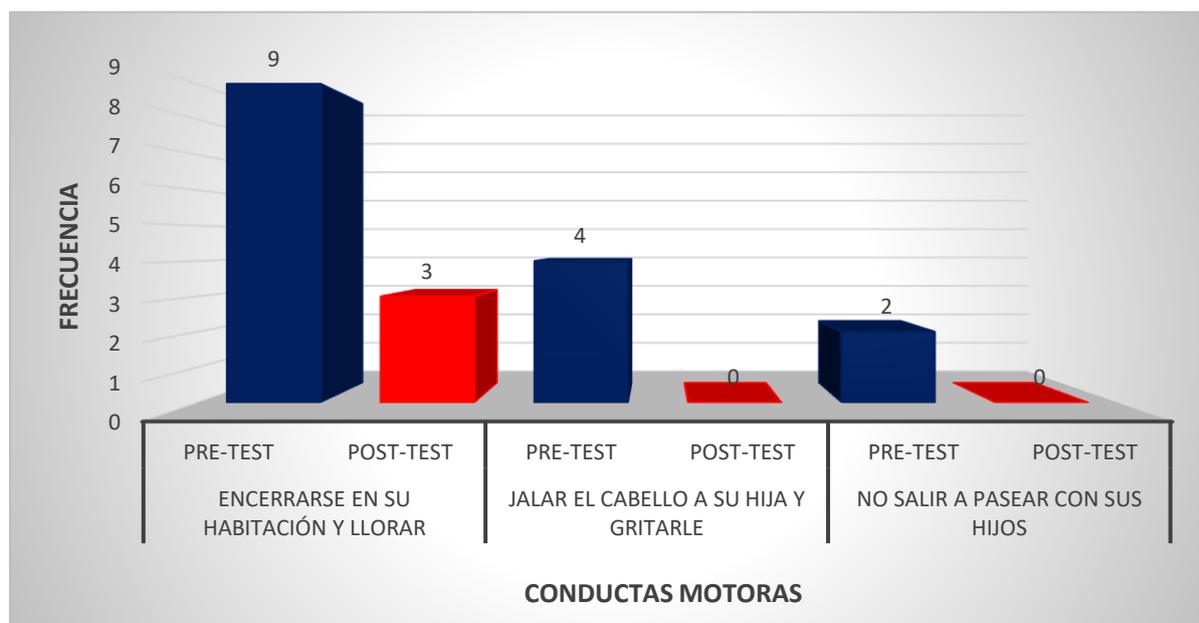
Frecuencia e intensidad pre y post de emociones perturbadoras



Nota. En la tabla 27 y figura 4, se evidencia que la frecuencia e intensidad pre y post intervención de las emociones perturbadoras presentes en la paciente disminuyeron, siendo así que la tristeza se redujo de una frecuencia de 14 a 5 y la intensidad de 46 a 9; ansiedad con una frecuencia de 4 a 3 y una intensidad de 19 a 7 y, por último, la culpa de 7 a 0 y la intensidad de 31 a 0; tal como se puede apreciar las emociones perturbadoras en la paciente disminuyeron en frecuencia en un 68% y en intensidad en un 84%. Elaboración propia.

Tabla 28*Frecuencia pre y post de conductas motoras disfuncionales*

Conducta problema	Pre/Post test	Frecuencia	Dia	Total						
			1	2	3	4	5	6	7	
Encerrarse en su habitación y llorar	Pre-test	F	1	1	2	1	0	2	2	9
	Post-test	F	0	1	0	1	0	1	0	3
Jalar el cabello a su hija y gritarle	Pre-test	F	0	0	1	1	0	1	1	4
	Post-test	F	0	0	0	0	0	0	0	0
No salir a pasear con sus hijos	Pre-test	F	0	0	0	0	0	1	1	2
	Post-test	F	0	0	0	0	0	0	0	0

Figura 5*Frecuencia pre y post de conductas motoras disfuncionales*

Nota. En la tabla 28 y figura 5, se observa que la frecuencia pre y post intervención de la conducta de cerrarse en su habitación y llorar en la paciente, disminuyó de 9 a 3 veces; la conducta de jalar el cabello a su hija y gritarle se redujo de 4 a 0 veces; y la conducta de no

salir a pasear con sus hijos disminuyó de 2 a 0; lo que implica que la frecuencia con que se presentan las conductas motoras disfuncionales en la paciente disminuyó en un 80%.
Elaboración propia.

