



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER JOVEN CON DEPRESIÓN VÍCTIMA DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA

**Línea de investigación:
Salud mental**

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

Autora

Medina Oliva, Lady Yanide

Asesor

Del Rosario Pacherrres, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado

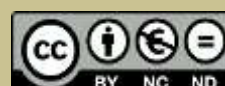
Díaz Hamada, Luis Alberto

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Carlos Ventura, David Dionisio

Lima - Perú

2025



INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER JOVEN CON DEPRESIÓN VÍCTIMA DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	8%
2	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	4%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
5	html.pdfcookie.com Fuente de Internet	<1%
6	core.ac.uk Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.unfv.edu.pe:8080 Fuente de Internet	<1%
8	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1%
9	Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru Trabajo del estudiante	<1%
10	www.clubensayos.com Fuente de Internet	<1%
11	modoleon.com Fuente de Internet	



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER JOVEN CON DEPRESIÓN VÍCTIMA DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Línea de investigación:

Salud Mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad en Terapia

Cognitivo Conductual

Autora

Medina Oliva, Lady Yanide

Asesor

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado

Díaz Hamada, Luis Alberto

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Carlos Ventura, David Dionisio

Lima - Perú

2025

Pensamientos

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

Aaron Beck.

“La perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones que le damos a esas situaciones”.

Albert Ellis.

Dedicatoria

A mi familia, a mis padres y a mi hermana que siempre está apoyándome y motivando cada día para seguir preparándome y esforzándome.

Agradecimientos

Agradezco a Dios, a mis docentes que han sido parte de mi forma profesional y que sus enseñanzas son el producto de este trabajo.

Índice

Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Descripción del problema	3
1.2 Antecedentes	5
<i>1.2.1 Antecedentes Nacionales</i>	5
<i>1.2.2 Antecedentes Internacionales</i>	6
<i>1.2.3 Fundamentación Teórica</i>	8
1.3 Objetivos	14
<i>1.3.1. Objetivo general</i>	14
<i>1.3.2. Objetivos específicos</i>	14
1.4 Justificación	15
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	15
II. METODOLOGÍA	17
2.1 Tipo y diseño de Investigación	17
2.2 Ámbito temporal y espacial	18
2.3 Variables de Investigación	18
2.4 Participante	19
2.5 Técnicas e Instrumentos	20
<i>2.5.1 Técnicas</i>	20

2.5.2	<i>Instrumentos</i>	23
2.5.3	<i>Evaluación psicológica</i>	24
2.5.4	<i>Evaluación Psicométrica</i>	37
2.5.5	<i>Informe psicológico integrador</i>	48
2.6	Intervención	51
2.6.1	<i>Plan de intervención y Calendarización</i>	51
2.6.2	<i>Programa de intervención</i>	51
2.7	Procedimiento	53
2.8	Consideraciones éticas	71
III. RESULTADOS		74
3.1	Análisis de los Resultados	74
3.2	Discusión de Resultados	74
3.3	Seguimiento	76
IV. CONCLUSIONES		77
V. RECOMENDACIONES		78
VI. REFERENCIAS		79
VII. ANEXOS		89

Índice de Tablas

Tabla 1.	Diagnóstico funcional de la conducta	32
Tabla 2.	Análisis funcional de la conducta	33
Tabla 3.	Análisis cognitivo	35
Tabla 4.	Criterios de un episodio depresivo persistente según CIE – 10	36
Tabla 5.	Sesión 1: Encuadre Terapéutico y Plan de Trabajo	53
Tabla 6.	Sesión 2: Identificando los síntomas y conductas desadaptativas	55
Tabla 7.	Sesión 3: Psicoeducación	56
Tabla 8.	Sesión 4: Identificación de pensamientos automáticos negativos	57
Tabla 9.	Sesión 5: Entrenamiento en la técnica de reestructuración cognitiva	59
Tabla 10.	Sesión 6: Entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática	60
Tabla 11.	Sesión 7: Entrenamiento en la técnica de asignación de tareas	62
Tabla 12.	Sesión 8: Entrenamiento en habilidades sociales y Proyecto de Vida	64
Tabla 13.	Sesión 9: Entrenamiento en habilidades sociales, Comunicación Asertiva y Toma de decisiones	66
Tabla 14.	Sesión 10: Entrenamiento en la técnica de solución de problemas	67

Tabla 15.	Sesión 11: Entrenamiento en Autocuidado -Seguimiento	69
Tabla 16.	Sesión 12: Prevención de recaídas -Seguimiento	70
Tabla 17.	Registro de frecuencia de pensamientos negativos en el pre test y post test	87
Tabla 18.	Registro de frecuencia e intensidad de emociones negativas de la semana 1 y la semana 12	90
Tabla 19.	Registro de frecuencia de conductas desadaptativas en el pre test y post test	92
Tabla 20.	Aplicación del Inventario de Depresión de Beck BDI-II durante el pre y post test	93
Tabla 21.	Aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck durante el pre y post test	94
Tabla 22.	Aplicación del Inventario de Autoestima de Coopersmith durante el pre y post test	95
Tabla 23.	Aplicación del Inventario de Millon durante el pre test	96

Índice de Figuras

Figura 1.	Registro de frecuencia de pensamientos negativos en el pre test	89
Figura 2.	Registro de frecuencia e intensidad de emociones negativas en el pre test y post test	91
Figura 3.	Registro de frecuencia de conductas desadaptativas en el pre test y post test	92
Figura 4.	Resultados de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck BDI-II durante el pre y post test	93
Figura 5.	Resultados de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck durante el pre y post test	94
Figura 6.	Resultados de la aplicación del Inventario de Autoestima de Coopersmith durante el pre y post test	95
Figura 7.	Resultados de la aplicación del Inventario de Millon durante el pre test	96
Figura 8.	Registro de intensidad de creencias irracionales al inicio y al finalizar la intervención	98

Resumen

El presente estudio de caso clínico de una mujer joven víctima de violencia con sintomatología de depresión persistente de 24 años, se interviene mediante un programa de terapia cognitivo conductual de 12 sesiones, se realizaron una sesión por semana, cada sesión tuvo una duración de 1 hora 30 minutos. La investigación es de tipo experimental y se utiliza el diseño Univariable Multicondicional ABA, teniendo como variable independiente Intervención de la Terapia Cognitivo Conductual y la variable dependiente Depresión Persistente. El objetivo general fue disminuir la sintomatología depresiva en una mujer joven víctima de violencia psicológica mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual para que logre su adaptación personal, social y familiar. Se utilizaron técnicas de observación, entrevista e instrumentos psicológicos: el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon, Registro de Opiniones (Forma A) y el Inventario de Autoestima de Coopermish. Se concluyó que se alcanzaron los objetivos y se comprobó la disminución de la sintomatología depresiva en la usuaria, incluyendo los pensamientos, emociones y conductas negativas; confirmando la eficacia de las técnicas del modelo cognitivo conductual para la depresión.

Palabras clave: Depresión persistente, Terapia Cognitivo Conductual, violencia

Abstract

The present clinical case study of a 24-year-old young woman victim of violence with symptoms of persistent depression, is intervened through a 12-session cognitive behavioral therapy program, one session per week was held, each session lasted 1 hour. 30 minutes. The research is of an experimental type and the ABA Multiconditional Univariate design is used, having Cognitive Behavioral Therapy Intervention as the independent variable and the dependent variable Persistent Depression. The general objective was to reduce depressive symptoms in a young woman victim of psychological violence through the application of a cognitive behavioral intervention program to achieve her personal, social and family adaptation. Observation techniques, interviews and psychological instruments were used: the Beck Depression Inventory, the Millon Clinical Multiaxial Personality Inventory, the Opinion Record (Form A) and the Coopermish Self-Esteem Inventory. It was concluded that the objectives were achieved and the decrease in depressive symptoms in the user was verified, including negative thoughts, emotions and behaviors; confirming the efficacy of cognitive behavioral model techniques for depression.

Keywords: Persistent depression, Cognitive Behavioral Therapy, violence

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos relacionados con la depresión representan un desafío significativo y común en la salud mental. A menudo, los individuos que experimentan episodios de depresión no reciben la atención necesaria. En atención primaria, se ha enfocado en tratamientos farmacológicos, también se sugiere la incorporación de enfoques psicoterapéuticos como la terapia cognitivo-conductual (Bogucki, et al. 2021).

El trastorno depresivo mayor se define como un estado de ánimo persistentemente bajo, la ausencia de disfrute en actividades previamente placenteras, pensamientos recurrentes sobre la muerte, y síntomas tanto físicos como cognitivos. Aquellos que padecen de este trastorno pueden experimentar una disminución en su calidad de vida, causadas tanto por el trastorno mismo como por afecciones médicas adicionales, aspectos sociales y un deterioro en su funcionamiento diario. Este trastorno es multifacético y no puede ser atribuido de manera definitiva a una sola causa biológica o ambiental. Más bien, el trastorno depresivo mayor parece resultar de una mezcla de factores genéticos, ambientales, psicológicos y biológicos. El tratamiento habitual para este trastorno incluye medicación con antidepresivos, terapia psicológica o una combinación de ambas opciones (Marx, et al. 2023)

La agresión en pareja constituye un grave problema de salud comunitaria. Ser víctima de violencia influye en la aparición y agravamiento de trastornos mentales, y las condiciones de salud mental ya presentes aumentan el riesgo de sufrir violencia de pareja (Mazza, et al. 2021). La violencia inicia durante el noviazgo, donde se manifiestan signos de agresión psicológica y control, pero están ocultos y acompañados de amor romántico que se disfraza de cuidado, apoyo y defensa. La mujer acepta la relación dañina y desigual con el tiempo sin reconocer el abuso que se establece. La independencia de las mujeres se ve disminuida por el temor, el aislamiento, las amenazas y la dominación, lo que lleva a sentimientos de culpa,

miedo, dependencia, soledad y distanciamiento social. Por lo general, este proceso progresa hacia formas más severas de violencia psicológica y puede aumentar el abuso físico, potencialmente incluso el homicidio. Cuando las mujeres afectadas por el abuso llegan a darse cuenta de su situación, intentan evitar la violencia; sin embargo, sus comportamientos están influenciados por las consecuencias de la violencia por parte de la pareja y las expectativas de género, además sienten un deber hacia la felicidad de su pareja y su familia, ven como fundamentales en su existencia. Reconocen que su vínculo es problemático, pero desean conservar, manteniendo la esperanza de que el agresor pueda cambiar (Tourné et al., 2024).

La terapia cognitivo-conductual se ha comprobado como una herramienta efectiva para abordar la depresión (Gautam et al., 2020). Se calcula que cerca del 30% de las mujeres involucradas en relaciones de pareja han padecido violencia, particularmente aquellas que han sido objeto de maltrato (Huerta et al., 2016). Por esto, resulta fundamental llevar a cabo investigaciones en este ámbito y existe una fuerte motivación para desarrollar un programa de intervención que sea efectivo.

El segmento inicial compila el problema de investigación, los contextos nacionales e internacionales, los fundamentos teóricos, los objetivos generales y específicos, la justificación y el resultado proyectado de ejecutar la tarea. El segundo capítulo describe el estudio, la información del paciente, las evaluaciones psicológicas y el tratamiento psicológico. La tercera parte consiste en los resultados de la primera y segunda ronda, los debates y la vigilancia. Las páginas finales contienen conclusiones, sugerencias, citas y anexos.

1.1. Descripción del problema

La depresión, una enfermedad mental común, que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, representando 4.4 de la población global total, lo que resulta en un tiempo reducido y un tiempo libre e incomodidad en la calidad de vida. La enfermedad afecta a más del 80% de quienes residen en países de ingresos bajos y medianos, donde existen desigualdades sociales y económicas, así como acceso insuficiente a los servicios de salud mental, lo que puede aumentar la situación y elevar los costos de tratamiento para los pacientes (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La aparición de la depresión en la población general del Perú presenta variaciones significativas según la región, siendo un 18,2% en Lima Metropolitana, un 16,2% en la sierra peruana y un 21,4% en la selva (Casavilca, et al. 2020). Los síntomas depresivos pueden fluctuar en función de diversos factores, como los biológicos, sociodemográficos y de estilo de vida. Se ha observado que estos síntomas son más frecuentes en mujeres, adultos mayores y personas con un nivel socioeconómico bajo. Durante el año 2020, la tasa de trastornos depresivos severos fue calculada en 2,7%, de la cual un tercio obtuvo una atención mínima apropiada. Sin embargo, acceder a la atención para personas que padecen estos trastornos es muy restringido en las naciones de bajos y medianos ingresos, ya que únicamente uno de cada 27 individuos con depresión grave consigue obtener la ayuda requerida (Villarreal, et al. 2020).

Con información reciente correspondiente del año 2024, los Centros de Emergencia Mujer (CEM) brindaron asistencia a 142,144 mujeres que sufrieron actos de violencia, esto equivale a un 63.9% entre las mujeres de 18 a 59 años, el 53.3% indicaron haber sufrido violencia por su pareja, mientras un 40.6% experimentaron violencia psicológica. Además,

un 37.8% fue afectada por agresiones físicas y un 21.3% denunció haber sufrido abuso sexual (AURORA, 2024).

Además, en un estudio comparativo a nivel regional que abarcó 12 países latinoamericanos, Perú ocupó el tercer lugar en tasas sobre agresión hacia la mujer, sea física o sexual (Cyrus, et al. 2021).

Una investigación efectuada por Manchego-Carnero y otros (2022) determinó que entre las mujeres violentadas por su pareja y los adultos mayores que enfrentan violencia familiar, el peligro de experimentar violencia es más elevado en mujeres jóvenes, poseen baja autonomía económica y educativa, y están en una relación de convivencia. A pesar de que no se encontraron variaciones significativas en la salud mental, se identificó una notable prevalencia de posibles trastornos mentales, cercana al 50%, siendo la ansiedad, la depresión y los trastornos psicóticos los más frecuentes.

En Perú, la situación revela que la atención en salud mental para las féminas es inadecuada. Entre las causas principales de este problema se encuentran la violencia hacia las mujeres, el desamparo de éstas en hospitales psiquiátricos, y la falta de fondos, debido a que el financiamiento para salud mental no satisface la demanda existente de pacientes, incluidas aquellas que han sufrido violencia y abandono. Como consecuencia, muchas de ellas no reciben la asistencia necesaria, lo que impacta de manera adversa su calidad de vida y también afecta a su familia y comunidad (Sánchez, 2021).

La indagación acerca del efecto de la depresión en mujeres que han sido agredidas en Perú muestra una variedad de descubrimientos vinculados que demuestran la complejidad y la seriedad de la situación. Se resalta que un 65.4% de las féminas afectadas sufre violencia psicológica, que no solo trae consigo efectos inmediatos, sino que también deja daños emocionales duraderos. Esto implica que la depresión surge directamente de la violencia

experimentada, lo que enfatiza la urgencia de una intervención adecuada (Vásquez y Salcedo, 2024).

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

De los Santos (2024) desarrolló una intervención cognitivo conductual realizado en una paciente de 25 años que presentaba sintomatología depresiva, por lo tanto, su propósito es disminuir los síntomas. Evaluada por medio de pruebas: Inventario de Depresión, Cuestionario de Personalidad, Cuestionario de Personalidad. Técnicas de intervención empleadas: psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, descubrimiento guiado y técnicas de dominio y agrado, entrenamiento en solución de problemas. En los hallazgos referidos se encontró una recuperación moderada a mínima de la sintomatología, reducción de pensamientos negativos e intensidad de emociones perturbadoras y conductas problemáticas.

Evanan (2023) realizó una intervención psicoterapéutica en una paciente de 44 años que sufrió violencia, que ha desarrollado depresión moderada, el objetivo de la intervención es mejorar las características anteriores. Los inventarios probados fueron: Inventario de Depresión, ICM Millon II, Cuestionario de Personalidad, Inventario de pensamientos automáticos. Se utilizaron las siguientes estrategias de intervención: la psicoeducación, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva, descubrimiento guiado, técnicas de dominio y agrado, autorregistros, imaginación positiva. Los resultados muestran una reducción de los síntomas de moderada a un nivel no depresivo.

Torres (2022) desarrollo una intervención psicológica dirigida a una usuaria de 25 años que presentaba síntomas de depresión, con el objetivo de minimizar dichos síntomas.

Para ello, se utilizaron diversos instrumentos: Inventario de Depresión, el Inventario pensamientos automáticos, el Cuestionario de Personalidad, Escala de habilidades. Las técnicas de intervención aplicadas fueron la psicoeducación, programa de actividades, entrenamiento en solución de problemas, reestructuración de pensamientos disfuncionales, descubrimiento guiado, técnica de dominio y agrado, autorregistros, imaginación positiva. En consecuencia, lográndose reducir la sintomatología moderada hasta eliminar por completo la depresión.

Chuchón (2022) realizó una intervención cognitivo conductual en una mujer de 36 años con el propósito de reducir los síntomas de depresión. Empleó instrumentos: el Inventario de Depresión, Inventario de pensamientos automáticos, Inventario Multiaxial y un Inventario de personalidad. Además, emplearon estrategias terapéuticas como reestructuración y detención de pensamientos, regulación emocional, juegos de roles, entrenamiento en asertividad y mindfulness. El resultado mostró una notable disminución en los síntomas de la depresión recurrente.

Requena (2022) desarrolló una intervención de tipo cognitiva conductual en una mujer de 29 años que tenía rasgos clínicos y síntomas depresivos. Se utilizaron diferentes instrumentos para recolectar datos, como los autorregistros, un Inventario de depresión. También se emplearon estrategias cognitivo-conductuales como la relajación, cambio de pensamientos, organización de actividades y gestión de estímulos, entre otras. Los descubrimientos señalaron que se logró una reducción en los síntomas de depresión, lo que confirmó la efectividad de la terapia en personas con depresión.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

González (2023), se llevó a cabo una investigación sobre el caso de una mujer de 44 años en España, diagnosticada con un Trastorno Depresivo Mayor junto con ansiedad. Utilizó

los instrumentos como los autorregistros, Inventario de Depresión, Cuestionario exploratorio de la personalidad. Aplicó metodologías de intervención como la psicoeducación, de gestión emocional, activación conductual, reestructuración cognitiva, formación en competencias sociales y asertividad. Cuyo resultado fue la reducción de los síntomas depresivos validando la eficacia del procedimiento.

Ramírez y Ordaz (2022), redujeron los síntomas de depresión mediante la terapia cognitivo conductual aplicada a una mujer de 49 años que presenta un diagnóstico de artritis reumatoide y un trastorno depresivo persistente en un caso de estudio en México. Se utilizaron los instrumentos: la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, el Inventario de Depresión y la Escala de Carga del Cuidador. Se emplearon técnicas como la orientación sobre su sintomatología, la solución de problemas y el análisis de pensamientos. El hallazgo reveló que encontraron evidencia de que la TCC reduce los síntomas de la depresión.

