

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO
SOCIALES Y EDUCACIÓN
UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA DE PAREJA CON DEPRESIÓN ATENDIDAS EN UN CENTRO DE
SALUD DE JOSÉ LEONARDO ORTIZ, 2017**

**PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA
EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA**

INVESTIGADORA:

Bach. ESTELA MARCELO ASCENCIO

ASESOR:

M.Sc. WALTER MARCELO VERAU

LAMBAYEQUE, 2019

Dr. MAXIMILIANO PLAZA QUEVEDO
PRESIDENTE

M.Sc. RAQUEL TELLO FLORES
SECRETARIA

M.Sc. CAROLA SMITH MAGUIÑA
VOCAL

M.Sc. WALTER MARCELO VERAU
ASESOR

ACTA DE SUSTENTACIÓN

Nº 000151



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS



Señalas 16 00 horas del día veintidós de febrero del año dos mil diecinueve, en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias Histórico Sociales y Educación de la Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo" de Lambayeque, se reunieron los miembros del jurado, designados mediante Resolución N° 511-2017 UP-D-FACHSE, de fecha 17/05/17 conformado por:

Dr. Maximiliano Playa Guerrero PRESIDENTE(A)

M.Sc. Reginal Tello Jirón SECRETARIO(A)

M.Sc. Carolina Smith Magaña VOCAL

con la finalidad de evaluar la tesis titulada Programa cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia de pareja con depresión atendidas en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017

presentado por el (la) / los (las) tesista(s) Estela Marcela Asencio

y asesorado por M.Sc. Walter Marcelo Vereau

sustentación que es autorizada mediante Resolución N° 511-2019 UP-D-FACHSE, de fecha 19/02/19

El Presidente del jurado autorizó el inicio del acto académico; producido y concluido el acto de sustentación de tesis, de conformidad con el Reglamento de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Histórico Sociales y Educación de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Artículos 97°, 97° 99°, 100°, 101°, 102°, y 103°, los miembros del jurado procedieron a la evaluación respectiva, haciendo una serie de preguntas y recomendaciones a la sustentante(s), quien(es) procedió (ieron) a dar respuesta a las interrogantes y observaciones, quien(es) obtuvo (obtuvieron) 90 puntos que equivale al calificativo de Muy bueno

En consecuencia el (la) / los (las) sustentante(s) queda(n) apto (s) para obtener el Grado Académico de

Maestría en Psicología con mención en
Psicología Clínica

Señalas 16 00 horas del mismo día, se da por concluido el acto académico, firmando la presente acta.

[Firma]
PRESIDENTE

[Firma]
SECRETARIO

[Firma]
VOCAL

Observaciones:

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

ESTELA MARCELO ASCENCIO, Investigadora Principal y **M.Sc. WALTER MARCELO VERAU**, Asesor del Trabajo de Investigación “**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA CON DEPRESIÓN ATENDIDAS EN UN CENTRO DE SALUD DE JOSÉ LEONARDO ORTIZ, 2017**”; declaro bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 28 de febrero de 2019

Bach. ESTELA MARCELO ASCENCIO
INVESTIGADORA

M.Sc. WALTER MARCELO VERAU
ASESOR

DEDICATORIA

A Dios por la oportunidad de seguir creciendo como persona y profesional.

A mis padres por ser referentes principales en mi vida, por su amor, rectitud y dedicación.

A mis hermanas, compañeras indudables de risas y aventuras de toda la vida.

A Junny, mi compañero fiel, que ahora está en el cielo.

AGRADECIMIENTO

Al maestro Walter Marcelo Vereau, por su apoyo y asesoramiento en el desarrollo de este proyecto.

A la doctora Iris Villalobos, directora del Centro de Salud Paul Harris, por brindarme las facilidades necesarias para desarrollar este proyecto durante mi permanencia en dicho centro.

ÍNDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	iii
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE.....	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO	19
1.1 Ubicación	19
1.2 Evolución histórico tendencial del objeto de estudio	20
1.3 Manifestaciones y características del problema.....	21
1.4 Metodología	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	26
2.1 Referencia Bibliográfica	26
2.2 Referencia Teórica	31
2.2.1 Enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual	31
2.2.2. Aportes teóricos complementarios	36
2.2.2.1. Teoría biológica de la depresión	36
2.2.2.2. Teoría genética de la depresión	36
2.2.2.3. Teorías conductuales de la depresión	38
2.2.2.4. Teorías cognitivas	38
2.2.3. Teorías sobre la violencia de pareja	43
2.3 Referencia Conceptual	46
CAPÍTULO III: SIGNIFICACIÓN PRÁCTICA	66
3.1 Análisis Y Discusión De Resultados	66
3.1.1 Nivel de depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja	66
3.1.2 Nivel de depresión en mujeres respecto al área cognitivo – afectivo.....	69
3.1.3 Nivel de depresión en mujeres respecto al área somática conductual	71
3.2 Programa Cognitivo Conductual “Dejando tu pasado y amando tu presente”	73
3.2.1. Fundamentación	73
3.2.2. Objetivos.....	75
3.2.2.1. Objetivo General	75