3.2. Discusión de resultados

El presente estudio tuvo como objetivo general disminuir los síntomas asociados a la depresión moderada en una mujer víctima de violencia mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual; siendo así que, los resultados obtenidos denotan que la evolución de la paciente ha sido favorable, ya que tal como se puede evidenciar en los resultados comparativos de la aplicación del inventario de depresión de Beck II, el nivel de depresión pasó de ser inicialmente moderada a un estado sin depresión, lo cual quiere decir que síntomas como tristeza, ansiedad, culpa, insomnio, disminución de apetito, llanto frecuente, pensamientos automáticos inadecuados y falta de energía y/o motivación han disminuido tanto en frecuencia como en intensidad en un 62%. Similar a los resultados obtenidos en algunas investigaciones a nivel nacional como el de Luza (2022), quien al igual que en el presente trabajo, aplicó la terapia cognitivo conductual en una mujer de 38 años con depresión moderada, víctima de violencia de pareja, bajo el diseño de caso único, en el cual administró pruebas antes y después de la intervención y tuvo una duración de 17 sesiones. Asimismo, Feijoo (2021) aplicó la terapia cognitivo conductual en una mujer de 39 años con trastorno depresivo recurrente, cáncer de colon y síndrome de maltrato por pareja, obteniendo disminución en el nivel de depresión de la persona objeto de estudio. Además, las investigaciones desarrolladas por Calderón (2020), Huaynates (2019), y Acevedo y Gélvez (2018), reafirman la efectividad del TCC en casos de depresión, aunque, no necesariamente se relacionen con casos psicosociales como es la violencia contra la mujer, de igual manera, son fuentes de información que apoyan la literatura científica. Siendo así que, la depresión resulta de la interrelación multifactorial entre lo biológico, social y psicológico (OMS, 2021).

En relación con el objetivo específico 1, podemos mencionar que la frecuencia con que se presenta el síntoma de insomnio relacionado a la depresión en la paciente, se redujo, pasando de 5 veces por semana a 2 veces; en cuanto al apetito, pasó de una frecuencia de 4 a 1, asimismo, el dolor de cabeza de 4 a 1; lo cual, implica una reducción de 69 % respecto a la frecuencia con que se presentan los síntomas fisiológicos descritos en la paciente; siendo, por tanto, resultado de la aplicación de técnicas de relajación como la respiración diafragmática, la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, programación de actividades, técnicas cognitivas, también, aplicadas en los trabajos desarrollados por Luza (2022), Feijoo (2021) y Huaynates (2019), quienes lograron reducir la aparición de síntomas fisiológicos en sus respectivos estudios de caso único. En relación a lo anterior, en ciertos casos específicos, el paciente puede manifestar síntomas fisiológicos en lugar de expresar emociones perturbadoras como por ejemplo tristeza, adicionalmente, se puede evidenciar un aumento de emociones como ira, frustración, irritabilidad ante circunstancias que no necesariamente lo ameriten (APA, 2014).