Betancur (2020) desarrolló un análisis de caso sobre la terapia cognitivo conductual en una mujer de 32 años que presenta síntomas de un trastorno depresivo persistente. Se aplicaron los instrumentos como el Inventario de Depresión, Inventario de Ansiedad, Escala de Hamilton. Utilizó las técnicas de intervención: la Psicoeducación, Técnica de Actividades de dominio y agrado, Dialogo socrático, Relajación de Jacobson, Reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, juego de roles, entrenamiento en asertividad. Se demostró resultados desde el inicio de la terapia y al término del tratamiento no presentó sintomatología depresiva.

Fernández (2020), tuvo el objetivo de describir la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual en una mujer de 20 años en Colombia, quien sufre de un trastorno depresivo severo, acompañado de depresión y ansiedad leve. Aplicaron los instrumentos: el Inventario de Depresión y Ansiedad, Escala de desesperanza, Escala de actitudes disfuncionales, Escala de asertividad, Cuestionario de Esquemas y el Cuestionario de

Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad. Utilizaron estrategias cognitivo-conductual como activación conductual, reestructuración de pensamientos, resolución de problemas y adiestramiento de habilidades sociales, ejercicios de respiración, relajación muscular progresiva y atención plena. Tuvo como resultado la disminución de los síntomas depresivos y las reacciones ansiosas, demostró la eficacia de esta terapia al lograr la estabilización.

Cruz (2019), estudio de caso de Bolivia, teniendo como objetivo describir la intervención terapéutica en un joven de 17 años que padece trastorno depresivo recurrente a quién se aplica la terapia cognitiva conductual. Se aplicaron los instrumentos: Escala de Riesgo Suicida, Inventario de Depresión, Escala de estrategias de coping modificada. Utilizó estrategias de intervención como la Psicoeducación, los autorregistros sobre pensamientos intrusivos. El hallazgo demostró una disminución notable en los síntomas de depresión; al finalizar las sesiones evidencia una mejora significativa.

1.2.3. Fundamentación Teórica

Los trastornos depresivos son frecuentes. Se calcula que más de 300 millones de individuos a nivel global sufren de depresión, que corresponde aproximadamente al 4.4% de la población total (OMS, 2022). La depresión y los comportamientos suicidas son asuntos vinculados a la salud mental que se entrelazan en cierta medida, junto a otros trastornos psicológicos, representa un elemento crucial que incrementa el riesgo de conductas suicidas (Schnitzspahn, et al. 2024).

El trastorno depresivo mayor es bien sabido que se trata de una de las cuestiones de salud mental más urgentes. El número global de casos nuevos ha aumentado casi un 50% en

los últimos 30 años, y en la actualidad, más de 264 millones de individuos de diversas edades están afectados (Monroe, 2022). El trastorno depresivo persistente (TGD) tiene una esperanza de vida de entre el 3 y el 6% de los habitantes que viven en países occidentales, lo que representa un efecto significativo en la calidad de vida de los individuos afectados (Carta, et al. 2019).

El trastorno depresivo mayor se considera una afección mental que afecta a nivel mundial, afecta el componente cognitivo característico de una visión pesimista del futuro que puede conducir a la desesperanza y, en los peores casos, al suicidio (Katayama, et al. 2023). El trastorno depresivo mayor, conocido como TDM, se manifiesta a través de síntomas físicos, como cansancio excesivo, disminución del apetito y pérdida de peso. Un rasgo fundamental del TDM es la anhedonia. Además, este trastorno está vinculado con una falta de motivación, trastornos del sueño, dificultades cognitivas y sentimientos de culpa. Cada año, se registra un aumento en la prevalencia de la depresión. Se estima que alrededor de 300 millones de personas en el mundo sufren de TDM, convirtiéndolo en una causa significativa de discapacidades (Cui, et al. 2024).

La depresión no solo presenta un enorme desafío de atención médica, sino que también tiene grandes consecuencias sociales y económicas. Los estudios epidemiológicos han informado consistentemente una prevalencia superior de TDM en mujeres en contraste con los hombres (Dudek, et al. 2021).

La Terapia Cognitivo-Conductual cree que los problemas psicológicos y la angustia psicológica son causados por la forma en que se interpretan los eventos, no por el evento en sí. Estas construcciones pueden volverse distorsionadas y rígidas, provocando que la percepción, el procesamiento y la interpretación de los acontecimientos sean distorsionados e ineficaces, son la raíz de los problemas psicológicos comunes. De esta manera, se crean formas de pensar

diferentes, equilibradas y significativas que mejoran la resolución de problemas, reducen el dolor emocional y fomentan conductas adecuadas (Stallard, 2021).

La terapia cognitivo-conductual es una de las opciones de tratamiento empíricamente respaldadas para pacientes depresivos, se fundamenta en la idea del procesamiento de información desadaptativa, las creencias inexactas y los comportamientos disfuncionales juegan un papel determinante en el origen y la persistencia de la depresión (Suhas, et al. 2021).

Las primeras sesiones de intervención cognitivo conductual en pacientes depresivos son cruciales para determinar el resultado del tratamiento. En las primeras sesiones, el terapeuta debe crear una alianza para facilitar la aplicación de las técnicas; ponerse de acuerdo con el paciente sobre la definición del problema, la solución del problema y los objetivos; explicar la lógica; y aumentar la confianza en la terapia mediante el alivio temprano de los síntomas (Don, et al. 2019).

La intervención cognitivo conductual es el modelo de terapia con la mayor cantidad de respaldo en cuanto a su efectividad y es sugerido en las guías de tratamiento para la depresión, trata los estados de ánimo negativos y las conductas disfuncionales interviniendo en las cogniciones negativamente distorsionadas sobre uno mismo, el mundo y el futuro (Katayama, et al. 2023).

La violencia doméstica se refiere en gran medida a la violencia física, psicológica y económica. La violencia física implica el control que una persona ejerce sobre otras al ejercer deliberadamente una fuerza que puede resultar en trauma, contusiones y el deceso. La violencia psicológica se puede manifestar en diversos comportamientos, como menospreciar a una mujer, acusarla de no ser capaz de realizar una determinada tarea, despreciar la personalidad y las ideas de una mujer, gritarle, etiquetarla, criticar constantemente su comportamiento, dar órdenes, mostrar resentimiento hacia una mujer, examinar su comportamiento y su trabajo y

evitar que una mujer tenga oportunidades en los negocios y la vida social. La consecuencia más devastadora La manifestación más trágica de la violencia contra las mujeres en el ámbito personal es el asesinato de la mujer. Por otro lado, la violencia económica implica la utilización de recursos generadores de ingresos, como la profesión, los bienes y el dinero, como medio de presión y control sobre una mujer (Özkafacı y Eren, 2020).

Le et al. (2024) define que la violencia doméstica puede afectar y sucederle a cualquier persona, independientemente de su género, orientación sexual, raza, edad y religión, pero la mayoría de las víctimas de violencia doméstica son niñas y mujeres. Las investigaciones han demostrado que las experiencias de violencia doméstica pueden tener consecuencias devastadoras en la salud mental de las víctimas femeninas, como una probabilidad tres veces mayor de ideación suicida, intento de suicidio y un mayor riesgo de angustia emocional y adicción. Las sobrevivientes de violencia doméstica también enfrentan un mayor riesgo de complicaciones y enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva

La violencia es un desafío global en el ámbito de la salud pública, con repercusiones de alcance pandémico, afectando a un gran número de mujeres y demandando atención inmediata. De acuerdo con las estimaciones el 641 millones de mujeres que están casadas o en una relación y que tienen o cumplieron 15 años o más han vivido violencia física o sexual por parte de su pareja en algún momento (Organización Mundial de la Salud, 2021). Asimismo, se ha encontrado que más del 26% de las mujeres entre las edades de 20 y 44 años que han estado casadas o en pareja han sido sometidas a violencia física y/o sexual por parte de su cónyuge o pareja íntima, ya sea actual o anterior, al menos una vez a lo largo de su vida. La violencia doméstica, descrita como la violencia ejercida contra una mujer por su marido, así como por otros miembros de la familia, ha sido considerada una grave transgresión a los derechos humanos en diversos en foros internacionales. La apreciación mundial de la gravedad de la

violencia doméstica la convierte en el pilar de las campañas de los grupos dirigidas a mujeres para empoderarlas, logrando justicia de género (Dhawan, et al. 2024).

El síndrome de la mujer maltratada de Walker, sostiene que las mujeres siempre están atrapadas en un ciclo de violencia en el que experimentan marginación, abuso verbal, aislamiento y pequeños casos de abuso físico inicialmente. Esto conduce a un episodio agudo de maltrato, que es seguido por un episodio de amor y arrepentimiento por parte del maltratador. En ese punto, la víctima comienza a pensar que el maltratador cambiará, y por lo tanto continúa quedándose con él. Esto vuelve al mismo patrón de incidentes violentos aislados y un episodio de maltrato. La idea de Seligman de “indefensión aprendida” ilustra cómo las mujeres, que experimentan abuso sistemático en el hogar en un ciclo de violencia de este tipo, desarrollan una especie de parálisis que les impide irse. Sin embargo, su idea de una víctima indefensa del abuso implica que las víctimas carecen de la capacidad de acción de un sobreviviente (Dhawan, et al. 2024).

Yildirim y Uysal (2023) señala que la violencia en pareja representa es un problema de salud pública que infringe derechos humanos esenciales; se trata de una epidemia oculta que amenaza la salud colectiva. Este tipo de violencia se presenta como una conducta de una pareja o expareja causando perjuicio, ya sea físico, sexual o psicológico, y agrava las repercusiones adversas en la salud de las víctimas. De acuerdo con las cifras disponibles, cerca de una de cada tres mujeres a nivel global enfrenta situaciones de violencia, ya sea física, sexual o emocional. Casi un 27% de las mujeres que tiene entre 15 y 49 años que participan en una relación indican haber sufrido violencia física y sexual por parte de un hombre.

Existen diversas teorías que sustentan la depresión (Smith, 2017):

La Teoría biológica menciona el factor hereditario mediante los genes heredados o por una alteración psicológica, o cambios psicológicos, como antecedentes familiares del trastorno

o episodios de manía y depresión. Asimismo, se menciona cuando un déficit del neurotransmisor norepinefrina es causa de la depresión porque este neurotransmisor nos causa sensaciones de placer.

Las Teorías del aprendizaje refiere que la depresión es producto de un reforzamiento inadecuado, o por estrés y ausencia de habilidades sociales sustentándose en el condicionamiento operante de Skinner.

Las Teorías psicodinámicas dan prioridad a los sentimientos y a las reacciones inconscientes. El sujeto interpreta la pérdida de algo amado como dolorosa. De acuerdo con Freud, la depresión se considera una afección mental que se origina a partir del sentimiento de melancolía, en lugar de estar influenciada por el deseo sexual. Estas teorías proponen que la depresión surge en las relaciones interpersonales durante la infancia y cuando hay una pérdida, desencadena ansiedad y tiene un profundo impacto en el estado mental de un individuo.

Las diferentes teorías que intervienen en pacientes depresivos, mencionan que los individuos distorsionan la realidad, generan pensamientos y sentimientos desesperados, anticipan resultados negativos y carecen de razonamiento lógico. Esta mentalidad negativa afecta tanto a su vida personal como social. Beck afirma que las experiencias negativas durante la infancia, como los rechazos y las críticas de los padres, pueden dejar una huella perdurable en la vida de una persona, conduciendo a acciones negativas en la edad adulta.

La teoría cognitiva de la depresión propuesta por Aaron Beck se estableció como el pilar para la evaluación de aspectos cognitivos considerados como correlatos clave y precursores de la depresión. Los procesos psicológicos asociados con la tríada cognitiva depresiva, la particularidad de los esquemas cognitivos y las fallas en el procesamiento cognitivo marcaron el rumbo de las futuras indagaciones sobre esta afección. La revisión de investigaciones específicas valida y expande las ideas de Beck respecto a la influencia de los

factores cognitivos en la manifestación y persistencia de los síntomas de la depresión (Golonka, et al. 2024).

Hirschman (2003), emplea el enfoque del constructivismo social para ilustrar de qué manera las normas sociales frecuentemente llevan a mujeres y otros individuos que sufren violencia en pareja a aceptar dicha violencia y a seguir en la relación. La violencia cometida por un maltratador contribuye de la habilidad de respuesta de las féminas maltratadas, al igual que los sistemas legales, de aplicación de la ley y médicos actuales. El establecimiento de significados sociales que permiten a las víctimas comprenderse a sí mismas y sus circunstancias es fundamentalmente influenciada por la educación, interpretación y prácticas de normas e interacciones de género a lo largo del continuo de la familia, la comunidad y el estado. Ciertos niveles de violencia o amenaza en tales circunstancias a menudo se consideran "naturales" o "normales". Hirschman analiza cómo estas interpretaciones discursivas ayudan a dar forma aún más a cómo se ve a las mujeres maltratadas en comparación con las mujeres no maltratadas (Dhawan, et al. 2024).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Disminuir la sintomatología depresiva en una mujer joven víctima de violencia psicológica mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual para que logre su adaptación personal, social y familiar.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Implementar un programa de intervención cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en una mujer joven víctima de violencia psicológica.
- Demostrar la eficacia de la Terapia cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en una mujer joven víctima de violencia psicológica.

1.4. Justificación

Se ha identificado que la agresión hacia las mujeres es un grave asunto que afecta tanto la salud pública como los derechos humanos, con un impacto significativo a nivel global y especialmente en los países de América. La violencia ejercida por una pareja cercana, es la agresión más prevalente, genera efectos severos en la salud y el bienestar de las féminas. Una investigación realizada en doce naciones reveló que un gran número de mujeres que experimentaron violencia por parte de sus parejas íntimas reportaron efectos negativos tales como lesiones físicas, dolores persistentes, ansiedad, depresión y pensamientos suicidas (Bot, et al. 2021).

De acuerdo con los análisis estadísticos, las investigaciones han mostrado que la intervención rápida en situaciones de depresión es crucial, ya que se observan altos índices de casos tanto a nivel global como nacional. Por ello, resulta fundamental desarrollar e implementar un Plan de Intervención Cognitivo Conductual dirigido a mujeres adultas que padecen depresión, con la finalidad de disminuir los síntomas de la depresión mediante estrategias terapéuticas que puedan servir como referencia para otros casos similares. Esto facilitará la prevención al permitir un diagnóstico y tratamiento adecuados y en un tiempo pertinente. Estos antecedentes resaltan la relevancia de llevar a cabo esta investigación, que contribuirá de manera valiosa a la práctica clínica.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Esta investigación pretende aliviar los síntomas de depresión en la paciente, promoviendo su salud tanto física como emocional, y favoreciendo su funcionalidad y su calidad de vida en lo interpersonal, familiar y social. El objetivo de esta intervención es mitigar los pensamientos irracionales a través de enfoques cognitivo-conductuales, fomentando el desarrollo de pensamientos racionales positivos y se potencia sus habilidades

socioemocionales. Este enfoque será una guía para casos futuros con síntomas de depresión que tengan antecedentes similares a los presentados en este estudio.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

La investigación es aplicada porque orienta su esfuerzo en reconocer necesidades, dificultades u oportunidades presentes en el entorno, para luego utilizar sus conocimientos y abordar estos requerimientos a través de la implementación del método científico, al momento de instaurar protocolos, se proponen tácticas, se crean y experimentan modelos tangibles, y se evalúa su utilidad práctica (Castro, et al. 2023).

El diseño experimental se distingue por la intervención deliberada en la variable independiente y la posterior evaluación de su efecto en una variable dependiente, de caso único (pre experimental) este enfoque puede ofrecer información valiosa acerca de cómo una variable independiente influye en un fenómeno particular de interés (Ramos, 2021). El propósito de esta investigación es analizar el efecto de la terapia cognitivo conductual en el manejo de la depresión en una joven mujer. Se utilizó el diseño univariable multicondicional ABA, modificando pensamientos intrusivos que afectaban a una joven víctima de violencia con síntomas depresivos.

Se llevó a cabo la realización de fases de diseño descritas a continuación:

Fase I: Selección de la muestra

Mujer joven de 24 años que acude a consulta por tener síntomas relacionados con un trastorno depresivo recurrente.

Fase II. Aplicación de los instrumentos

Se emplearon los instrumentos psicológicos: la Escala de ansiedad de Beck, la Escala de depresión de Beck -DBI – II e Inventario clínico multifásico de Millón III (MCMI-II) y Registro de Opiniones.

Fase III: Aplicación del programa cognitivo conductual

El programa de terapia cognitivo-conductual fue realizado en 12 sesiones, programadas semanalmente, las sesiones tuvieron una duración de entre 45 y 60 minutos.

Fase IV: Análisis de resultados

Se llevó a cabo el post test de las evaluaciones psicológicas que se habían realizado en la fase II. Tras la revisión de estos resultados, se corroboró la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en relación con el trastorno depresivo recurrente.

2.2. Ámbito temporal y espacial

La persona usuaria comenzó su evaluación y consulta el 23 de junio de 2022, finalizando su tratamiento de terapia cognitivo-conductual el 23 de septiembre del mismo año. Las evaluaciones y sesiones se desarrollaron en el distrito de Lambayeque, en el servicio de Psicología, perteneciente a la provincia de Lambayeque.

2.3. Variables de Investigación

a) Variable independiente

Intervención Cognitivo Conductual en un caso de una mujer joven víctima de violencia psicológica.

Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual representa un enfoque terapéutico en el ámbito psicológico que se fundamenta en la creencia de que las dificultades mentales y el sufrimiento emocional son sostenidos por aspectos cognitivos. Esto implica que las ideas preconcebidas sobre la realidad, la propia identidad y el futuro juegan un papel crucial en perpetuar el malestar emocional y los inconvenientes en el comportamiento. La meta principal de la TCC es sustituir los patrones de pensamiento ineficaces por creencias más adaptativas y flexibles (Serafini, et al. 2023).

b) Variable dependiente

Cuadro Clínico de Depresión

El trastorno depresivo mayor, conocido como TDM, es un tipo de trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una ausencia duradera de interés y una sensación de desesperación que persiste durante un período de al menos dos semanas. Esta condición puede dar lugar a síntomas asociados que afectan negativamente la vida cotidiana de quienes la padecen. Como resultado, las personas pueden encontrar dificultades para trabajar, estudiar, alimentarse, descansar y disfrutar de actividades o eventos que solían ser placenteros. Si no se proporciona una atención apropiada, la depresión puede evolucionar y transformarse en un serio problema de salud. Esta enfermedad es resultado de múltiples factores, y diversos elementos contribuyen a su aparición (Selman, et al. 2025).

2.4. Participante

Paciente de 24 años, mujer procedente de Lambayeque, su estado civil soltera, con estudios del nivel secundario. Era la primera ocasión en la que asistía a una consulta psicológica

mostrando indicios y manifestaciones de un Trastorno Depresivo Recurrente, con antecedentes de violencia psicológica y física.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

Entrevista Conductual: Es una entrevista conductual realizada con la usuaria permite recopilar datos sobre las características de las conductas problemáticas. Esto permitió identificar patrones y formular hipótesis sobre el origen y el mantenimiento de estas conductas (Schuverer, 2022).

Observación Conductual: Es un método científico sumamente adaptable y riguroso que investiga los comportamientos observables, ya sea de manera directa o indirecta, que tienden a suceder en entornos naturales (Sánchez, et al. 2021).

Intervención: Terapia Cognitivo Conductual

Psicoeducación: Es un enfoque terapéutico accesible, asequible y eficaz que atiende las necesidades de los individuos. Sugiere combinar técnicas educativas y preparatorias con aspectos psicológicos, con la finalidad de mejorar las capacidades manejando la enfermedad de una manera más adaptable (Hernández, 2021).

Reestructuración cognitiva: Se emplea en la detección y aplicación de diversas estrategias mentales que se consideran idóneas para una gestión efectiva y para alterar pensamientos disfuncionales o inadecuados, los cuales están influyendo o perpetuando la situación problemática (Vargas, 2023).

Asignación de tareas graduadas: El terapeuta propone actividades para que el paciente de forma progresiva las ejecute, desde actividades que le genere placer hasta lograr la conducta ideal.

Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales: Genera transformaciones en la manera de relacionarse y reaccionar ante el entorno. La persona no se restringe a repetir conductas, sino que lleva a cabo un examen de la situación y establece principios generales de comportamiento en función de lo que observa, aplicándolos en circunstancias donde considera que puede lograr un efecto positivo. Así, el aprendizaje social se ve influenciado no solo por el ambiente, sino también por determinadas capacidades individuales del observador. (Carnicero, et al. 2023).

Tarjetas de apoyo: Son fichas informativas que contienen acciones que la usuaria debe recordar para realizar cuando tenga una creencia disfuncional.

Descubrimiento guiado: El objetivo es que el individuo obtenga la capacidad de explorar y expresar sus pensamientos, en lugar de que el terapeuta le imponga lo que supuestamente está pensando. Aunque estas terapias buscan que se adopten nuevas maneras de pensar y, por ende, nuevas conductas, no se aprenden a través de clases tradicionales. En su lugar, se utiliza de manera continua una serie de preguntas con la finalidad de explorar, reflexionar, resumir y formular hipótesis que permitan aclarar, analizar y eventualmente cuestionar los Pensamientos Automáticos, conocidos como PA, de los pacientes. El terapeuta debe adoptar un enfoque basado en preguntas, lo que implica involucrar al paciente en un camino de entendimiento y solución de dilemas. Un descubrimiento guiado de forma efectiva fomentará la duda en áreas previamente consideradas seguras, facilitando así la reevaluación y el surgimiento de nuevos aprendizajes. Este método se concibe para motivar al paciente a reflexionar, valorar y sintetizar información de distintas fuentes. Las preguntas deben formularse de tal manera que provoquen la reflexión y aumenten la razón, en lugar de asumir que necesitan una respuesta exacta. Las cuestiones de naturaleza socrática buscan aportar rigor a las discusiones, guiando el diálogo hacia una conversación con propósito y claridad (Michelini, et al. 2023).

Dramatización racional- emocional: Implica la dramatización de los conflictos internos del individuo, enfocándose en la representación y actuación de situaciones, ya sean reales o fantásticas, con el fin de que los pacientes reconozcan sus pensamientos, emociones y acciones. En la etapa inicial, el paciente explorará la dimensión de sus emocionales que sostienen sus creencias negativas, mientras que el terapeuta tomará el papel de la parte racional. Esta interacción tiene como objetivo facilitar un diálogo entre ambos, permitiendo un estudio minucioso de los aspectos que favorecen a la persistencia de dicha creencia. Luego, en la fase siguiente, se intercambian los roles (Gutiérrez, et al 2021).

Role playing: La técnica de interpretación de roles permite al supervisor presentar un segmento de la terapia, reflexionar sobre las experiencias del terapeuta y desarrollar aún más sus competencias terapéuticas. En el contexto de la supervisión, el uso de esta técnica puede enfocarse en (a) la conceptualización del caso; (b) la evaluación y mejora de las estrategias terapéuticas; (c) una interpretación más detallada de la relación terapéutica. Antes de iniciar el ejercicio de interpretación, es fundamental definir un objetivo claro. Esta metodología puede dirigirse hacia (a) la conceptualización del caso; (b) la revisión y perfeccionamiento de las estrategias terapéuticas; (c) una mejor comprensión de la relación terapéutica (Prasko, et al. 2023).

Técnicas de Mindfulness: El propósito de este programa es instruir a los participantes en la mejora de su conciencia y en la forma en que se relacionan con sus pensamientos, emociones y estímulos que perciben a su alrededor, así como a examinar sus respuestas habituales ante situaciones estresantes. De este modo, actúa como un remedio frente a patrones de pensamiento poco saludables, como la tendencia a la rumia, que se considera una de las causas del estrés psicológico y que está vinculada con situaciones como la depresión y la ansiedad (Alzahrani, et al. 2023)

2.5.2. Instrumentos

Inventario de depresión de Beck II

Su nombre original Beck Anxiety Inventory, desarrollado por Beck en 1988, es una herramienta destinada a identificación, es un instrumento válido para valorar la depresión en entornos médicos y normales, tiene puntuaciones en los factores cognitivo-afectivos y somáticos. (Lee y Park, 2022).

La validez de contenido fue llevada a cabo por diez jueces especializados, quienes notaron que los índices de Aiken reflejan resultados altamente significativos. Del mismo modo, desarrolló un estudio de la validez mediante el análisis factorial confirmatorio, logrando hallar cargas factoriales que fluctuaban entre 0.39 y 0.80. A pesar de esto, un solo ítem presentó un valor por debajo de lo esperado; no obstante, los índices de ajuste se consideraron aceptables. Para la confiabilidad, se validó la consistencia a través del coeficiente omega, obteniendo un valor global favorable de 0.93, mientras que para las dimensiones cognitivo afectivo, se registraron estimaciones de (0.91 y 0.81), respectivamente (Aedo, 2020).

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II

Cuyos autores son: Theodore Millon con la colaboración de R. Davis y C. Millon creado en 1997, facilita el análisis de la psicopatología, los trastornos de la personalidad y los síndromes clínicos, y está orientado hacia adultos. Se utiliza en la práctica clínica para personas que necesitan atención en salud mental debido a problemas emocionales, sociales o de relaciones interpersonales. Este instrumento está especialmente enfocado en la evaluación de los trastornos clasificados. (Pérez, 2023).

Inventario de Autoestima para Adultos

Creado por Stanley Coopersmith en el año 1967, elaborada para evaluar la auto percepción en personas mayores de 15 años, está constituida por un total de 25 preguntas. 56 palabras. En la investigación realizada por Lingán en 2018, se observaron indicadores robustos de validez y consistencia interna, con puntajes que superaron 0.79 en la escala global. Los coeficientes de correlación de Pearson entre las diferentes dimensiones de la escala y la medida general mostraron ser altos y estadísticamente significativos, variando entre 0.69 y 0.89 ($p < .01$).

2.5.3. Evaluación psicológica

Historia Psicológica

- **Datos de filiación**

Nombres y Apellidos	:	L. F.B.L.
Edad	:	24
Sexo	:	Femenino
Lugar de Nacimiento	:	Lambayeque
Fecha de Nacimiento	:	29/12/1997
Estado Civil	:	Soltera
Grado de Instrucción	:	Secundaria completa
Ocupación Actual	:	Ama de casa
Lugar de residencia	:	Lambayeque
Lugar de entrevista	:	Servicio de Psicología

Motivo de consulta

“Hace medio año que me siento bastante desanimado desde la ruptura con mi expareja, no tengo ganas de hacer nada, no puedo dormir por las noches me levanto 2:00 a.m. o 3:00 a.m., a veces no tengo apetito, no tengo ganas de comer, a veces no desayuno o no ceno, se me quitan las ganas de comer. Me separé de mi ex conviviente porque recibía mucho maltrato por parte de él; pero “Yo soy la culpable le quité el papá a mi hijo, no debí reclamarle las cosas”, me engañaba con mujeres de su trabajo, por eso me “Me gané los golpes porque me llamaban a decir lo que él hacía en su trabajo o durante el trayecto al trabajo y yo le reclamaba”.

- **Observación Psicológica**

Descripción física de la evaluada y del ambiente: Examinada de 24 años de edad, talla aproximada de 1.50 cm, tez trigueña, contextura delgada, cabello lacio, largo, color negro y teñido fucsia, cejas semi pobladas, cara ovalada, ojos color negros, viste de acuerdo a la edad y estación. Adopta una postura semiencorvada y preocupación; edad maduracional acorde a su edad cronológica, se muestra preocupada, colaboradora durante el desarrollo de la entrevista. La evaluación se desarrolló en el Área de Psicología, el ambiente es adecuado, cuenta con ventilación e iluminación, sin distractores.

Comportamiento durante la entrevista psicológica: A la evaluación se muestra lúcida y enfocada en las tres esferas psicológicas: espacio, tiempo y persona, memoria episódica y procedimental conservada lo cual facilita la evocación de información necesaria para la evaluación. Sin evidenciar ninguna alteración sensorio-perceptiva que le imposibilite valorar la realidad, el curso y el contenido de su pensamiento es acorde a su edad maduracional señalada. Durante el relato motivo de evaluación evidencia, tono de voz bajo, lenguaje claro y comprensible, narra los hechos de violencia con coherencia, en ocasiones presenta llanto espontáneo, así mismo se mostró atenta a las indicaciones dadas.

- **Problema actual**

Desde hace 4 años la evaluada manifiesta los siguientes síntomas la gran parte del día, todos los días: tristeza, incremento de la irritabilidad, notable pérdida de interés en la mayoría de actividades que solía llevar a cabo, alteraciones en el sueño, cansancio, sensaciones de nulidad, autoestima decadente, percepción de culpa desmedida reducción en su pensamiento (ralentización del mismo) y dificultad para mantener la atención de manera continua.

Desde hace 4 años su ex conviviente ejerce violencia psicológica a través de gritos e insultos con frecuencia diaria, siempre le decía que con la primera chica que estuvo con él, estuvo emperrado, cuando discutían se cuestionaba por qué seguía con ella, porque es renegona, colérica. Paciente refiere que su ex conviviente le decía seguro me metí contigo porque te puse una bolsa en la cabeza, eso era algo repetitivo, inútil, no sabes hacer nada, todo lo haces mal, que era una buena para nada, salía a comprar ropa para él decía que no le gustaba, que la comida estaba para el chanco, “estás fea, así nadie te va a querer”, que era una exagerada de todas las cosas, que el golpe que recibía me lo he ganado, que tiene la razón, que me pega porque jodo (llorando). Se presentaron reclamos, discusiones por celos, desconfianza porque llegaba tarde del trabajo, infidelidad en varias oportunidades me llegó a gritar que sí yo seguía haciendo problemas, la otra mujer me iba a pegar, me decía ya he decidido recontracagar, encontraba mensajes y fotos con otras mujeres, me gritaba jodes por todo eso es un mal entendido, “Yo lo amaba y me pagó mal”, se presentaron conductas de control, la obligaba a tener relaciones sexuales, así que decidió que era momento de poner fin a la relación.

Cuando me grita e insultaba, sentía tristeza (10/10), culpa (8/10), cólera (6/10), pienso “mi vida es un castigo”, no tengo ganas de hacer nada (8/10), todos los días lloro (9/10), me duele la cabeza, lo único que anhelo es estar acostada en mi cama, refiere ansiedad (9/10), con

sensación de intranquilidad, sensación de ahogo, refiere: me preocupo mucho y pienso que será de mi hijo.

Cuando vivía con su ex pareja, ella hablaba por celular con sus amigos, su pareja se molestaba y le reclamaba con gritos e insultos “eres una pendeja,” “mierda, “conchatumare”, tienes a otro; ella tenía que colgar y se sentía mal, la hostigaba, no puedo, me daba vergüenza (6/10), cólera (7/10), tristeza (9/10), en ocasiones le gritaba que quería su tranquilidad y la deje sola pero su pareja gritaba más fuerte.

En relación como se ve frente a su problema, expresa “pienso, no soy una buena madre, le quito el padre a mi hijo”, “soy una tonta por aguantar sus maltratos”. La persona evaluada subestima su valor y desprecia sus capacidades para manejar las circunstancias.

Refiere que se ha separado en dos oportunidades, siendo la última en el mes de abril del 2022, decidió cambiar de ciudad, ir a vivir con su madre y abuelita por todos los hechos de violencia vividos, prefiere no salir, permanece en su cuarto con su hijo llorando, “Grito, me echo en mi cama, perdí las ganas de salir, me meto a mi casa, cuando era soltera disfrutaba salir y caminar, pero ahora me da igual salir, me da flojera arreglarme. Perdí el interés en realizar actividades, no tengo ganas de hacer nada. Me siento la culpable, de repente le quité a su papá a mi hijo (llorando), por reclamarle tantas cosas, los golpes que me gané por los reclamos que le hacía”.

- **Historia Personal**

Desarrollo inicial

La evaluada refiere que fue deseada pero no planificada, nació a término, por parto normal sin complicaciones, pesando 3.500, su desarrollo transcurrió de manera habitual;

comenzó a caminar al cumplir un año, emitió sus primeras palabras antes de los doce meses, se alimentó con lactancia materna hasta los dos años y durante su etapa escolar adquirió conocimientos de forma adecuada. A los 11 meses, pronunció su primera palabra, “mamá”. No experimentó inconvenientes con el control de esfínteres, logrando manejar tanto la orina como la defecación a los tres años. No presentó dificultades en su capacidad para comunicarse ni en su comprensión del lenguaje y no recuerda otros aspectos significativos de su evolución lingüística.

Desarrollo psicomotor

La usuaria refiere que adquirió habilidades como el gateo, levantarse y caminar de manera normal. A los tres meses, consiguió mantener la cabeza erguida; a los seis meses, ya era capaz de sentarse y gatear; alrededor de los 8 meses, se puso de pie y caminó sin ayuda al cumplir un año. Sus primeros dientes comenzaron a erupcionar aproximadamente a los 8 meses. Es importante señalar que durante ese tiempo recibió estímulos únicamente de su madre y su abuela.

Enfermedades y/o accidentes

La evaluada refiere que hace 2 años le dio parálisis facial por todos los problemas con su ex conviviente y porque su hijo se enfermó por neumonía, la familia de su esposo decía que no lo cuidaba. También refiere que tiene soplo en el corazón. Ha sido diagnosticada con depresión moderada, recibía tratamiento psiquiátrico.

Conductas inadecuadas de la infancia

La evaluada de niña era sumisa, vivía con su padrastro y mi madre luego vivió con su abuela.

Escolaridad

Desde el comienzo, no recibió ningún tipo de estimulación ni asistió a una guardería, ya que su abuela era quien la atendía en su hogar. La paciente comenzó su educación formal cuando tenía 6 años, en el nivel primario estudió en la I.E. Sara Bullón, Lambayeque. En el colegio una niña tranquila, tímida, no tenía muchos amigos, tenía solo tres amigas que eran sus vecinas, tenía un buen rendimiento académico.

En el nivel secundario estudió en la I.E. Sara Bullón, Lambayeque, le gustaba el curso de comunicación, pudo desenvolverse sin dificultad; Durante su etapa en la secundaria, no tuvo problemas de comportamiento notables, y generalmente se comportaba de manera adecuada con sus maestros. Además, su desempeño escolar era excelente, logrando ocupar los primeros lugares de su salón. Sin embargo, en el ámbito social tenía un círculo cerrado porque era tímida.

Relaciones interpersonales

Desde su niñez ha sido tímida, sumisa, vivía con su padrastro y con su madre, prefería quedarse en casa, tenía muy pocos amigos, los cuales eran del colegio, posteriormente en su etapa de la juventud comenzó a ser un poco más sociable, a veces salía con sus compañeros de trabajo, pero cuando comenzó su convivencia dejó de salir porque su ex conviviente no le permitía, era muy celoso, prefería quedarse con su hijo.

Trabajo

La evaluada refiere que su vida laboral inició desde los 12 años ayudando a su tía vendiendo King Kong. Y actualmente trabaja esporádicamente como reemplazo de vendedora.

Hábitos e intereses

La evaluada refiere que enfrenta problemas para dormir, despertándose a las 2:00 a. m. o 3:00 a. m., a veces no tiene apetito, se le quitan las ganas de comer, a veces no desayuna o no cena. Se dedica al cuidado de su hijo. Refiere que antes le gustaba leer, pero actualmente no tiene el interés de realizar actividades, no tiene ganas de hacer nada. No consume alcohol.

Sexualidad

La paciente menciona que desde su infancia, su madre y su abuela evitaban discutir sobre sexualidad, y optaba por no hacer preguntas porque a su abuela no le agrada abordar esos asuntos; sin embargo, adquirió los conocimientos acerca de la sexualidad en el colegio en el nivel primario.

La menarquia se presentó a los 10 años; su vida sexual comenzó a los 17 años.

- **Historia familiar**

La usuaria actualmente vive con su madre, hermanos y abuela materna: Rosalía (67) en casa propia de su abuela. Su estructura familiar actual es extensa. Cuenta con soporte emocional de madre, hermanos y alojamiento de su abuela.

La evaluada proviene de una estructura familiar monoparental y dinámica familiar disfuncional y conflictiva porque sus progenitores se separaron cuando ella contaba con 5 años. La cuidaba su madre, ocasionalmente su abuela, pero cuando era adolescente comenzó a vivir con su abuela porque su madre se comprometió.

El nombre de su padre es Luis Eduardo, tiene 44 años y ha completado la educación secundaria, su ocupación actual es albañil. Su madre se llama Jesly Janini, tiene 42 años de edad, y ha terminado la educación primaria; se dedica a las labores del hogar. Su hermana

Delma, tiene 22 años de edad, también ha concluido la secundaria, ella es ama de casa. Su hermano Genaro, tiene 17 años de edad, con estudios de secundaria completa, es cocinero. Su hermana Xiomara tiene 12 años de edad, actualmente es estudiante de 2do de secundaria. Su hermano Alonso tiene 11, es estudiante de 6to de primaria.