Respecto al objetivo específico 2, se identificó distorsiones cognitivas como filtraje, falacia de control, visión catastrófica, interpretación del pensamiento, etiquetas globales y personalización, las cuales no permitían a la paciente distinguir otra forma de interpretar las situaciones, se enfocaba mucho en lo malo de la situación, dejando de lado su capacidad para afrontar la vida sin el padre de sus hijos, ya que a pesar de la ausencia y falta de aporte económico de éste, ella estaba manteniendo y cuidando a sus hijos; RM sólo se enfocaba en lo malo y que las cosas podrían empeorar en cualquier momento, lo cual, provocaba en ella tristeza y ansiedad. La frecuencia con que se presentaban determinados pensamientos automáticos inadecuados en la participante, se redujeron significativamente, así tenemos que pensamientos como “estoy harta de solo tener problemas en mi vida” disminuyó de 13 a 3 veces, “los problemas me sobrepasan” varió de 6 a 1 vez, “parece que nunca seré feliz” bajó de 8 a 3 veces, “necesito el amor y comprensión de alguien, sola no puedo” se redujo de 5 a 1,

“Si tan solo Julio no se hubiera ido del hogar, todo sería diferente”, de 7 a 2, “a nadie le importa cómo me siento”, de 5 a 3, “qué horrible persona soy”, de 3 a 1, “soy una mala madre” de 4 a 2 y, por último, “yo no merezco todos estos problemas”, de 4 a 2. Durante la intervención se utilizó técnicas como autorregistros, descubrimiento guiado, se trabajó en la identificación de distorsiones cognitivas, también, en la formulación de pensamientos alternativos a los pensamientos automáticos inadecuados; técnicas que hicieron posible reducir la frecuencia con que se presentaban los pensamientos automáticos ya mencionados en un 67%. Resultados similares a los obtenidos por Luza (2022), Feijoo (2021) y Huaynates (2019) quienes desarrollaron estudios de caso único y aplicaron técnicas cognitivas para la disminución de pensamientos automáticos inadecuados. Por otra parte, el paciente puede llegar a mantener cierto grado de objetividad al analizar sus pensamientos inadecuados mientras la depresión se mantenga en un nivel leve, no siendo así, si la gravedad de la depresión aumenta, pues cada vez más, se verá controlado por sus pensamientos negativos, así éstas no guarden una relación lógica con la situación real (Beck et al., 2010).

En el objetivo específico 3, emociones perturbadoras como tristeza, ansiedad y culpa, lograron ser reducidas tanto en frecuencia como intensidad, pasando la tristeza de una frecuencia de 14 a 5 y la intensidad de 46 a 9; ansiedad de una frecuencia de 4 a 3 veces y una intensidad de 21 a 7; y culpa de una frecuencia de 7 a 0 y la intensidad de 31 a 0; lo cual implica una reducción de 68 % en frecuencia y 84% en intensidad; resultados comparables a los realizados por Luza (2022), Huaynates (2020) y Acevedo y Gélvez (2018). Adicionalmente a las técnicas de reestructuración cognitiva, se aplicó la técnica de distracción cognitiva para que RM la utilice cada vez que sienta que se está dejando llevar por una emoción perturbadora. En base a lo obtenido, Beck et al. (2010) señalan que los afectos y la conducta de un individuo están determinados potencialmente por la manera que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.

Por último, en el objetivo específico 4, se logró reducir la frecuencia de conductas disfuncionales en RM, como encerrarse en su habitación y llorar, de 9 a 3 veces, jalar el cabello a su hija y gritarle, de 4 a 0 y no salir a pasear con sus hijos, 2 a 0; lo que implica una disminución de 80% en cuanto a la frecuencia con que se presentan las conductas motoras disfuncionales en la paciente, resultados comparables a los obtenidos por Huaynates (2019) y Feijoo (2021). Se aplicó técnicas como programación de actividades y dominio y agrado, incrementando la práctica de actividades placenteras para que RM poco a poco comience a reintegrarse a su vida social. Es importante que el paciente, principalmente, los más deprimidos, desde las etapas iniciales de la terapia cognitiva, realice las actividades que solía hacer antes de iniciar los síntomas depresivos (Beck et al., 2010). Adicionalmente, se propició que la participante adquiriera dentro su patrón conductual la capacidad para comunicarse asertivamente, ya que, al ayudar a su hija con sus tareas, le gritaba cuando no entendía y también le jaloneaba el cabello.