La mujer se encuentra en una situación familiar complicada, mencionando que está separada del padre de su niño. La interacción entre los integrantes de su hogar no es la adecuada. Con frecuencia, se presentan actos de violencia física y emocional perpetrados por su expareja.

El papá de su hijo es el señor H.A.N., quien no ha aceptado la ruptura. Este individuo exhibe celos, actitudes controladoras y comportamientos agresivos, además de ser machista. Ignora las órdenes de protección que se emitieron tras ser denunciado por abuso psicológico. Cuenta con buen estado de salud, sin antecedentes psicopatológicos familiares.

Tiene su hijo llamado Mateo de 4 años, es estudiante de inicial, producto de su relación de convivencia.

Relaciones familiares:

La relación que tiene con su padre es distante, no tiene mucha comunicación con él, en ocasiones por llamadas telefónicas y la relación que tiene con su madre es estrecha, existe diálogo, vive con ella, ayuda en el cuidado de su hijo. Menciona “mi madre y mi abuelita me apoyan mucho, que sería de mí sin ellas”, siento una gran preocupación por mi familia y anhelo su bienestar.

Es la única hija del primer compromiso de su mamá, pero tiene hermanos menores: Delma, Genaro, Xiomara, Alonso, con quienes tiene una buena relación, existe aprecio recíproco y comunicación.

La relación con su hijo, producto de su relación de convivencia, es buena, se dedica a su cuidado, manteniendo diálogo diario.

La relación de B.L.L.F. con el padre de sus hijos es conflictiva, a través de discusiones, reclamos, que culminan en ofensas, degradaciones y abusos. Su antiguo compañero pretende que reanuden su compromiso, a pesar de que B. L. L. F. no lo desea. Manifiesta sentirse coaccionada, vigilada y, en ciertas ocasiones, acosada sexualmente. Indica que su expareja la “desautoriza” frente a su hijo, lo cual le produce ansiedad (8/10). Menciona “él es celoso, machista”.

Diagnóstico Funcional

Lista de conductas

Tabla 1

Diagnóstico funcional de la conducta

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Tensión Muscular.	Disminución del apetito.	Actividades sociales
Aceleración del ritmo cardíaco.	Sensación de cansancio.	
Dolor de cabeza Irritabilidad.	Desgano.	
Expresa su enojo gritando.		
Expresar críticas constantes a sí misma.		
Encerrarse en su cuarto.		
Echarse en su cama.		
No interactúa con sus amigas.		

Análisis Funcional de la conducta

Tabla 2

Análisis funcional de la conducta

Estímulo antecedente	Conducta	Estímulo consecuente
Externos:	Cognitivo:	Externo:
Pareja la grita, insulta, desvaloriza le dice que es fea.	“Yo soy la culpable, de repente le quité a su papá a mi hijo”.	Llorar por las noches
Tiene invitaciones de salida por parte de sus amigos.	“Me gané los golpes por reclamarle tantas cosas”.	Coge su celular para ver videos (Evitar pensar)
Internos	“¿Qué voy a hacer con mi vida?”	Interno:
Reflexiona sobre sus dificultades y evoca a su expareja.	“Mi vida es un total fracaso” “Mis amigas son felices, pero yo no”.	Inventa excusas.
Evoca recuerdos de violencia	Fisiológico:	Alivio-ansiedad.
	Cansancio	Llora y grita.
	Descuido en su vestimenta	Disminuye la tristeza.
	Llanto	

Diminución en el

apetito

Emocional:

Miedo (8/10)

Tristeza (9/10)

Culpa (6/10)

Vergüenza (5/10)

Irritabilidad (6/10)

Angustia (8/10)

Motor:

Despertar en la

madrugada

Evita salir con amigos o
familia.

No comer sus alimentos.

Se encierra en su
habitación

Análisis Cognitivo

Tabla 3

Análisis Cognitivo

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Esposo la grita, insulta, desvaloriza le dice que es fea.	“Yo soy la culpable, de repente le quité a su papá a mi hijo”.	Emociones: Tristeza (9/10) Culpa (7/10)
Estar en su cuarto y ver fotos, vídeos de su familia.	“No tengas de hacer nada, Quiero desaparecer” “Me gané los golpes por reclamarle tantas cosas”. “¿Qué voy a hacer con mi vida?”	Ansiedad (8/10) Conducta: Prefiere estar echada en su cama. Gritar para sentir alivio.
Tiene invitaciones de salida por parte de sus amigos.	“Mi vida es un total fracaso” “Mis amigas son felices, pero yo no”	Emociones: Vergüenza (7/10) Ansiedad (6/10) Cólera (5/10) Conducta: Grita sus errores. No quiere comunicarse con sus amigas.

Diagnóstico Psicológico:

Según el CIE – 10, se determina un episodio depresivo persistente.

Tabla 4

Criterios de un episodio depresivo persistente según CIE – 10

Criterios	Síntomas en la paciente
Presencia de humor depresivo constante o recurrente en al menos 2 años, sin episodios de hipomanía.	Desde hace un año presenta episodio depresivo recurrente.
Durante los periodos de depresión hay presencia de por lo menos tres de los siguientes:	
- Disminución de energía o actividad. - Insomnio. - Autoconfianza disminuida. - Problemas de concentración. - Sentimientos de desesperanza. - Llanto fácil. - Disminución del interés o gratificación por actividades placenteras. - Sensación de incapacidad para cumplir con las obligaciones diarias. - Pesimismo hacia el futuro o pensar intensamente sobre el pasado.	- Falta de energía. - No puede dormir. - Inseguridad. “Soy mala madre” - Falta de atención. - Sentimientos de que su vida no tiene futuro. - Llanto. - No desea salir de casa, antes sí lo hacía. - No desea salir de la cama.

- Aislamiento social.
 - “Mi vida no tiene futuro”.
 - Baja locuacidad.
-

2.5.4. Evaluación psicométrica

INFORME PSICOLÓGICO DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (DBI)

Datos de filiación

Apellidos y Nombres : B.L.L.F.

Edad : 24

Estado Civil : Soltera

Grado de instrucción : Secundaria completa

Ocupación : Ama de casa

Lugar de Procedencia : Lambayeque

Psicóloga : Lady Yanide Medina Oliva.

Fecha de evaluación : 23 de junio del 2022.

Motivo de evaluación

Evaluar el grado de depresión en el que se encuentra la usuaria

Técnicas e Instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista psicológica
- Inventario de depresión de Beck

Resultados

Puntaje: 29 puntos.

Depresión Moderada

Interpretación de los resultados

La evaluada obtuvo el puntaje de 29, indicando una manifestación de depresión moderada. Esta condición se acompaña de emociones de tristeza, culpabilidad y desesperanza, así como una percepción pesimista de la realidad. También presenta una inclinación al llanto, sensaciones de pérdida, ira o frustración que impactan su cotidianidad, tiene menos energía que antes, duerme menos que lo habitual, irritabilidad, pérdida de confianza en sí misma. No se detectaron indicios de riesgo suicida ni pensamientos organizados al respecto.

Conclusiones

- Señales de depresión moderada.
- Problemas en los aspectos conductuales, físicos, emocionales y cognitivos.

Recomendaciones

Llevar a cabo terapia cognitivo-conductual.

INFORME DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Datos de filiación

Apellidos y Nombres : B.L.L.F.

Edad : 24

Estado Civil : Soltera

Grado de instrucción : Secundaria completa

Ocupación : Ama de casa

Lugar de Procedencia : Lambayeque

Psicóloga : Lady Yanide Medina Oliva.

Fecha de evaluación : 23 de junio del 2022

Motivo de evaluación

Evaluar el grado de ansiedad en el que se encuentra la usuaria.

Técnicas e Instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista psicológica
- Inventario de ansiedad de Beck

Resultados

Puntaje: 22 puntos

Ansiedad Moderada

Interpretación de los resultados

a usuaria ha alcanzado una puntuación de 22, lo que sugiere la presencia de ansiedad en un nivel moderado. Esta situación se manifiesta en comportamientos como inquietud e inseguridad, se siente incapaz para relajarse, un aumento en el ritmo cardíaco, una sensación de falta de aire, atemorizada, nerviosa, con miedo.

Recomendaciones

Realizar terapia cognitiva conductual

INFORME DEL INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLÓN II

Datos de filiación

Apellidos y Nombres	:	B.L.L.F.
Edad	:	24
Estado Civil	:	Soltera
Grado de instrucción	:	Secundaria completa
Ocupación	:	Ama de casa
Lugar de Procedencia	:	Lambayeque
Psicóloga	:	Lady Yanide Medina Oliva.
Fecha de evaluación	:	07 de julio del 2022.

Motivo de evaluación

Analizar los patrones, trastornos y/o síndromes de la personalidad con el propósito de establecer un perfil psicológico.

Técnicas e Instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista psicológica
- Inventario clínico multiaxial de Millon-II.

Resultados

Patrones clínicos de personalidad:

Evitativa: 114

Autoderrotista: 88

Síndrome Clínico

Distimia: 104

Ansiedad: 82

Síndrome severo

Depresión Mayor: 93

Interpretación de los resultados

Manifiesta rasgos de una personalidad evitativa, con una tendencia a alejarse de situaciones dolorosas o desagradables. Su forma de adaptarse se basa en el miedo y la

desconfianza hacia las personas. Experimenta problemas para implicarse debido al temor al rechazo y a la pérdida, lo que genera pensamientos negativos persistentes relacionados con experiencias pasadas. Se percibe a sí misma como inferior a los demás, lo que alimenta su inseguridad y la lleva a compararse con otros.

Exteriorizó síndrome clínico de distimia lo cual indica que está pasando por una depresión mayor en periodo aguda, cambios sean evidentes entre expresiones de desvalorización y desesperación, que se mezclan con pensamientos de suicidio y expresiones de desesperación, que pueden ir acompañadas de arrebatos de descontento y demandas irracionales, control de impulsos. Asimismo, demuestra signos de ansiedad y tensión, acompañado de angustia y problemas para dormir. Además, tiende a prever un futuro sombrío. Con un marcado síndrome depresivo, muestra desinterés en sus actividades, llora con frecuencia y no logra encontrar disfrute en lo que antes le gustaba.

Conclusiones

- Señales de separación y evasión hacia los otros como forma de afrontar situaciones personales.
- Señales de menosprecio, sentimientos de desesperanza y una débil autovaloración.
- Pensamientos y acciones relacionados con la ansiedad.
- Indicadores de comportamientos asociados a la depresión.

Recomendaciones

- Realizar tratamiento de terapia cognitiva conductual

**INFORME DEL INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE STANLEY
COOPERSMITH PARA ADULTOS**

Datos de filiación

Apellidos y Nombres : B.L.L.F.

Edad : 24

Estado Civil : Soltera

Grado de instrucción : Secundaria completa

Ocupación : Ama de casa

Lugar de Procedencia : Lambayeque

Psicóloga : Lady Yanide Medina Oliva.

Fecha de evaluación : 07 de julio del 2022.

Motivo de evaluación

Evaluar el nivel de autoestima de la usuaria

Técnicas e Instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista psicológica
- Inventario de autoestima de Stanley Coopersmith versión adultos.

Resultados

Escala I: Si mismo General: 38.45

Escala 2: Social: 16.47

Escala 3: Familiar: 33.34

Puntaje total de autoestima: 32

Interpretación de los resultados

114 palabras

En lo que respecta al área de sí mismo, la persona analizada muestra un nivel deficiente, lo que sugiere que tiene una visión negativa tanto de sus atributos físicos como de sus características psicológicas. En el ámbito social, igualmente manifiesta un nivel bajo, indicando que B. L. L. F. se enfrenta a una autoevaluación negativa respecto a su interacción en situaciones sociales y en el contexto educativo. En lo que se refiere al entorno familiar, también se observa un nivel reducido; se perciben actitudes desfavorables hacia la dinámica familiar, influenciadas por recuerdos y vivencias que afectan su percepción negativa en la actualidad. Finalmente, en términos de autoestima general, la evaluada presenta un nivel bajo que refleja su autoimagen total.

Conclusiones

Indicadores de un bajo nivel de autoestima.

Recomendaciones

- Llevar tratamiento cognitivo conductual

INFORME DEL REGISTRO DE OPINIONES – FORMA A (ADAPTADO)**Datos de filiación**

Apellidos y Nombres : B.L.L.F.

Edad : 24

Estado Civil : Soltera

Grado de instrucción : Secundaria completa

Ocupación : Ama de casa

Lugar de Procedencia : Lambayeque

Psicóloga : Lady Yanide Medina Oliva.

Fecha de evaluación : 07 de julio del 2022.

Motivo de evaluación

Determinar las creencias irracionales de la usuaria.

Técnicas e Instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista psicológica
- Registro de opiniones – forma A (Adaptación peruana).

Resultados

Escala A: “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”.

Estilo de pensamiento: Creencia irracional, con un puntaje de 7.

Escala B: “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”

Estilo de pensamiento: Creencia irracional, con un puntaje de 6.

Escala C: “Ciertos actos no sólo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que lo realiza debería ser avergonzada y castigada”.

Estilo de pensamiento: Creencia irracional, con un puntaje de 9.

Escala D: “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”.

Estilo de pensamiento: Creencia irracional, con un puntaje de 8.

Escala E: “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”.

Estilo de pensamiento: Creencia irracional, con un puntaje de 10.

Escala F: “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando”.

Estilo de pensamiento: Creencia irracional, con un puntaje de 8.

Puntaje Total: 48, Estilo de pensamiento: Altamente irracional

Interpretación de los resultados

La persona en cuestión busca constantemente la validación y el cariño de quienes la rodean. Tiene un profundo miedo a la posibilidad de ser abandonada o ignorada, lo que la lleva a estar atenta a las opiniones ajenas. A menudo, le resulta complicado comunicar sus pensamientos y sentimientos, optando por el silencio y la represión en lugar de expresar su punto de vista. Su comportamiento se enmarca dentro de la idea de que “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno” Además, cree que cualquier experiencia que haya impactado su vida en el pasado tendrá un efecto duradero, por lo que no logrará olvidar ni superar fácilmente esas situaciones; las recuerda con pesar, dejando una profunda “huella” negativa en su ser. Su tendencia es recordar eventos pasados con melancolía y nutrir pensamientos negativos relacionados; en general, se adhiere al concepto de que “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando”.

Conclusiones

La persona se desenvuelve en su vida diaria sosteniendo las siguientes creencias irracionales:

- “Yo necesito la aprobación de los demás”.
- “El pasado siempre afectará mi vida”.

Recomendaciones

- Llevar tratamiento cognitivo conductual.

2.5.5. Informe psicológico integrador

INFORME PSICOLOGICO INTEGRADO

I. DATOS DE FILIACION

Apellidos y Nombres : B.L.L.F.

Edad : 24

Estado Civil : Soltera

Grado de instrucción : Secundaria completa

Ocupación : Ama de casa

Lugar de Procedencia : Lambayeque

Psicóloga : Lady Yanide Medina Oliva.

Fecha de evaluación : 23 de junio, 07 de julio del 2022.

II. MOTIVO CONSULTA

Conocer el perfil psicológico de la evaluada.

III. PRUEBAS PSICOLOGICAS ADMINISTRADAS:

- Test de Ansiedad de Beck.
- Test de Depresión de Beck.
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II.
- Registro de Opiniones.

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La evaluada exhibe signos de depresión moderada, lo que se traduce en comportamientos como la dificultad para dormir, la sensación de desvalorización, la pérdida de interés por actividades previas, el cansancio constante, la tensión muscular y la falta de apetito, así como sentimientos de culpa y desesperanza. También presenta tristeza, ansiedad y pensamientos pesimistas sobre su situación actual. No se han encontrado indicios de riesgo suicida ni ideas concretas al respecto.

En relación con su personalidad, muestra rasgos de introversión, lo que implica que es una persona socialmente reservada y que planifica sus acciones, además de ser ordenada. Sin embargo, es insegura, tímida, ansiosa y la llevan a volverse irritable en circunstancias donde siente que no es comprendida. A menudo, recurre a la evitación debido a su escaso repertorio de estrategias de afrontamiento. Su desarrollo personal está marcado por respuestas ansiosas y susceptible a situaciones estresantes; lo que se traduce en tensión, indecisión e inquietud, y revoca recuerdos de experiencias violentas. Se comporta de acuerdo con las expectativas sociales y familiares. También muestra rasgos de personalidad evitativa, prefiriendo mantenerse alejada de situaciones dolorosas o negativas; su mecanismo de adaptación se basa en el miedo y la desconfianza hacia los demás. Tiene dificultades para comprometerse por miedo al rechazo y a la soledad, además de mantener pensamientos negativos recurrentes por experiencias pasadas. Presenta desvalorización, autoconcepto disminuido, mientras se compara con sus pares. Como manifestación clínica, presenta signos de ansiedad, tensión, angustia, inquietudes para dormir y una percepción pesimista de su futuro. En el contexto de la depresión moderada, ha perdido interés en sus pasatiempos, llora con frecuencia y siente incapacidad para disfrutar de la vida.

Respecto a sus patrones de pensamiento, busca constantemente la aprobación y el afecto de los demás, temiendo ser abandonada o ignorada. Esto la lleva a estar atenta a las opiniones ajenas y a ser reacia a expresar sus pensamientos y emociones, prefiriendo el silencio y la represión a opinar. Su conducta está guiada por la creencia “significativas para uno”, que es crucial ser querido y aceptado por todos. Además, piensa que cualquier experiencia que haya tenido un impacto negativo en su vida seguirá afectándola de manera permanente, dejándole una "huella" negativa que provoca recuerdos y lamentos constantes. Tiene una tendencia a desarrollar pensamientos negativos y rumiaciones sobre eventos pasados, reflejando la cognición “Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando”.

Finalmente, mostró tener autoestima baja; sus emociones de aprecio personal y respeto hacia sí misma están notablemente reducidas, lo que impacta en su percepción de autoeficacia. Se ve a sí misma como alguien con pocas estrategias para afrontar situaciones desafiantes, sin reconocer sus propias habilidades, talentos o logros.

Presunción diagnóstica

La paciente presenta Trastorno depresivo persistente presentando síntomas en la dificultad en la conciliación el sueño por las noches, presenta baja autoestima, dificultad en la toma decisiones, aislamiento social.

Recomendaciones:

- Sesiones de asesoramiento personal centradas en la Terapia Cognitivo-Conductual para modificar sus creencias poco realistas.
- Actividades de respiración y relajación.
- Ejercicios de técnicas a realizar en el hogar.
- Desarrollo de destrezas interpersonales.

- Apoyo psicológico familiar adaptado a las necesidades de sus miembros.

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Se presentan las sesiones de terapia dirigidas al diagnóstico de Trastorno Depresivo Recurrente, desarrolladas a través del enfoque cognitivo conductual, e incluyen métodos tales como: la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la asignación de tareas progresivas, y el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. El tratamiento consistió en 12 sesiones que duraron entre 45 y 60 minutos, realizadas de manera presencial desde el 23 de junio de 2022 hasta el 29 de septiembre de 2022. Estas actividades y métodos fueron documentados en tablas que muestran su frecuencia e intensidad. A continuación, se detalla el programa de intervención, que se divide en tres etapas: Etapa 1, evaluación psicológica; Etapa 2, implementación de la intervención terapéutica; y Etapa 3, seguimiento.

2.6.2. Programa de intervención

Objetivo General:

Reducir la sintomatología depresiva para recuperar la funcionalidad en una paciente joven víctima de violencia psicológica, a través de la TCC.

Objetivo Específicos:

- Informar de las características y causas de la depresión en las relaciones de pareja para que la paciente conozca la sintomatología a través de la Psicoeducación.

- Resaltar la importancia de la influencia de los pensamientos en nuestras emociones, conductas y percepción de uno mismo para disminuir las creencias irracionales a través de la técnica de reestructuración cognitiva.
- Reducir la sintomatología fisiológica a través de la desensibilización sistemática.
- Incorporar actividades de disfrute para evitar el aislamiento mediante el cumplimiento de tareas específicas.
- Desarrollar habilidades socioemocionales de autoestima para se logre la aceptación, y reconocer las cualidades tanto positivas como negativas del paciente, logrando mejorar la toma de decisiones, a través de las técnicas para mejorar el autoconcepto.
- Brindar información para prevención de una recaída para prevenir la depresión a través de las técnicas de afrontamiento de posibles problemas futuros.

2.7. Procedimiento

Tabla 5

Sesión 1: Encuadre Terapéutico y Plan de Trabajo

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TÉCNICA	TAREA
• Determinar la colaboración terapéutica. • Definir un horario semanal para las consultas, así como las pautas y directrices que la participante debe seguir. • Realizar la historia psicológica. • Aplicar los instrumentos psicológicos. • Informar sobre el Modelo Cognitivo conductual. • Brindar retroalimentación sobre	• Bienvenida. • Se proporciona una descripción del proceso de la terapia, sus ventajas y limitaciones. • Desarrollo de la historia psicológica. • Redacción del primer análisis funcional. • Aplicación de instrumentos: El Inventario de Depresión y Ansiedad, el Inventario de Pensamientos Automáticos, y el Inventario de autoestima. • Firma del contrato Terapéutico	• Se instruye a la persona evaluada sobre cómo completar los formularios de comportamiento problemático que podrá usar al sentir los síntomas de la depresión.

su desempeño y se	• Se brinda reforzamiento
comunica el diagnóstico	acerca de su predisposición
presuntivo.	para el tratamiento a través
	de la Psicoeducación.

Tabla 6

Sesión 2: Identificando los síntomas y conductas desadaptativas.

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TÉCNICA	TAREA
• Completar la historia psicológica. • Aplicar los instrumentos psicológicos evaluando área personalidad.	• Bienvenida. • Desarrollo de la historia psicológica. • Evaluación del diario de pensamientos, finalización • Evaluación del examen funcional y la descripción de las creencias no útiles. • Psicoeducación: depresión y la intervención cognitiva conductual. • Evaluación mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon y el Registro de Opiniones. • Feedback.	• Elaborar un registro diario de síntomas y conductas problemas durante la semana.

Tabla 7*Sesión 3: Psicoeducación*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TÉCNICA	TAREA
• Socializar la terapia cognitiva. • Comunicar las particularidades y razones de la depresión en relaciones de pareja, con el fin de que la paciente pueda identificar los síntomas mediante Psicoeducación. • Explicar los pensamientos, emociones y conductas de la usuaria.	• Bienvenida. • Se informa sobre el modelo cognitivo ayudará a entender los síntomas. • Se realiza la explicación del procedimiento de la intervención terapéutica, beneficios y alcances. • Psicoeducación: trastorno del ánimo y el tratamiento cognitivo conductual. • Se describe cómo los pensamientos afectan las emociones usando	• Realizar los apuntes de pensamiento cuando sufra los síntomas de depresión.

la técnica de
visualización.
• Feedback

Tabla 8*Sesión 4: Identificación de pensamientos automáticos negativos*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y	
	TÉCNICA	TAREA
• Reconocer las reacciones que se presentan frente a un estímulo desencadenante.	• Bienvenida. • Se describen las variadas distorsiones mentales sugeridas • Demostrar cómo se conectan la situación, el pensamiento, las emociones y las conductas (ABC): - De aclaración - Referente a un tema - Sobre suposiciones	• Desarrollar un registro de cogniciones que incluya la reestructuración de los mismos.

-
- Respecto a la
evidencia o la
lógica
 - Acerca de los
orígenes o fuentes
 - En relación a
implicaciones y
efectos, así como
a perspectivas.
- Feedback
-

Tabla 9*Sesión 5: Entrenamiento en la técnica de reestructuración cognitiva*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TÉCNICA	TAREA
Resaltar la importancia del impacto en los pensamientos, emociones, conductas y percepción de uno mismo para para reducir las convicciones irracionales mediante de la técnica de reestructuración cognoscitiva.	- Bienvenida. - Se realiza el debate ABCDE: Con el propósito de descubrir e implementar conceptos razonables. - Se plantearon interrogantes sobre sus percepciones de menosprecio y responsabilidad, de tal manera que la paciente pueda reconsiderar esas creencias. - Feedback	Hacer un registro ABCDE de pensamientos agregando la reestructuración de pensamientos.

Tabla 10*Sesión 6: Entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y	
	TÉCNICA	TAREA
- Reducir la sintomatología fisiológica a través de la desensibilización sistemática. - Fortalecer la comprensión sobre el incremento de signos de ansiedad en contextos desencadenantes.	- Bienvenida. - Se examina el historial de pensamientos incorporando la reconfiguración de ideas. - Se formularon interrogantes para identificar las circunstancias que provocan reacciones. - Se le instruyó sobre cómo enfocar la inhalación en la zona del diafragma, sostenerla y expulsar el aire de forma controlada.	Se solicita llevar un registro de las circunstancias en las que se utiliza la técnica.

-
- Se aplica la técnica de atención plena con el objetivo de que el individuo evaluado continúe potenciando su capacidad para identificar la creencia incorrecta y construir creencias efectivas.
 - Feedback
-

Tabla 11*Sesión 7: Entrenamiento en la técnica de asignación de tareas*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TÉCNICA	TAREA
- Fortalecer los conocimientos adquiridos en la sesión previa. - Incorporar actividades de disfrute para evitar el aislamiento mediante el cumplimiento de tareas específicas. - Aumentar la confianza en uno mismo y la retroalimentación favorable. - Reanudar acciones placenteras. - Estimular interacciones sociales y la actividad física.	- Bienvenida. - Se examina el documento sobre los casos donde se aplica el método respiración diafragmática. - Se discuten con la paciente las actividades que le resultan satisfactorias: del pasado, del presente y futuras. - Se elabora un cronograma de actividades diarias con la usuaria (L-D) - Técnica de Planificación de Actividades Gratificantes.	- Registro de las acciones cotidianas que realice a lo largo de la semana. - Actividad que consiste en asignar dos tareas placenteras diarias simples.

-
- Se sugieren actividades que la paciente puede llevar a cabo en su hogar.
 - Se explican las ventajas de mantener una actividad constante en su estado emocional.
 - Feedback.
-

Tabla 12

Sesión 8: – Entrenamiento en habilidades sociales y Proyecto de Vida

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TÉCNICA	TAREA
• Reforzar la práctica de las técnicas aprendidas • Desarrollar habilidades de socioemocionales de autoestima para se logre la aceptación, reconocer las cualidades tanto favorables como desfavorables de la persona, logrando mejorar la toma de decisiones, a través de las técnicas para mejorar el autoconcepto.	• Bienvenida. • Se realiza una revisión de las tareas asignadas en la sesión anterior, correspondiente al registro de actividades. • Se elabora el FODA con la paciente. • Se le pide que redacte un documento personal titulado “Yo Soy”, en el que describa sus fortalezas y habilidades, y posteriormente añadimos las actividades de autocuidado. • Se crea un registro de problemas en las relaciones con otros.	• Se revisan las tareas que se asignaron en la sesión anterior (anotación de actividades). • Tarea para realizar en casa: practicar la visualización

-
- Se lleva a cabo una autoevaluación, fomentando el cuidado y la imagen personal.
 - Se desarrollan sus objetivos personales tanto a corto como a largo plazo.
 - Feedback
-

Tabla 13

Sesión 9: Entrenamiento en habilidades sociales, Comunicación Asertiva y Toma de decisiones

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TÉCNICA	TAREA
Desarrollar habilidades socioemocionales relacionadas con la autoestima para facilitar la aceptación y el entendimiento de las características positivas o negativas de la paciente, aumentando así la capacidad de decisión mediante métodos que fortalezcan el autoconcepto.	- Bienvenida. - Psicoeducación: Se explica la importancia de la comunicación asertiva. - Rol playing: Se implementa la práctica de habilidades comunicativas y entrenamiento. - Se capacitó a la paciente en formación para tomar decisiones y reconocer sus logros. - Feedback	Realizar un registro de situaciones y estrategias de afronte.

Tabla 14*Sesión 10: Entrenamiento en la técnica de solución de problemas*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TECNICA	TAREA
• Brindar información para prevención de una recaída para prevenir la depresión a través de las técnicas de afrontamiento de posibles problemas futuros.	• Bienvenida. • Se emplea el enfoque de Dramatización racional emocional para practicar creencias más saludables que se integren de manera natural. • Se lleva a cabo un descubrimiento guiado para extraer las lecciones aprendidas durante la sesión, y se registra una creencia distinta utilizando tarjetas de soporte para aplicarla en situaciones	• Realizar un registro de situaciones y estrategias de afronte.

específicas

posteriores.

- Se instruye sobre la táctica en resolución de problemas:
 - Enfoque en el problema
 - Descripción y formulación del problema
 - Creación de opciones de solución
 - Selección de decisiones
 - Ejecución de la solución y seguimiento.
 - Se utiliza el Inventario de Personalidad de Millon para comparar los resultados actuales con la evaluación previa al tratamiento.
-

-
- Feedback
-

Tabla 15*Sesión 11: Entrenamiento en Autocuidado -Seguimiento*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TÉCNICA	TAREA
• Brindar información para prevención de una recaída para prevenir la depresión a través de las técnicas de afrontamiento de posibles problemas futuros.	• Se emplea la técnica de atención plena para que la persona evaluada siga cultivando la capacidad de reconocer la creencia que no es funcional y practique creencias alternativas más adecuadas.	• Se le invita a elaborar un registro de actividades de auto cuidado.
• Evaluar los efectos del tratamiento.	• Se usa el Cuestionario de Autoestima para comparar los resultados actuales con la evaluación realizada antes del tratamiento.	

-
- Se instruye en estrategias para prevenir recaídas.
 - Feedback
-

Tabla 16

Sesión 12: Prevención de recaídas -Seguimiento

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y TÉCNICA	TAREA
• Brindar información para evitar una recaída previniendo la depresión a través de las técnicas de afrontamiento de posibles problemas futuros. • Evaluar los efectos del tratamiento	• Bienvenida. • Se evalúa el grado de satisfacción de los objetivos fijados al comienzo. • Se refuerza las técnicas aprendidas para la prevención de recaídas. • Se desarrolla actividades de visualización de escenarios desafiantes y de qué	• Repasar las tarjetas de soporte y leer el guión para que examine la realidad de forma más imparcial en circunstancias concretas.

manera enfrentarlos

empleando las

técnicas adquiridas.

- Cierre y despedida.
-

2.8. Consideraciones éticas

Para el presente estudio de caso se amparó en el capítulo 3 artículo N° 24 del código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú, adaptado al Estatuto Nacional y a la ley 30702 del 21 diciembre de 2017, el cual refiere el uso del consentimiento informado. El artículo N° 25, que indica que el psicólogo debe cautelar la primacía del beneficio sobre los riesgos para los participantes y tener en consideración, la salud psicológica de los usuarios sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Amparándose además en la ley N° 1090 del 2006, el cual refiere, la aceptación voluntaria del usuario en el desarrollo de la intervención. Describiendo el proceso, sus riesgos, beneficios, alcances y otros.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de Resultados

Se llevó a cabo un análisis exhaustivo de los resultados obtenidos de la evaluación de una mujer que sufre de depresión y ha sido víctima de violencia psicológica por parte de su pareja. Para esto, se realizó una entrevista psicológica y se aplicaron diversas pruebas; en las sesiones 1 y 2, se elaboró un pretest que abordó pensamientos distorsionados, emociones y conductas, comparando los resultados obtenidos antes y después de la intervención (ver anexos las tablas 18, 19, 20).

En el Inventario de Depresión de Beck, el pretest reflejó un puntaje de 29, lo que indica un nivel de depresión moderada. Sin embargo, en el post test, este puntaje descendió a 9, situándose en un rango de depresión baja. Esto evidencia una notable disminución de la depresión tras la intervención cognitivo-conductual (ver anexos la tabla 21).

Por otro lado, en el Inventario de Ansiedad, el pretest reveló un puntaje de 22, correspondiente a un nivel de ansiedad moderada. En el post test, el puntaje bajó a 8, indicando nuevamente un nivel de ansiedad baja. Este resultado también pone de manifiesto una disminución significativa después de la aplicación de la intervención (ver anexos la tabla 22).

En cuanto al Inventario de Autoestima, durante la fase de preprueba se registró un nivel de 32 en la escala general, lo que indica una baja autoestima. Sin embargo, en la fase de posprueba, el puntaje aumentó a 84, reflejando una alta autoestima. Esto sugiere que la evaluada se encontraba afectada por síntomas de intensidad moderada antes del tratamiento, y que, tras la intervención cognitivo-conductual, estos síntomas mostraron una notable disminución, logrando así el objetivo general planteado (ver anexos la tabla 23).

En el Inventario de Personalidad de Millon II, revela indicadores de personalidad evitativa en la evaluada, quien tiende a distanciarse de experiencias dolorosas o negativas. Su estrategia adaptativa se basa en el miedo y la desconfianza hacia los demás, lo que le genera dificultades para involucrarse debido al temor al rechazo y al abandono. Mantiene pensamientos negativos recurrentes a raíz de experiencias pasadas, viéndose a sí misma inferior a otros, lo que se traduce en conductas de inseguridad y comparaciones constantes con sus pares. Desde un punto de vista clínico, presenta un síndrome de distimia, lo cual indica que está pasando por una depresión mayor en periodo aguda, cambios sean evidentes entre expresiones de desvalorización y desesperación, que se mezclan con pensamientos de suicidio y expresiones de desesperación, que pueden ir acompañadas de arrebatos de descontento y demandas irracionales, control de impulsos. También exhibe signos de ansiedad, tensión, angustia, dificultad para conciliar el sueño y una percepción negativa del futuro. Este aumento en los síntomas depresivos se traduce en una pérdida de interés en sus actividades, episodios frecuentes de llanto y una incapacidad para disfrutar (consulte el anexo de la tabla 24).

En el Registro de Opiniones de Ellis (Forma A) se presentan los niveles de la variable de creencias irracionales y sus dimensiones. Se observa de manera clara que para la creencia 1, la evaluada en el pre test su estilo de pensamiento se encuentra en un nivel irracional, mientras que en el post test se encuentra en un nivel racional; para la creencia 2, que luego muestra una tendencia hacia lo racional en el post test; mientras que en la prueba de post test su estilo de pensamiento se encuentra en un nivel tendencia racional; para la creencia 3, la evaluada en el pre test su estilo de pensamiento se encuentra en un nivel irracional y un nivel racional en el post test; para la creencia 4, la evaluada en el pre test su estilo de pensamiento se encuentra en un nivel irracional y un cambio a un nivel racional en el post test; para la creencia 5, la evaluada en el pre test su estilo de pensamiento se encuentra en un nivel irracional; mientras que en el post test se presenta una tendencia hacia lo racional; para la

creencia 6, la evaluada en el pre test su estilo de pensamiento se encuentra en un nivel irracional y racional en el post test. Asimismo, de acuerdo al puntaje total de la prueba del pre test obtuvo una categoría de estilo de pensamiento altamente irracional, mientras que en el post test se observa una tendencia hacia lo racional (ver anexos la tabla 25).

3.2. Discusión de Resultados

En el presente trabajo, se estableció como objetivo general y específico determinar la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento de una mujer con depresión que había sido víctima de violencia psicológica. La meta principal fue reducir la sintomatología depresiva de la paciente y capacitarla para enfrentar situaciones sociales desde una perspectiva cognitiva, emocional y conductual. Al finalizar la intervención, se observó una disminución significativa en los síntomas depresivos, lo cual se evidenció al comparar los resultados de las evaluaciones realizadas antes (pre test) y después (post test) del tratamiento. Esto sugiere que las técnicas de terapia cognitivo-conductual empleadas para abordar la depresión en esta paciente resultaron efectivas.

En el inventario de depresión y ansiedad de Beck, la paciente mostraba características como sentimientos de tristeza, desesperanza y una sensación de ahogo, que fueron tratados mediante las técnicas cognitivo-conductuales adecuadas. Además, se trabajó en su autoconcepto y autoconocimiento a través del inventario de autoestima de Coopersmith, lo que permitió desarrollar y mejorar su autoestima a lo largo de las sesiones.

Los resultados obtenidos en la investigación se alinean con otras anteriores nacionales, como las realizadas por De los Santos (2024) y Luza (2022), quienes también reportaron una disminución de hasta el 80% en los síntomas de depresión en pacientes víctimas de violencia tras aplicar intervenciones cognitivo-conductuales. Esto respalda la eficacia de los métodos empleados en el manejo de la depresión.

A nivel internacional, Generali (2020) implementó un plan de intervención terapéutica establecido en la orientación cognitivo conductual para mujeres víctimas de violencia psicológica que padecían depresión en Uruguay. De manera similar, Evanan (2023) obtuvieron resultados consistentes en mujeres en Lima que también habían sufrido violencia y presentaban síntomas depresivos. Esto refuerza la efectividad esta terapia en el tratamiento de la depresión.