Por último, en el presente trabajo y aquellos realizados a nivel nacional e internacional, se ha probado que la aplicación de las técnicas cognitivo conductuales reducen los síntomas asociados a la depresión, obteniendo con ello, mayor respaldo por parte de la comunidad científica.

3.3. Seguimiento

Una vez concluida la intervención cognitivo conductual se procedió a realizar las 3 sesiones de seguimiento que fueron distribuidas en una sesión cada 15 días. Durante el proceso, se reforzaron las estrategias dadas durante la intervención para de esta manera disminuir la probabilidad de recaídas.

IV. CONCLUSIONES

- a) Se disminuyó síntomas asociados a la depresión en una mujer víctima de violencia en un 62% mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual.
- b) Se disminuyó la frecuencia con que se presentaban las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión en una mujer víctima de violencia en un 69%.
- c) Se disminuyó la frecuencia con que se presentaban los pensamientos automáticos inadecuados en una mujer víctima de violencia en un 67%.
- d) Se disminuyó la frecuencia con que se presentaban emociones perturbadoras en una mujer víctima de violencia en un 68% y la intensidad en un 84%.
- e) Se disminuyó la frecuencia con que se presentaban conductas motoras disfuncionales en una mujer víctima de violencia en un 80%.

V. RECOMENDACIONES

- a) La paciente continúe aplicando las técnicas cognitivo conductuales aprendidas en sesión con la finalidad de afrontar adecuadamente situaciones estresantes en su vida cotidiana que demanden el uso de recursos y herramientas personales.
- b) Reforzar las redes de apoyo social en la paciente.
- c) La paciente participe en talleres psicoterapéuticos grupales integrados por mujeres que han sufrido depresión relacionados a hechos de violencia, en el C.S.M.C Nancy Reyes Bahamonde, a fin de que perciba un entorno de apoyo e intercambie experiencias y habilidades con mujeres en igual situación.
- d) La paciente practique hábitos de vida saludable basados en una alimentación balanceada, actividad física e higiene del sueño.
- e) La paciente reciba pautas de crianza a fin de generar condiciones que favorezcan el desarrollo socioemocional de sus hijos y ella, a su vez, pueda experimentar satisfacción.
- f) Futuros investigadores realicen más estudios respecto a intervenciones psicoterapéuticas bajo el enfoque cognitivo conductual en casos de depresión en mujeres víctimas de violencia.

VI. REFERENCIAS

- Acevedo, M. y Gélvez, L. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 55, 146-158.
<https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/1001/1449>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM V*. (5.^a ed.). Editorial Medica Panamericana.
- Barreda, D. (2019). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck II en una muestra clínica. *Rev. de investigación en psicología*. 22 (1), 39-52.
<https://bit.ly/4b1GUBn>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19 ed.). Desclée De Brouwer
- 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 UPC.
<https://bit.ly/3U5KkMI>
- Caballero, A. (2014). *Modelo de intervención en mujeres con depresión* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional UAEMex.
<https://bit.ly/49KQcRo>
- Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondur*, 89(1), 46-52. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- Calderón, E. (2020). *Intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión* [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://bit.ly/3Qa9FEf>

- Feijoo, A. (2021). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo conductual para un caso de trastorno depresivo recurrente* [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://bit.ly/4b03CtM>
- Flores, T. (2019). *Personalidad y asertividad en los estudiantes de enfermería del Instituto Hipólito Unanue de la ciudad de Tarapoto, 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://bit.ly/4b6MRgF>
- Gamarra, A. y Vela, M. (2020). *Primeras evidencias psicométricas del inventario de pensamientos automáticos (IPA) en universitarios peruanos* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Institucional UPC. <https://bit.ly/3Js89t7>
- Garriga, A., García-Sancho, J., Balanza, P., Bonilla, E., Cámara, J., Canovas, S., Díaz, I., González, J., López, R., López, D., Martín, M., Martín, J., Martínez, J., Martínez, J., Ortiz, M., Pedreño, M., Pujalte, M., Sánchez, C., Serra, M. y Valero, E. (2010). *Guía práctica clínica: actuación en salud mental por mujeres maltratadas por su pareja*. Servicio Murciano de Salud. <https://bit.ly/3Q60tQX>
- Generalì, V. (2020). *Efectos de la terapia cognitivo conductual sobre la depresión en mujeres que han sido víctimas de violencia de género*. [Tesis de pregrado, Universidad de la República de Uruguay]. Repositorio Institucional UDELAR. <https://bit.ly/4a0MjYR>
- González, M. (2019). *Intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión de SINAMU- Los Santos*. [Tesis de maestría, Universidad Especializada De Las Américas]. Repositorio Institucional UDELAS. <https://bit.ly/3U93CRd>
- Habigzang, L., Gomes, M. y Maciel, L. (2019). Terapia cognitivo conductual en mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: estudio de casos múltiples. *Rev. Ciencias Psicológicas*, 13(2), 249-264. <https://bit.ly/3xUArtJ>