En relación a los objetivos específicos, tales como tratar los pensamientos distorsionados y las convicciones irracionales, se realizó una enseñanza enfocada en la identificación de estos patrones en situaciones concretas durante la entrevista. Se explicó, además, la interrelación existente entre pensamientos, emociones y conductas. Resultó esencial ofrecer psicoeducación, brindando conocimientos sobre el significado de la depresión y la naturaleza de la intervención cognitivo conductual. A través de la discusión sobre sus pensamientos encubiertos, la evaluada pudo reconocer cómo sus interpretaciones de situaciones, individuos y de sí misma estaban afectadas por convicciones irracionales.

Se reconocieron convicciones irracionales de Beck y pensamientos erróneos como consecuencia de aprendizajes y valores transmitidos que generan una visión de vulnerabilidad y la exigencia de asistencia: “Yo soy la culpable, le quité a su papá a mi hijo”, “Me gané los golpes por reclamarle tantas cosas”, “¿Qué voy a hacer con mi vida?”, “Mi vida es un total fracaso”, “Mis amigas son felices, pero yo no”, “Soy una tonta por aguantar sus maltratos”, “Yo lo amaba y me pagó mal”, “Soy una mala madre”. De igual manera, fue capaz de reconocer distorsiones en su forma de pensar, como las etiquetas absolutas, la sensación de culpa, el pensamiento catastrófico, entre otros; y luego pudo encontrar formas de pensar más saludables.

Para reducir la cantidad de pensamientos intrusivos vinculados a la culpa, tristeza, irritación, ansiedad y miedo; auto crítica por las experiencias de abuso que enfrenta, sintiéndose frágil y destinada al sufrimiento, se aplicaron técnicas como la detención del pensamiento, el

registro ABC y varias técnicas asertivas, destacándose notablemente la reestructuración cognitiva.

Se registró una reducción en los síntomas de ansiedad mediante el aprendizaje de métodos de relajación, autoinstrucciones y reestructuración cognitiva, logrando también restablecer la rutina de sueño, aliviando la tensión muscular, la sensación de falta de aire y el incremento en la frecuencia cardíaca que experimentaba la paciente antes de comenzar el programa. La instrucción y práctica de métodos de relajación, Mindfulness facilitaron una mayor disposición y preparación en la paciente para seguir las pautas y realizar las actividades planteadas en las sesiones. También fue preciso repasar los conceptos, tomando en cuenta su contexto sociocultural y educativo para ofrecer la ayuda adecuada a su situación.

Dado todo lo anterior, se demostró que la terapia cognitivo-conductual produce resultados positivos en el caso de una paciente que sufrió violencia por parte de su pareja y que padecía de depresión persistente.

3.3. Seguimiento

Se realizaron dos encuentros de seguimiento en las dos semanas posteriores, asegurando la continuidad de los resultados. Cada sesión duró una hora y los objetivos principales fueron que la clienta pueda aplicar las técnicas de manera eficaz y que muestre adaptabilidad para ajustarlas a cualquier otra complicación que pudiera presentarse.

IV. CONCLUSIONES

- Se consiguió disminuir los síntomas físicos y emocionales a través de la modificación cognitiva de las creencias y pensamientos automáticos en la paciente diagnosticada con depresión.
- Se logró estructurar nuevamente los siete pensamientos automáticos manteniendo frecuencias mínimas que promovieron la restauración de costumbres saludables, lo que, a su vez, aportó pruebas contra las creencias disfuncionales que se trataban de eliminar.
- Se consiguió una reducción en el ímpetu y periodicidad de la creencia intermedia identificada, lo que ayudó a dejar de lado estrategias cognitivas y conductuales que no estaban alineadas con objetivos, valores y anhelos personales.
- Hubo un descenso en la intensidad y frecuencia de las creencias centrales activadas por la depresión, lo que ayudó a conservar los objetivos anteriores y a evitar recaídas.

V. RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones adicionales que implementen programas donde utilicen técnicas del enfoque cognitivo-conductual y cómo éstas pueden favorecer la mejora en pacientes diagnosticados con trastorno de depresión persistente que han sido víctimas de violencia psicológica.
- Promover la implementación de métodos cognitivos conductuales para tratar la depresión en personas afectadas por violencia en relaciones de pareja.
- Seguir practicando los recursos adquiridos durante la intervención cognitiva conductual, con el fin de mantener la depresión y la ansiedad en niveles funcionales para la paciente.
- Continuar utilizando las herramientas adquiridas en la intervención cognitiva conductual para sostener conductas y emociones funcionales en la examinada.
- Ejecutar un monitoreo del caso, con seguimientos mensuales, bimensuales o según sea necesario para prevenir crisis o recaídas del estado depresivo.

VI. REFERENCIAS

- Alzahrani, A. M., Hakami, A., AlHadi, A., Al-Maflehi, N., Aljawadi, M. H., Alotaibi, R. M., Alzahrani, M. M., Alammari, S. A., Batais, M. A. y Almigbal, T. H. (2023). The effectiveness of mindfulness training in improving medical students' stress, depression, and anxiety. *PloS one*, 18(10), e0293539. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293539>
- Aedo, R. T. (2020). *Propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck II, en pacientes atendidos en Hospital I la Esperanza – Essalud*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/46831/Aedo_RD-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Betancur, A. M. (2020). *Terapia Cognitiva Conductual en un paciente con trastorno depresivo persistente*. [Trabajo de grado de Maestría]. Repositorio Institucional UNINORTE. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9511/141365.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bogucki, O. E., Craner, J. R., Berg, S. L., Miller, S. J., Wolsey, M. K., Smyth, K. T., Sedivy, S. J., Mack, J. D., Johnson, M. W., Burke, L. M., Williams, M. W., Katzelnick, D. J., y Sawchuk, C. N. (2021). Cognitive behavioral therapy for depressive disorders: Outcomes from a multi-state, multi-site primary care practice. *Journal of affective disorders*, 294, 745–752. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.061>
- Carnicero, J. D., Garrote, I. y López, J. M. (2023). Intervención sobre habilidades sociales mediante un juego de rol: un estudio de diseño mixto con jóvenes con discapacidad

- intelectual. *Actualidades en Psicología*, 37 (135), 95-110. <https://doi.org/10.15517/ap.v37i135.50463>
- Carta, M. G., Paribello, P., Nardi, A. E., y Preti, A. (2019). Current pharmacotherapeutic approaches for dysthymic disorder and persistent depressive disorder. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 20(14), 1743–1754. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1637419>
- Casavilca, S., Custodio, N., Liendo, R., Cancino, K., Esenarro, L., Montesinos, R., Bertani, S., Fejerman, L., Guerchet, M. y Vidaurre, T. (2020). Depression in women with a diagnosis of breast cancer. Prevalence of symptoms of depression in Peruvian women with early breast cancer and related sociodemographic factors. *Seminars in oncology*, 47(5), 293–301. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2020.08.003>
- Castro, J. J., Gómez, L. K. y Camargo, E. (2023). La investigación aplicada y el desarrollo experimental en el fortalecimiento de las competencias de la sociedad del siglo XXI. *Tecnura*, 27(75), 140-174. <https://doi.org/10.14483/22487638.19171>
- Chuchón, A. (2022). *Caso psicológico: terapia cognitivo conductual en un caso de depresión recurrente*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6384>
- Cruz, N. (2019). *Aplicación de la terapia cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo recurrente*. [Trabajo de grado de Especialización en Psicología Clínica, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional de la Universidad Pontificia Bolivariana.

<https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/8435/39169.pdf?sequence=1>

Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., Wang, Y., Tang, Y., Xia, M., & Li, B. (2024). Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal transduction and targeted therapy*, 9(1), 30. <https://doi.org/10.1038/s41392-024-01738-y>

Cyrus, E., Sanchez, J., Madhivanan, P., Lama, J.R., Bazo, A.C., Valencia, J., Leon, S.R., Villaran, M., Vagenas, P., Sciaudone, M., et al. (2021). Prevalence of Intimate Partner Violence, Substance Use Disorders and Depression among Incarcerated Women in Lima, Perú. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph182111134>

Dhawan, N. B. y Bhasin, H. (2024). Combating domestic violence in West Bengal, India: Gendered norms and legal regulations. *International Journal of Educational Research Open*, 7. p.100352. <https://doi.org/10.1016/j.ijedro.2024.100352>

De los Santos, Y. C. (2024). *Caso psicológico: Intervención Cognitivo Conductual en una mujer adulta con depresión*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/9113>

Don, F. J., Driessen, E., Molenaar, P. J., Spijker, J., & Dekker, J. J. M. (2019). Early interventions in cognitive behavioral therapy for depression: A study contrasting a low-adherent and a highly adherent case. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 56(1), 48–54. <https://doi.org/10.1037/pst0000219>

- Dudek, K. A., Dion-Albert, L., Kaufmann, F. N., Tuck, E., Lebel, M., y Menard, C. (2021). Neurobiology of resilience in depression: immune and vascular insights from human and animal studies. *The European journal of neuroscience*, 53(1), 183–221. <https://doi.org/10.1111/ejn.14547>
- Evanan, Y. D. (2023). *Intervención cognitivo conductual de un caso de depresión moderada en una mujer adulta víctima de violencia*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/8736>
- Fernández, M. A. (2020). *Efectividad de la intervención cognitivo-conductual en una paciente con trastorno de depresión mayor con respuestas de ansiedad: estudio de caso único*. [Trabajo de grado de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional Universidad del Norte. <https://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/9947#page=1>
- Hernández, J. (2021). La psicoeducación: una herramienta terapéutica fundamental en salud mental. *Medisur*, 19(3), 351-352. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v19n3/1727-897X-ms-19-03-351.pdf>
- Generali, V. (2020). *Efectos de la terapia cognitivo conductual sobre la depresión en mujeres que han sido víctimas de violencia de género*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Repositorio Institucional de la Universidad de la República. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/25195/1/ultimatfg_29_02_20_.pdf

- Golonka, K., Piątek, E. y Stach, R. (2024). Study directions and development of cognitive theory of depression. Kierunki badań i rozwoju poznawczej teorii depresji. *Psychiatria polska*, 58(4), 669–680. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/161676>
- González, N. (2023). *Intervención en un caso de trastorno de depresión mayor con ansiedad: estudio de caso*. [Trabajo de máster, Universidad Europea]. Repositorio Institucional Titula de la Universidad Europea. https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/4944/tfm_NereaGonzalezBernardez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gutiérrez, J. C., & Ocampo, S. (2021). Psicodrama como terapia en trauma y estrés postraumático. *Revista Médica de Risaralda*, 27 (1), 76-84. <https://doi.org/10.22517/25395203.24656>
- Katayama, N., Nakagawa, A., Umeda, S., Terasawa, Y., Shinagawa, K., Kikuchi, T., Tabuchi, H., Abe, T., & Mimura, M. (2023). Functional connectivity changes between frontopolar cortex and nucleus accumbens following cognitive behavioral therapy in major depression: A randomized clinical trial. *Psychiatry research. Neuroimaging*, 332, 111643. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2023.111643>
- Lingán, F. (2018). *Autoestima y su relación con la felicidad en cónyuges de la Iglesia Adventista del Séptimo Día del distrito Misionero de Huaycán, Lima, 2017*. [Tesis de maestría, Universidad Peruana Unión]. Repositorio Institucional de la Universidad Peruana Unión. <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/14014cc7-ee21-460d-b549-7f6b2f3f6b32>
- Luza, E. (2022). *Intervención cognitiva conductual en una mujer con depresión víctima de violencia de pareja*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad

- Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5965>
- Manchego, B. A., Manchego, R. E. y Leyva, E. (2022). Salud mental y riesgo de violencia en mujeres y adultos mayores víctimas de violencia. *Enfermería Global*, 21(4), 309–335. <https://doi.org/10.6018/eglobal.512101>
- Marx, W., Penninx, B. W. J. H., Solmi, M., Furukawa, T. A., Firth, J., Carvalho, A. F., & Berk, M. (2023). Major depressive disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 9(1), 44. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00454-1>
- Mazza, M., Marano, G., Del Castillo, A. G., Chieffo, D., Monti, L., Janiri, D., Moccia, L., & Sani, G. (2021). Intimate partner violence: A loop of abuse, depression and victimization. *World journal of psychiatry*, 11(6), 215–221. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i6.215>
- Michellini, D. J., Wester, J. H., & Bonyuan, M. (2023). *Democracia: Crisis, desafíos, perspectivas*. Ediciones del ICALE. <https://www.icala.org.ar/publicaciones/Libros-EdICALA/ACTAS-Jornadas%20ICALA%202023.pdf>
- Monroe, S. M., y Harkness, K. L. (2022). Major Depression and Its Recurrences: Life Course Matters. *Annual review of clinical psychology*, 18, 329–357. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-021440>
- Özkafacı, A.A., & Eren, N. (2020). Effect of art psychotherapy using marbling art on depression, anxiety, and hopelessness in female survivors of domestic violence with PTSD. *Arts in Psychotherapy*, 71, 101703. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101703>
- Pérez, MI. J. (2023). *Personalidad y reincidencia en actos delictivos en personas privadas de libertad*. [Trabajo de investigación para maestría, Pontificia Universidad Católica del

- Ecuador]. Repositorio Institucional de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
<https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/13d74ae4-af5c-4126-a539-80cefe421f53/content>
- Prasko, J., Vanek, J., Ociskova, M., Krone, I., Slepecky, M., Abeltina, M., Burkauskas, J., Grambal, A. y Bagdonaviciene, L. (2023). Role-playing in cognitive behavioral supervision. *Neuro endocrinology letters*, 44(2), 74–85.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37452654/>
- Ramírez, J.D., Tron, R. y Ordaz, M.I. (2022). Intervención cognitivo conductual en cuidadora primaria informal con diagnóstico de Artritis Reumatoide y Trastorno Depresivo Persistente. *Alternativas en Psicología*, 49, 146 - 161.
<https://www.alternativas.me/attachments/article/295/9.pdf>
- Ramírez, J. R. (2020). *Técnicas del enfoque cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión en adultos: Una revisión sistemática*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60850/Ram%C3%ADrez_MJR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramos, C. (2021). Diseños de investigación experimental. *CienciAmérica*, 10(1).
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7890336.pdf>
- Requena, C. X. (2022). *Intervención cognitiva conductual en depresión en una mujer adulta*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6164>

- Sánchez, S. (2021). Situación actual de la salud mental de las mujeres en el Perú. *Biojurídica, Biopolítica y Derechos Humanos*, 4(2), 159-171. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v4i2.669>
- Sánchez, M., Morillo, J. P, Quiñones, Y., Morales,V., Hernández, A. (2021).Sistema de observación para la evaluación técnica en la danza clásica: ejercicio del plié. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 21(2), 72-84. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232021000200008&lng=es&tlng=es.
- Schnitzspahn, K. M., & Hegerl, U. (2024). The 4-level approach: A community-based intervention targeting depression and suicidal behaviour. *Mental Health and Prevention*, 34, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2024.200329>
- Schuverer, I. J. (2022). Efectos del tratamiento breve de activación conductual en estudiantes de psicología de la Universidad de Panamá con depresión leve, moderada y severa. *REDEPSIC*, 1(1), 5–25. <https://revistas.up.ac.pa/index.php/redepsic/article/view/2628>
- Selman, A., Dai, J., Driskill, J., Reddy, A. P. y Reddy, P. H. (2025). Depression and obesity: Focus on factors and mechanistic links. *Biochimica et biophysica acta. Molecular basis of disease*, 1871(1), 167561. <https://doi.org/10.1016/j.bbadis.2024.167561>
- Serafini, G., Costanza, A., Aguglia, A., Amerio, A., Placenti, V., Magnani, L., Escelsior, A., Sher, L., & Amore, M. (2023). Overall goal of Cognitive-Behavioral Therapy in Major Psychiatric Disorders and Suicidality: A Narrative Review. *The Medical clinics of North America*, 107(1), 143–167. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.05.006>

- Stallard, P. (2022). Evidence-based practice in cognitive-behavioural therapy. *Archives of disease in childhood*, 107(2), 109–113. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-321249>
- Suhas, S., Sharma, N., Singh, G. P., Ray, S., y Andrade, C. (2021). Utilizing placebos to leverage the effects of cognitive-behavioral therapy in patients with depression: Looking below the surface. *Journal of Affective Disorders*, 281, 145–146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.120>
- Tourné, M., Herrero, S., & Garriga, A. (2024). Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer por la pareja [Health consequences of violence against women by the couple]. *Atención primaria*, 56(11), 102903. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102903>
- Torres, M. (2022). *Programa cognitivo conductual para reducir los síntomas de la depresión en una mujer adulta*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/7720>
- Vargas, J. (2023). La Aplicación de la reestructuración cognitiva en un proceso de psicoterapia breve desde el modelo cognitivo de Beck, en una paciente con trastorno de ansiedad relacionado al rol de cuidador principal de una persona con esquizofrenia. *Revista Fidelitas*, 4(1), 9. <https://doi.org/10.46450/revistafidelitas.v4i1.57>
- Vásquez, L. y Salcedo, H. (2024). La depresión en mujeres peruanas víctimas de violencia. Una revisión bibliográfica de la última década. *Revista De Investigación Psicológica Valdizana*, 1(1), 97–109. <https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/ripv/article/view/2324>

- Villarreal, D., Cabrera, M., Carrillo, R. M., y Bernabe, A. (2020). Trends in the prevalence and treatment of depressive symptoms in Peru: a population-based study. *BMJ open*, 10(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036777>
- Yildirim, N., & Uysal Toraman, A. (2023). Analysis of the descriptive characteristics of female victims of violence applying to the domestic violence office of a court of law. *Journal of forensic and legal medicine*, 96, 102510. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2023.102510>

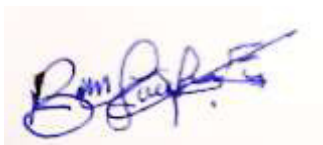
VII. ANEXOS

Anexo A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

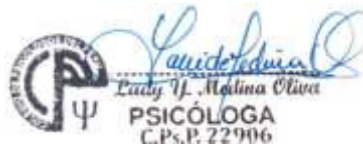
El presente estudio de investigación tiene como objetivo Aplicar un Programa de Intervención Cognitivo Conductual para disminuir la sintomatología depresiva.

La información que usted brinde en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y solo será usada para fines de la investigación.

Acepto participar de manera libre y voluntaria participar del presente estudio, luego de haber sido informada y orientada, por lo tanto, doy mi consentimiento para el uso de información y/o aplicación de instrumentos de recolección de datos que permitirá ratificar la eficacia de la terapia cognitivo conductual mediante una evaluación pre y post tratamiento.



Firma de la paciente



Firma de la psicóloga

Anexo B. Tablas de frecuencias y figuras

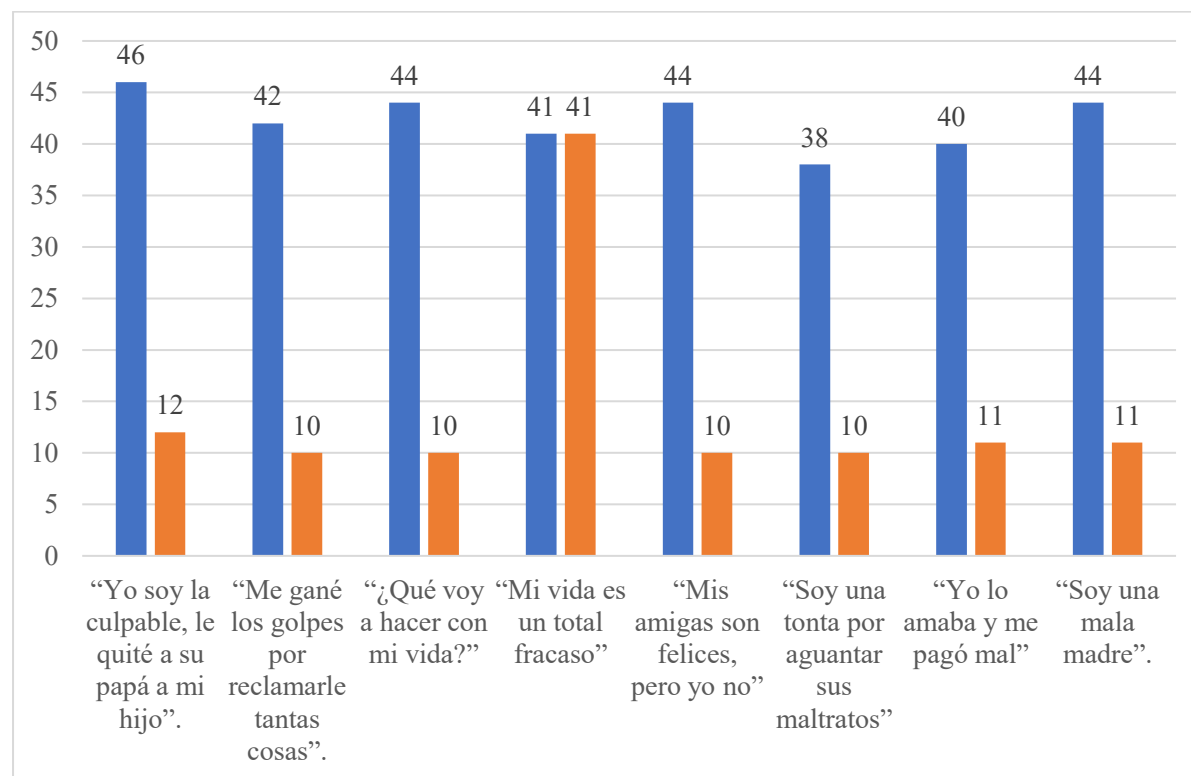
Tabla 17

Registro de frecuencia de pensamientos negativos en el pre test y post test

Pensamientos Negativos	Periodo	L	M	M	J	V	S	D	Total
“Yo soy la culpable, le quité a su papá a mi hijo”.	Pre								
	Test	6	5	5	7	7	8	8	46
	Post								
	Test	2	1	1	3	2	2	1	12
“Me gané los golpes por reclamarle tantas cosas”.	Pre								
	Test	6	7	5	7	5	6	6	42
	Post								
	Test	1	2	1	1	2	2	1	10
“¿Qué voy a hacer con mi vida?”	Pre								
	Test	7	5	6	6	7	7	6	44
	Post								
	Test	3	2	2	1	1	0	1	10
“Mi vida es un total fracaso”	Pre								
	Test	7	6	5	6	5	6	6	41
	Post								
	Test	2	1	1	1	2	2	1	10

Figura 1

Registro de frecuencia de pensamientos negativos en el pre test



Anexo C

Tabla 18

Registro de frecuencia e intensidad de emociones negativas de la semana 1 y la semana 12

Frecuencia										
Emoción	/Intensidad	Periodo	L	M	M	J	V	S	D	Total
Promedio										
Ansiedad (0-10)	F	Pre Test	10	8	10	7	9	10	7	61
	F	Post Test	5	3	2	2	3	2	2	19
	I	Pre Test	8	9	6	7	8	6	8	7
	I	Post Test	3	2	1	1	2	2	3	2
Tristeza (0-10)	F	Pre Test	0	6	7	7	8	9	9	46
	F	Post Test	2	0	2	0	2	1	1	8
	I	Pre Test	7	6	5	6	8	7	8	7
	I	Post Test	3	2	3	1	2	1	2	2
Culpa (0-10)	F	Pre Test	7	8	6	8	7	6	9	51
	F	Post Test	5	3	2	2	2	1	3	18
	I	Pre Test	7	8	8	9	10	9	10	9
	I	Post Test	2	3	2	2	3	1	2	2
Miedo (0-10)	F	Pre Test	5	7	5	7	6	6	4	40
	F	Post Test	2	3	2	3	2	3	2	17
	I	Pre Test	9	9	8	8	9	8	9	9
	I	Post Test	3	4	4	3	3	3	3	3
Irritabilidad	F	Pre Test	5	6	8	7	6	7	5	44

(0-10)	F	Post Test	2	2	3	3	2	2	1	15
	I	Pre Test	10	7	10	7	10	8	9	9
	I	Post Test	5	3	5	3	4	3	3	4

Figura 2

Registro de frecuencia e intensidad de emociones negativas en el pre test y post test

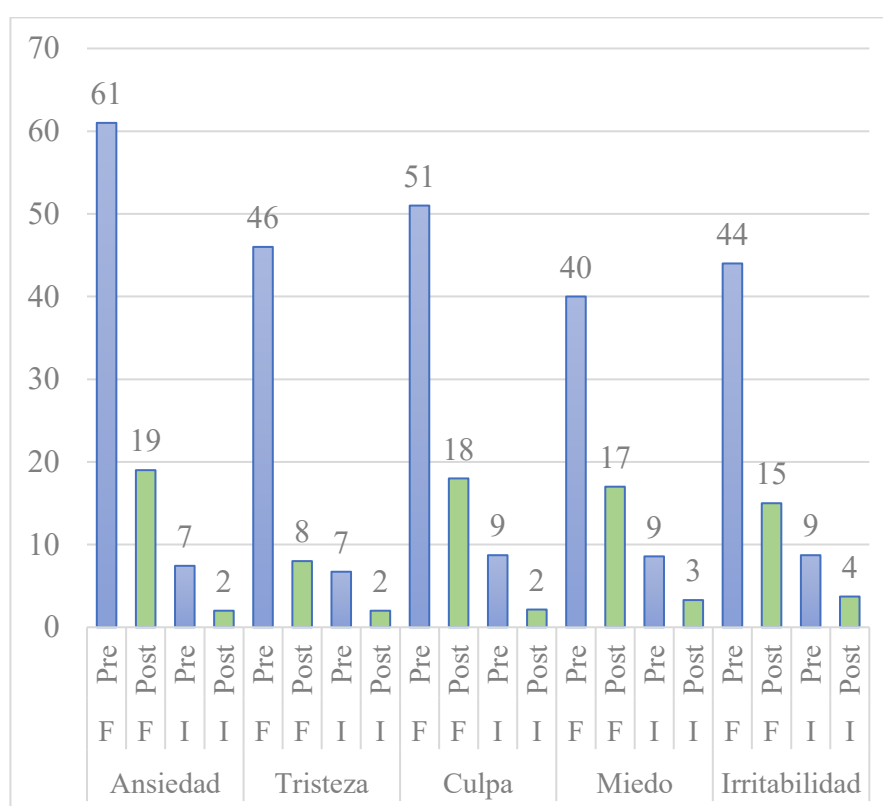


Tabla 19

Registro de frecuencia de conductas desadaptativas en el pre test y post test

Conductas	Pre Test S1	Post Test S12
Llorar	24	4
Encerrarse en su cuarto	25	3
Gritar	15	1
Tomar pastilla	05	1
Evitar salidas con amigos	06	1
Activar modo avión su celular	15	1
Despertarse en las noches	20	3

Figura 3

Registro de frecuencia de conductas desadaptativas en el pre test y post test

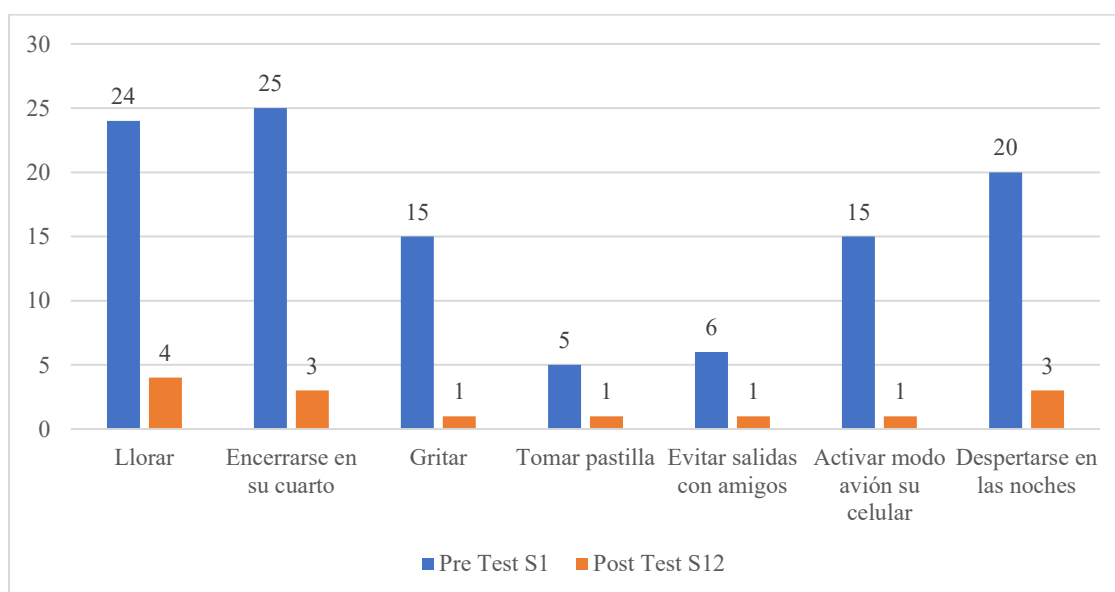


Tabla 20

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

Prueba Psicológica	Pre Test	Post Test
	S1	S12
Inventario de Depresión de Beck	Depresión Moderada (29)	Alti - bajos normales (9)

Figura 4

Resultados de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck BDI-II durante el pre y post test

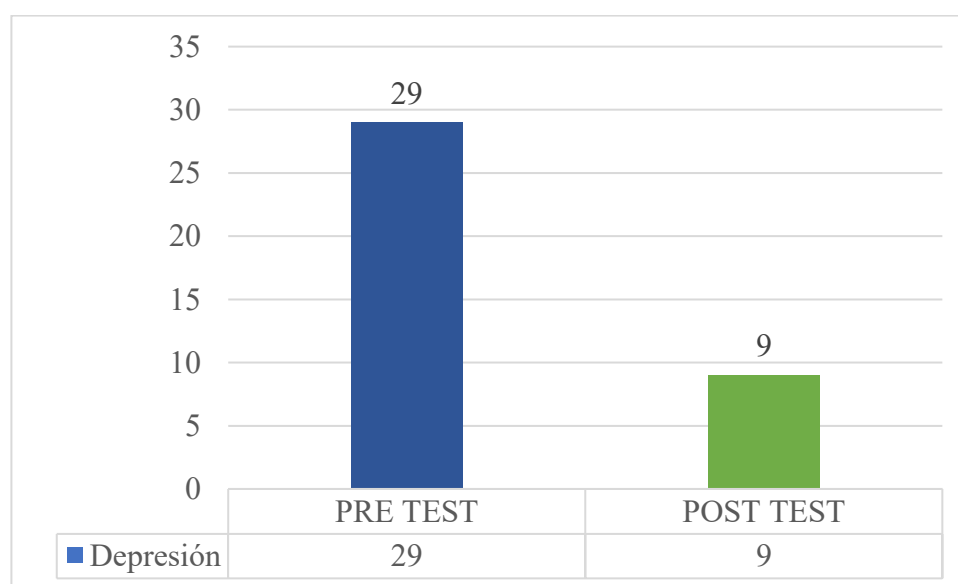


Tabla 21

Aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck durante el pre y post test

Prueba Psicológica	Pre Test	Post Test
	S1	S12
Inventario de Ansiedad de Beck	Ansiedad Moderada (22)	Alti - bajos normales (8)

Figura 5

Resultados de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck durante el pre y post test

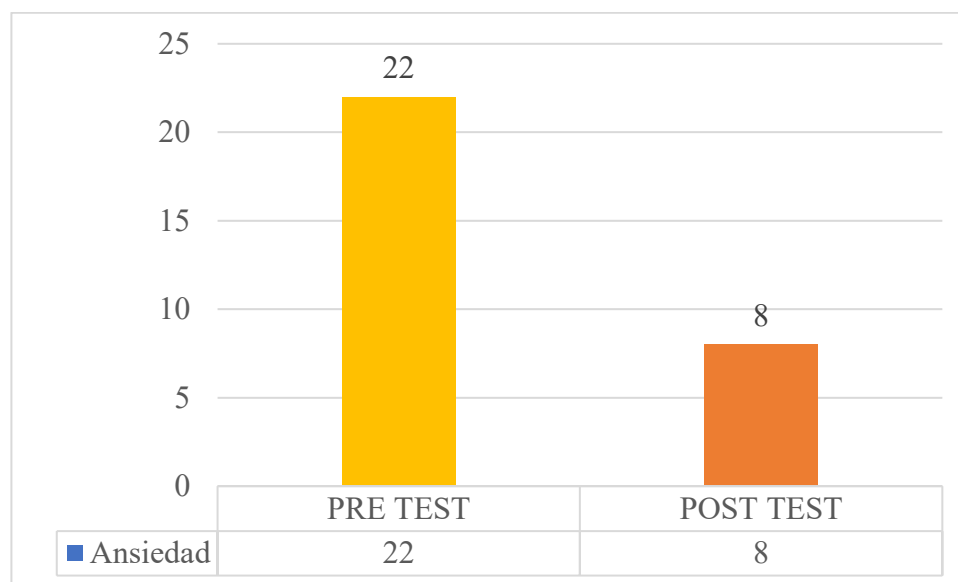


Tabla 22

Aplicación del Inventario de Autoestima de Coopersmith durante el pre y post test

Prueba Psicológica	Pre Test	Pre Test	Post Test	Post Test
	S1	CATEGORÍA	S12	CATEGORÍA
Sí mismo General	38.45	Baja	84.59	Alta
		Autoestima		Autoestima
Social	16.47	Baja	83.35	Alta
		Autoestima		Autoestima
Familia	33.34	Baja	83.35	Alta
		Autoestima		Autoestima
Total	32	Baja	84	Alta
		Autoestima		Autoestima

Figura 6

Resultados de la aplicación del Inventario de Autoestima de Coopersmith durante el pre y post test

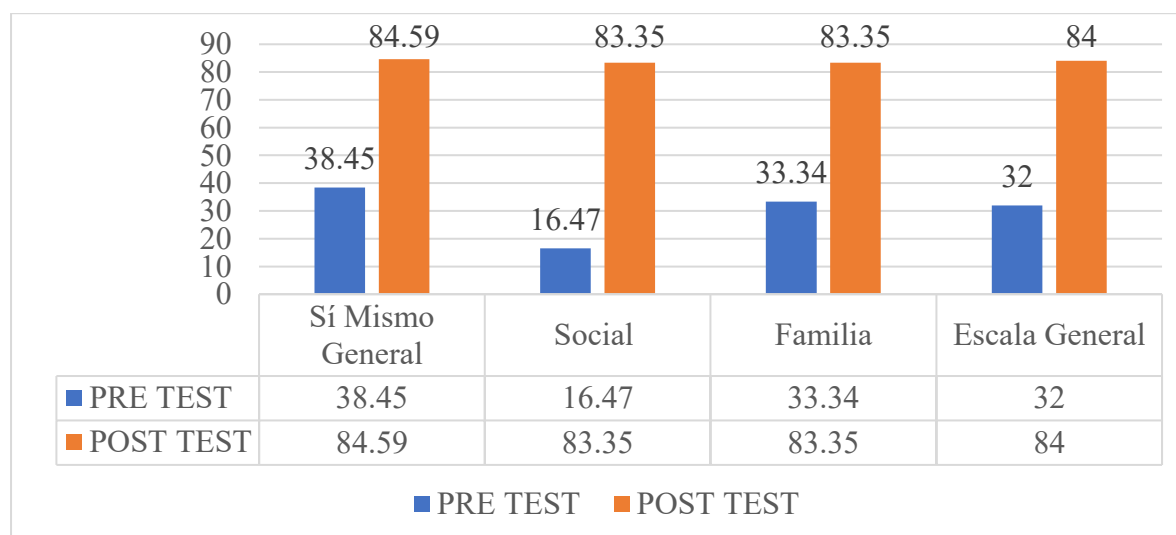


Tabla 23*Aplicación del Inventario de Millon durante el pre test*

Dimensión	Eje	Puntaje	Indicador
Patrones clínicos de Personalidad	Evitativo	114	Elevado
	Autoderrotista	88	Elevado
Síndromes clínicos	Distimia	104	Elevado
	Ansiedad	82	Moderado
Síndrome de gravedad severa	Depresión Mayor	93	Elevado

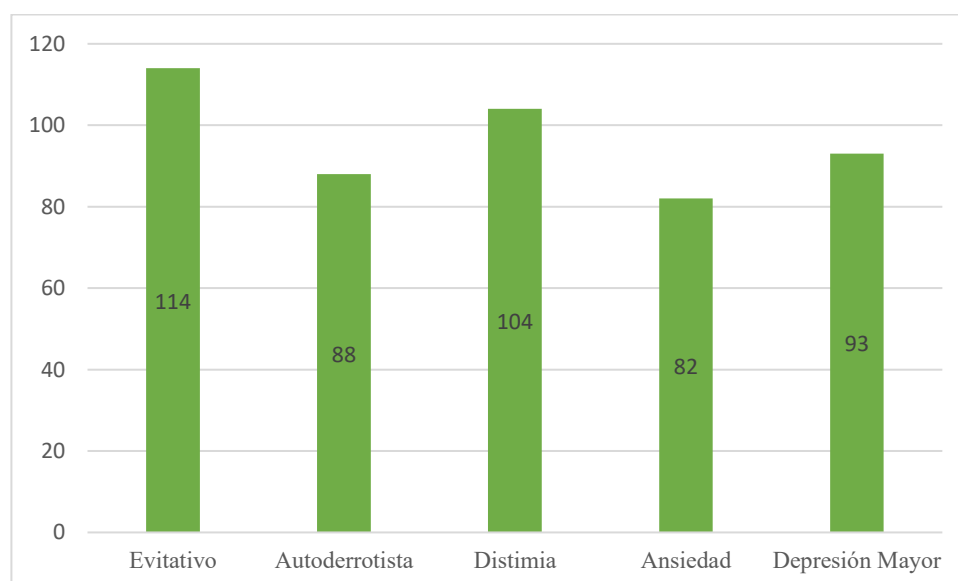
Figura 7*Resultados de la aplicación del Inventario de Millon durante el pre test*

Tabla 24*Registro de intensidad de creencias irracionales en el pre y post test*

	Pre	Pre Test	Post	Post Test
Creencias irracionales	Test	Categoría Estilo	Test	Categoría Estilo
	S1	de pensamiento	S12	de pensamiento
Creencia 1: “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”	7	Irracional	3	Racional
Creencia 2: “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”	6	Irracional	4	Tendencia Racional
Creencia 3: “Ciertos actos no sólo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que lo realiza debería ser avergonzada y castigada”.	9	Irracional	3	Racional
Creencia 4: “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”.	8	Irracional	3	Racional
Creencia 5: “La infelicidad humana es causada por los hechos externos,	10	Irracional	4	Tendencia Racional

nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”.