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª Ed.). Mc Graw-Hill Education.
- Huerta, R., Bulnes, M., Ponce, C., Sotil, A. y Campos, E. (2014). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de violencia, en zonas urbano- marginales de la ciudad de Lima. *Rev. Theorema*, 1(1), 123-136. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11945>
- Huaynates, M. (2019). *Terapia cognitiva conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa* [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://docplayer.es/200979415-Facultad-de-psicologia-terapia-cognitivo-conductual-en-una-mujer-adulta-depresiva-con-sentimientos-de-culpa.html>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (8 de junio de 2020). *El 57,7 % de las mujeres fue víctima de violencia psicológica, física y/o sexual por parte del esposo o compañero en el 2019*. <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n-077-2020-inei.pdf>
- Kerlinger, F. (1975). *Investigación del comportamiento: técnicas y metodología*. Mc Graw-Hill.
- Landa, M. (2020). *Influencia entre la terapia cognitiva, conductual y la depresión en pacientes adultos de la ciudad de Pisco -Ica, 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio Institucional UAI. <https://bit.ly/4aKhkBi>
- Luza, E. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer con depresión víctima de violencia de pareja* [Trabajo académico final de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://bit.ly/4d8igRM>
- Ministerio de Salud (13 de enero de 2022). *Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021*. <https://bit.ly/4azA5r3>

- Organización Mundial de la Salud (2 de marzo de 2022). *La pandemia de covid-19 aumenta en un 25% la prevalencia de la ansiedad y depresión en todo el mundo.* <https://bit.ly/3Jsep49>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación.* Editorial Medica Panamericana.
- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitivo conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión estado de arte. *Rev. DUAZARY*, 8(2), 251-257. <https://bit.ly/4aIYJFA>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales.* Desclée de Brouwer.
- Segal, Z.V., Williams, J.M. y Teasdale, J.D. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas.* Desclée de Brouwer.
- Solís, C. (2007). *El inventario clínico multiaxial de Millon II (MCMI-II): validez y confiabilidad en pacientes de dos hospitales de salud mental de Lima metropolitana* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/4820>
- Universidad Nacional Federico Villarreal (10 de abril de 2018). *Código de ética para la investigación.* <https://bit.ly/3Q72rk3>
- Villa, D. (19 de diciembre de 2019). Principales tipos de depresión: el desafío médico que no encuentra consuelo. *Elsevier.* <https://bit.ly/3xJLm9L>
- Victoria, L., Ayala, N. y Bascuñán, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo correlacional. *Rev. Psicogente*, 22 (41), 1-22. <https://bit.ly/3xBMxrB>

VII. ANEXOS

7.1. Anexo A. Consentimiento informado

El presente estudio, titulado, Intervención cognitivo conductual en un caso de depresión moderada en una mujer adulta víctima de violencia, tiene por objetivo disminuir los síntomas asociados a la depresión moderada mediante un programa de intervención cognitivo conductual, orientado a modificar pensamientos y conductas. El tratamiento se desarrollará en el módulo de violencia intrafamiliar del C.S.M.C. Nancy Reyes Bahamonde, entre marzo y junio del 2023; cada sesión se realizará una vez por semana con una duración de 60 min.

Además, teniendo como referente lo establecido en el código de ética para la investigación de la Universidad Nacional Federico Villarreal, capítulo III, artículo 8, la autora del estudio, Yshida Dolibeth Evanan Junes, garantiza que:

- a. La intervención psicoterapéutica no generará ningún tipo de riesgo para la salud.
- b. La información que usted brinde, se mantendrá bajo confidencialidad y sólo será utilizada para fines de la investigación. De igual manera, su identidad quedará bajo anonimato.
- c. Su decisión de participar en el estudio es voluntaria.

Yo, RM, identificada con Nro. DNI 41617XXX; declaro que he leído y comprendido acerca del objetivo del presente estudio, así como, de la confidencialidad de mi información personal y mi derecho al anonimato. Por lo expuesto, otorgo mi consentimiento para participar de manera libre y voluntaria en el presente estudio.

Lima, 10 de febrero del 2023



Paciente

7.2. Anexo B. Resultado de la escala de personalidad de Millón II

Patrones clínicos de personalidad		PUNTA JE		FACTOR		AJUSTES					PUNTA JE FINAL		
		Bruto	B	X	X1/2	D	D	DC-1	DC-2	Pa			
1	Esquizoide	22	68	68								68	1
2	Evitativo	18	70	70		69						69	2
3	Dependiente	35	84	84								84	3
4	Histriónico	18	41	41								41	4
5	Narcisista	21	35	35								35	5
6^a	Antisocial	15	45	45								45	6^a
6B	Agresivo-sádico	23	55	55								55	6B
7	Compulsivo	44	86	86								86	7
8^a	Pasivo-agresivo	24	53	53								53	8^a
8B	Autoderrotista	27	77	77		76						76	8B
Patología severa de personalidad													
S	Esquizotípico	17	53		53		53	57	57			57	S
C	Borderline	30	61		61	59	59	63	63			63	C
P	Paranoide	15	52		52			54	54			54	P
Síndromes clínicos													
A	Ansiedad	26	88	88			88	103	103			103	A
H	Somatoformo	26	66	66			66	79	79			79	H
N	Bipolar	10	25	25								25	N
D	Distimia	35	86	86			86	101	101			101	D
B	Dependencia de alcohol	21	57	57								57	B
T	Dependencia de drogas	12	25	25								25	T
Síndromes severos													
SS	Desorden del pensamiento	12	60		60					60		60	SS
CC	Depresión mayor	25	60		60					60		60	CC
PP	Desorden delucional	7	45		45					45		45	PP

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

7.3. Anexo C. Inventario de depresión de Beck II

IDB - II	SEGUNDA EDICION Por: Aaron T. Beck Traducido y Adaptado por: Máximo Brush C.	Subtotal Pag. 2: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
		Puntaje Total: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
Nombre: _____		Estado Civil: _____	Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____		Educación: _____	Fecha: _____
Evaluado por: _____		C.P.P.: _____	Fax: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoja. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste la mayor parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro.</p> <p>1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.</p> <p>2 No espero que las cosas me salgan bien.</p> <p>3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un(a) fracasado(a).</p> <p>1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona, soy un fracaso total.</p> <p>4. Falta de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>2 Espero ser castigado(a) por la vida.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>7. Auto-Desprecio</p> <p>0 Me siento igual que siempre acerca de mí persona.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo(a).</p> <p>2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).</p> <p>3 No me gusta quien soy.</p> <p>8. Auto-Crítica</p> <p>0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.</p> <p>1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.</p> <p>2 Quisiera matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía llorar.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía llorar.</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.</p>
---	---

Continúa al Reverso

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

12. Falta de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

14. Falta de Valor Personal

- 0 No siento que soy inservible.
 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
 3 Me siento completamente inservible.

15. Falta de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

- 1a Duermo algo más que de costumbre.
 1b Duermo algo menos que de costumbre.

- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
 2b Duermo mucho menos que de costumbre.

- 3a Duermo todo el día.
 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

18. Cambios de Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.

- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.

- 3a No tengo nada de apetito.
 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

19. Dificultades de Concentración

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

21. Falta de Interés en el Sexo

- 0 Reciente, ante no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
 2 Ahora tengo mucho/menos interés en el sexo que antes.
 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

Instrucciones para después de la administración:

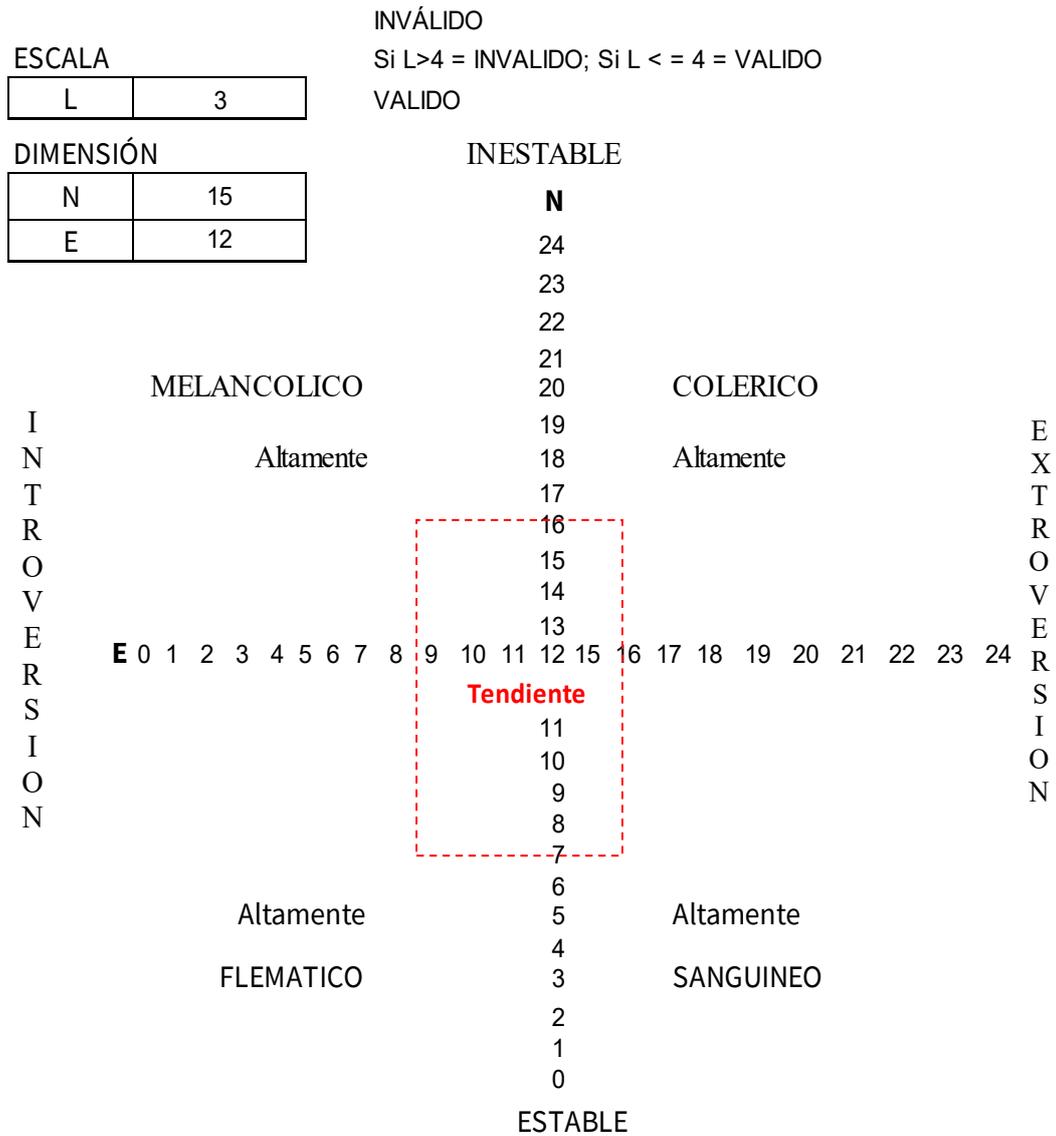
Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas. No olvide los Subtotales por página, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el Puntaje Total, que es la suma de los subtotales por página.

Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.

Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail:

psichometrika@hotmail.com

7.4. Anexo D. Resultado del inventario de personalidad de Eysenck forma b



DIAGNÓSTICO

Si **N** = 15 y **E** = 12, RM es una persona con una tipología tendiente a indestable, tendiente a la introversión y corresponde al tipo melancólico.

Presenta procesos neurodinámicos fuertes y desequilibrados

7.5. Anexo E. Inventario de pensamientos automáticos

Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan, 1991)

A continuación tienes una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valores la frecuencia con que sueles pensarlos (pensando en general, no en situaciones concretas para cada una de ellas), siguiendo la escala:

- 0 = Nunca pienso eso;
 1 = Algunas veces lo pienso;
 2 = Bastante veces lo pienso;
 3 = Con mucha frecuencia lo pienso.

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2. Solamente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3. Todo lo que hago me sale mal	0	1	2	3
4. Sé que piensan mal de mí	0	1	2	3
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6. Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2	3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!	0	1	2	3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0	1	2	3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11. Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2	3
14. Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	3
16. Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17. Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2	3
18. Siempre tendré este problema	0	1	2	3
19. Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21. Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2	3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	2	3
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3
26. Alguien que conozco es un imbécil.	0	1	2	3
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
28. No debería cometer estos errores	0	1	2	3
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	3
30. Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31. Es insoportable, no puedo aguantar más.	0	1	2	3
32. Soy incompetente e inútil.	0	1	2	3
33. Nunca podré salir de esta situación	0	1	2	3
34. Quieren hacerme daño	0	1	2	3
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3
36. La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3

37. Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2	3
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41. Soy un neurótico	0	1	2	3
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2	3
43. Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2	3
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3

Interpretación:

Suma las puntuaciones obtenidas en cada una de las siguientes preguntas, de acuerdo al siguiente orden:

- 1-16-31 () Filtraje: ¡Todo es negativo! Nada es positivo
- 2-17-32 () Pensamiento polarizado: ¡Blanco o negro! Lo hago bien o mal
- 3-18-33 () Sobregeneralización: ¡Siempre fracasaré! (Aunque este sea un momento puntual)
- 4-19-34 () Interpretación del pensamiento: Piensa esto de mí...
- 5-20-35 () Visión catastrófica: "Va a suceder esto..." (que suele ser lo peor)
- 6-21-36 () Personalización: "Eso lo está diciendo por mí...; ¿Qué habrá hecho?; Yo soy más... / menos... tal... que..."
- 7-22-37 () Falacia de control "No puedo hacer nada..." "Yo soy responsable de todo lo que..."
- 8-23-38 () Falacia de justicia "No hay derecho a..." "Es injusto que..."
- 9-24-39 () Razonamiento emocional "Si lo siento así, es que es verdad"
- 10-25-40 () Falacia de cambio "Si tal cosa cambiara entonces yo podría..."
- 11-26-41 () Etiquetas globales ¡Qué torpe soy!
- 12-27-42 () Culpabilidad "Por mi culpa..." "Por su culpa..."
- 13-28-43 () Los debería "Debo de..." "No debo de..."
- 14-29-44 () Falacia de razón "Llevo razón..." "Sé que estoy en lo cierto..."
- 15-30-45 () Falacia de recompensa divina "El día de mañana, esto cambiara" "El día de mañana tendré mi recompensa"

Una puntuación de 2-5 indica que ese tema te afecta actualmente de manera importante.

Una puntuación de 6-9 indica que tienes cierta tendencia a "sufrir" por la forma de interpretar los hechos en tu vida.