Creencia 6: “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando

8

Irracional

3

Racional

Total

48

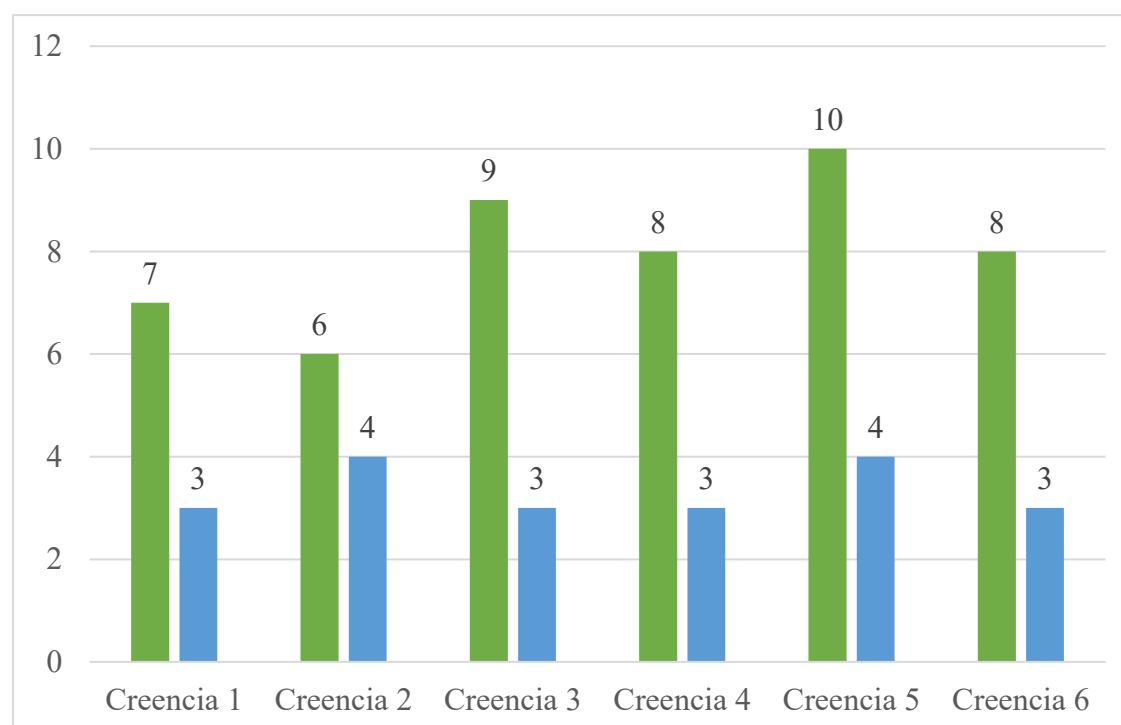
Altamente
Irracional

20

Racional

Figura 8

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



Anexo D. INVENTARIO PARA “D” DE BECK

Nombre: **Edad:** **Grado de Instrucción:**

Ocupación:.....

Lugar y Fecha de Evaluación:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1 a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1 b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2 a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2 b Duermo mucho menos que lo habitual
- 3 a Duermo la mayor parte del día
- 3 b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1 a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1 b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2 a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2 b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3 a No tengo apetito en absoluto
- 3 b Quiero comer todo el día

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo E. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK - BAI

Edad: Sexo: (M) (F) Fecha de nacimiento:

Institución educativa: Grado:

Indicaciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

Nº	Ítem	Nada	Leve	Regular	Fuerte
1.	Torpe o entumecido				
2.	Acalorado				
3.	Con temblor en las piernas				
4.	Incapaz de relajarse				
5.	Con temor a que ocurra lo peor				
6.	Mareado, o que se le va la cabeza				
7.	Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8.	Inestable.				
9.	Atemorizado o asustado				
10.	Nervioso				
11.	Con sensación de bloqueo				
12.	Con temblores en las manos				
13.	Inquieto, inseguro				
14.	Con miedo a perder el control				
15.	Con sensación de ahogo				
16.	Con temor de morir				
17.	Con miedo				
18.	Con problemas digestivos				
19.	Con desvanecimientos				
20.	Con rubor facial				
21.	Con sudores fríos o calientes				

Anexo F. REGISTRO DE OPINIONES - REGOPINA

No es necesario que piense mucho rato en cada ítem. Señale si considera **verdadera (V)** o **falsa (F)** cada afirmación.

Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.

1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.	34. Si las cosas me desagradan, elijo ignorarlas.
2. Odio equivocarme en algo.	35. Cuanto más problemas tiene una persona, menos feliz es.
3. La gente que se equivoca, debe recibir su merecido.	36. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.
4. Generalmente, acepto los acontecimientos desagradables con tranquilidad.	37. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no la necesito realmente.
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.	38. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.
6. “Árbol que crece torcido, nunca su tronco endereza”.	39. Todo el mundo es, esencialmente, bueno.
7. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo que sentirme obligado a manifestar respeto a nadie.	40. Hago todo lo que puedo para conseguir lo que quiero; y después, dejo de preocuparme.
8. Evito las cosas que no puedo hacer bien.	41. Nada es perturbador por sí mismo; si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.
9. Las personas malas deben ser castigadas.	42. Somos esclavos de nuestro pasado.
10. Las frustraciones y decepciones no me perturban.	43. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.
11. A la gente no la trastornan los acontecimientos sino la imagen que tienen de estos.	44. Me trastorna cometer errores.
12. Es casi imposible superar la influencia del pasado.	45. No es equitativo que “llueva igual sobre el justo que sobre el injusto”.
13. Quiero gustar a todo el mundo.	46. Yo disfruto tranquilamente de la vida.
14. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo.	47. No puedo evitar sentirme muy alterado ante ciertos hechos.
15. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa.	48. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.
16. Las cosas deberían ser distintas a como son.	49. Usualmente me preocupo mucho por lo que la gente piensa de mí.
17. Yo mismo provoqué mi propio mal humor.	50. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.
18. Si algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.	51. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.
19. Me puedo gustar a mí mismo, aun cuando no le guste a los demás.	52. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver para alcanzarlas.
20. Me gustaría triunfar en algo, pero pienso que no estoy obligado a hacerlo.	53. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.
21. La inmoralidad debería castigarse severamente.	54. Básicamente, la gente nunca cambia.
22. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.	55. Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador.
23. Las personas desdichadas, generalmente, se provocan ese estado a sí mismas.	56. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.
24. La gente sobrevalora la influencia del pasado.	57. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.
25. Si no le gusto a los demás es su problema, no el mío.	58. Raras veces me perturban los errores de los demás.
26. Para mí es extremadamente importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.	59. El hombre construye su propio infierno interior.
27. Pocas veces culpo a la gente por sus errores.	60. No miro atrás con resentimiento.
28. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.	61. Si cometo un error lo acepto con tranquilidad.
29. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo.	62. Los acontecimientos negativos pueden ser superados.
30. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.	63. Hay gente que me altera el humor.
31. Creo que es difícil ir en contra de lo que piensan los demás.	64. Acepto con calma que otros sean mejores que yo en algo.
32. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sea en ellas.	65. Hay tristezas que jamás se superan.
33. El miedo al castigo es lo que hace que la gente sea buena.	

Anexo G. REGISTRO DE OPINIONES-REGOPINA

DATOS GENERALES

Sexo: M () F () Edad:..... Grado escolar:

Grado de instrucción:

MARQUE DE IZQUIERDA A DERECHA, SIGUIENDO LA NUMERACIÓN

A	B	C	D	E	F
1 (V) (F)	2 (V) (F)	3 (V) (F)	4 (V) (F)	5 (V) (F)	6 (V) (F)
7 (V) (F)	8 (V) (F)	9 (V) (F)	10 (V) (F)	11 (V) (F)	12 (V) (F)
13 (V) (F)	14 (V) (F)	15 (V) (F)	16 (V) (F)	17 (V) (F)	18 (V) (F)
19 (V) (F)	20 (V) (F)	21 (V) (F)	22 (V) (F)	23 (V) (F)	24 (V) (F)
25 (V) (F)	26 (V) (F)	27 (V) (F)	28 (V) (F)	29 (V) (F)	30 (V) (F)
31 (V) (F)	32 (V) (F)	33 (V) (F)	34 (V) (F)	35 (V) (F)	36 (V) (F)
37 (V) (F)	38 (V) (F)	39 (V) (F)	40 (V) (F)	41 (V) (F)	42 (V) (F)
43 (V) (F)	44 (V) (F)	45 (V) (F)	46 (V) (F)	47 (V) (F)	48 (V) (F)
49 (V) (F)	50 (V) (F)	51 (V) (F)	52 (V) (F)	53 (V) (F)	54 (V) (F)
55 (V) (F)	56 (V) (F)	57 (V) (F)	58 (V) (F)	59 (V) (F)	60 (V) (F)
61 (V) (F)	62 (V) (F)	63 (V) (F)	64 (V) (F)	65 (V) (F)	

TOTALES:() A
 () B
 () C
 () D
 () E
 () F

CONSISTENCIA: 0-2: B ()
 3 : R ()
 4-5: M ()

GRAN TOTAL:

APRECIACIÓN:

.....

Anexo H. RESULTADOS DE MILLON

Escala de Validez					PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0	=	Válido		
X	Sinceridad	464	=	Válido	75	X
Y	Deseabilidad Social	15	=		71	Y
Z	Autodescalificación	31	=		90	Z

Patrones clínicos de personalidad		PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE FINAL	
		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.		
1	Esquizoide	47	121	117							117	1
2	Evitativo	49	118	114		114					114	2
3	Dependiente	46	103	99							99	3
4	Histriónico	20	56	52							52	4
5	Narcisista	23	40	36							36	5
6A	Antisocial	15	45	41							41	6A
6B	Agresivo-sádico	27	68	64							64	6B
7	Compulsivo	48	93	89							89	7
8A	Pasivo-agresivo	24	53	49							49	8A
8B	Autoderrotista	36	92	88		88					88	8B

Patología severa de personalidad												
S	Esquizotípico	44	96		94		92	92	90		90	S
C	Borderline	47	72		70	70	68	68	62		62	C
P	Paranoide	29	67		65			65	58		58	P

Síndromes clínicos												
A	Ansiedad	30	95	91			89	89	82		82	A
H	Somatoformo	33	73	69			67	67	62		62	H
N	Bipolar	22	60	56							56	N
D	Distimia	57	115	111			109	109	104		104	D
B	Dependencia de alcohol	20	55	51							51	B
T	Dependencia de drogas	20	48	44							44	T

Síndromes severos												
SS	Desorden del pensamiento	26	69		67					67	67	SS
CC	Depresión mayor	45	95		93					93	93	CC
PP	Desorden delusional	15	60		58					58	58	PP

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	No	Leve	Moderado	Bastante
1 Torpe o entumecido/a.	☐	☐	☒	☐
2 Acalorado/a.	☐	☐	☒	☐
3 Con temblor en las piernas.	☐	☐	☒	☐
4 Incapaz de relajarse	☐	☐	☐	☒
5 Con temor a que ocurra lo peor.	☐	☐	☐	☒
6 Mareado/a, o que se le va la cabeza.	☐	☐	☒	☐
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	☐	☐	☐	☒
8 Inestable.	☐	☐	☐	☒
9 Atemorizado/a o asustado/a.	☐	☐	☐	☒
10 Nervioso/a.	☐	☐	☐	☒
	No	Leve	Moderado	Bastante
11 Con sensación de bloqueo.	☐	☐	☒	☐
12 Con temblores en las manos.	☐	☐	☒	☐
13 Inquieto/a, inseguro/a.	☐	☐	☐	☒
14 Con miedo a perder el control.	☐	☐	☐	☒
15 Con sensación de ahogo.	☐	☒	☐	☐
16 Con temor a morir.	☐	☐	☐	☒
17 Con miedo.	☐	☐	☐	☒
18 Con problemas digestivos.	☐	☐	☒	☐
19 Con desvanecimientos.	☒	☐	☐	☐
20 Con rubor facial.	☒	☐	☐	☐
	No	Leve	Moderado	Bastante
21 Con sudores, fríos o calientes.	☐	☐	☐	☒

INVENTARIO PARA "D" DE BECK

Nombre: Edad: 24 Gdo, Instruc: Sec. Completa.
 Ocupación: Lugar y Fecha de Evaluación:

Consigna: Lea atentamente y marque con una "X" la afirmación que mejor describa cómo se ha estado sintiendo usted en los últimos días.

1. ☐ Me siento triste.
☒ Me siento triste todo el tiempo y no puedo reponerme.
☐ Me siento tan triste e infeliz que ya no puedo resistirlo.
2. ☐ No me siento sin esperanzas respecto al futuro.
☐ Me siento sin esperanzas respecto al futuro.
☒ Siento que no tengo nada que esperar.
☐ Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas n
3. ☐ No me siento un fracasado.
☒ Siento que tengo más fallas que el resto de las personas.
☐ Cuando doy un vistazo hacia atrás, todo lo que puedo ver i
☐ Siento que soy un completo fracaso como persona.
4. ☐ Obtengo mucha satisfacción de las cosas como de costumbre.
☒ No disfruto de las cosas de la manera en que acostumbraba.
☐ No obtengo una satisfacción verdadera de nada.
☐ Estoy insatisfecho y aburrido de todo.
5. ☐ Particularmente, no me siento culpable.
☒ Me siento culpable una buena parte del tiempo.
☐ Me siento culpable la mayoría del tiempo.
☐ Me siento culpable en todo momento.
6. ☒ No siento que esté siendo castigado.
☐ Siento que puedo ser castigado.
☐ Espero ser castigado.
☐ Siento que estoy siendo castigado.
7. ☐ No me siento decepcionado de mí.
☒ Estoy decepcionado de mí.
☒ Siento repugnancia de mí.
☐ Me detesto.
8. ☐ No siento que soy peor que los demás.
☐ Me critico por mis debilidades y errores.
☐ Me culpo todo el tiempo de mis errores.
☒ Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9. ☐ No tengo ninguna intención de acabar conmigo.
☒ Tengo intenciones de acabar conmigo, pero no lo haría.
☐ Quisiera acabar conmigo.
☐ Acabaría conmigo si tuviera la oportunidad.
10. ☐ No lloro más de lo normal.

- Solía ser capaz de llorar, pero actualmente no puedo incluso aunque quiera.
11. ☒ No me siento irritable.
☒ Actualmente me siento ligeramente más malhumorado que de costumbre.
☐ Me siento bastante molesto y malhumorado durante mucho tiempo.
☐ Actualmente me siento con mal humor todo el tiempo.
12. ☐ No perdí el interés por otras personas.
☐ Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
☐ Perdí bastante interés en otras personas.
☒ Perdí completamente el interés hacia otras personas.
13. ☐ Tomo decisiones como siempre lo hice.
☒ Evito tomar decisiones más de lo que solía hacerlo.
☐ Tengo más dificultades que antes para tomar decisiones.
☐ No puedo tomar ninguna decisión.
14. ☐ No siento que me vea peor que antes.
☐ Me preocupa verme viejo y poco atractivo.
☒ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea poco atractivo.
☐ Creo que me veo horrible.
15. ☐ Puedo trabajar tan bien como antes.
☒ Requiero de un esfuerzo extra para comenzar a hacer algo.
☐ Tengo que exigirme mucho para hacer algo.
☐ No puedo realizar ningún trabajo.
16. ☐ Puedo dormir normalmente.
☒ No duermo tan bien como solía hacerlo.
☐ Me despierto 1-2 horas más temprano que de costumbre y me cuesta volver a dormirme.
☐ Me despierto muchas horas más temprano que de costumbre y no puedo volver a dormirme.
17. ☐ No me siento más cansado que lo habitual.
☐ Me canso más fácilmente que de costumbre.
☐ Me canso al hacer prácticamente cualquier cosa.
☒ Me canso mucho al hacer lo que sea.
18. ☐ Tengo apetito como siempre.
☒ No tengo tan buen apetito como de costumbre.
☐ Actualmente siento menos apetito que antes.
☐ No siento apetito en absoluto.
19. ☐ No he perdido mucho peso, por lo menos, últimamente.
☒ Perdí más de cinco kilos.
☐ Perdí más de diez kilos.
☐ Perdí más de quince kilos.
20. ☐ No me preocupo más de lo normal por mi salud.
☒ Me preocupo por problemas físicos como dolores, malestares estomacales y estreñimiento.
☐ Estoy muy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en cualquier otra cosa.
21. ☐ Últimamente no he notado modificaciones en mi interés por el sexo.
☐ Tengo menos interés por el sexo que antes.
☒ Actualmente estoy muy poco interesado por el sexo.
☐ Perdí completamente el interés por el sexo.
- Handwritten notes:*
 Se levanta 2 o 3 am.
 Insomnio
 Sueño
 a veces no tengo ganas de comer no desayuno no como
 apetito
 miedo
 preocupación
 a q pase muchas cosas que se familia me atañe o me quita a mi hijo
 problemas q pueda pasar
 cuando tengo problemas siento mucha gente q me me pongo nervioso pero quiero gritar me echo en cama perdi ganas de salir
 no echo en cama me meto en mi cama quite desfilaba salir y calmarme me da igual salir que no salir me da flojera