3.2.2.2. Objetivos Específicos	75
3.2.3. Metodología.....	76
3.2.3.1. Estrategias de desarrollo del programa	76
3.2.3.2. Estrategias didácticas	77
CONCLUSIONES	131
RECOMENDACIONES	133
BIBLIOGRAFÍA	134
ANEXOS	140

RESUMEN

En la actualidad uno de los aspectos más relevantes en la vida de cada persona es la salud mental. A pesar de que se reconoce que el área psicológica es un aspecto determinante, siguen existiendo situaciones que conllevan a desarrollar diferentes trastornos, tales como la depresión que afecta a las mujeres que son víctimas de violencia de pareja, a nivel cognitivo, emocional, conductual y fisiológico, las estadísticas permiten definir que es un problema que aqueja de manera significativa en la realidad peruana. En razón a ello se planteó como objetivo diseñar, elaborar y fundamentar un programa cognitivo conductual para mejorar la depresión en mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017, cuya muestra estuvo conformada por 102 mujeres con edades entre los 16 y 60 años.

En cuanto a la base teórica y conceptual la principal referencia es el modelo cognitivo y conductual de Aron Beck, propuesta que ha logrado tener un impacto significativo en personas con depresión.

La investigación es de tipo descriptiva propositiva - transversal y se utilizó el diseño no experimental. Se aplicó el Inventario de depresión de Beck (1978) con una validez altamente significativa ($P < 0.01$) y una confiabilidad de 0.97. Los resultados principales muestran que el 47.1% de las mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017, presentan depresión moderada, el 31.4% muestra depresión grave, el 12.7% presenta depresión leve y el 8.8% corresponde a depresión mínima. En cuanto al área cognitivo – afectivo, el 20.6% de dichas mujeres se hallan en niveles de depresión grave y respecto al área somática-conductual, el 19.6% evidencian depresión grave, por lo que el diseño y elaboración de un programa cognitivo conductual se convierte en una estrategia primordial para la atención de la depresión en la población de estudio, centrándose en el tratamiento de los síntomas que se manifiesten.

Palabras clave: programa, cognitivo conductual y depresión.

ABSTRACT

Currently one of the most important aspects in the life of each person is mental health. Although it is recognized that the psychological area is a determining factor, there are still situations that lead to develop different disorders, such as depression that affects women who are victims of partner violence, cognitive, emotional, behavioral and physiological, statistics allow us to define what is a problem that has a significant impact on Peruvian reality. Therefore, the objective was to design, develop and ground a cognitive behavioral program to improve depression in women Victims of Violence of Couple that are served in a Health Center of José Leonardo Ortiz, 2017, whose sample consisted of 102 women with ages between 16 and 60 years.

Regarding the theoretical and conceptual basis, the main reference is the cognitive and behavioral model of Aron Beck, a proposal that has had a significant impact on people with depression.

The research is descriptive - cross-sectional and the non-experimental design was used. The Beck Depression Inventory (1978) was applied with a highly significant validity ($P < 0.01$) and a reliability of 0.97. The main results show that 47.1% of women who are victims of partner violence in a José Leonardo Ortiz Health Center, 2017, have moderate depression, 31.4% have severe depression, 12.7% have mild depression, and 8.8% corresponds to minimum depression. Regarding the cognitive - affective area, 20.6% of these women are in severe depression levels and in relation to the somatic - behavioral area, 19.6% show severe depression, so the design and development of a cognitive behavioral program becomes in a primary strategy for the treatment of depression in the study population, focusing on the treatment of symptoms that manifest themselves.

Key words: program, cognitive behavior and depression.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual se presentan diversos problemas y trastornos psicológicos que pueden afectar a cualquier persona, teniendo en cuenta que existen una serie de condiciones personales, familiares, laborales y sociales que pueden predisponer a su aparición o incremento. Uno de los trastornos que cobra mayor importancia es la depresión que tal como la define Beck (1983), es un trastorno que altera el estado de ánimo, debido a que se activan esquemas de pensamiento que distorsionan la realidad y que contribuyen a la visión negativa del individuo respecto a sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los signos y síntomas depresivos en las áreas cognitivo-afectivo y conductual - somática.

Schuyler y Katz (como se citó en Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010) indican que un porcentaje de hasta el 12% de la población adulta mundial ha presentado o podría llegar a presentar un episodio depresivo de importancia clínica suficiente como para requerir algún tratamiento. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) señala que la depresión es una enfermedad que está presente alrededor del mundo y se calcula que afecta a más de 3000 millones de personas, por ello se convierte en la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Se distingue de otras enfermedades en que puede alterar el desempeño cotidiano de manera significativa, pudiendo traer consigo otras condiciones como el suicidio, que es justamente la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años, pues cada año se suicidan más de 800 000 personas.

Los estudios epidemiológicos realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, corroboran los hallazgos de otros países, pues la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%. Además, es un trastorno que se vincula como una de las consecuencias de la violencia contra mujeres y niñas y que se convierte en un indicador de cuan desatendida esta la salud mental en el Perú (Rondón, 2006). Mientras que en el estudio multicéntrico de Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), que abarcó a más de 2,4000 mujeres, tomándose como muestra representativa a nivel mundial y se llevó a cabo en diez países, entre ellas Perú, registró una de las frecuencias más elevadas de violencia, el 69% de mujeres en el área rural y 51% en áreas urbanas indicaron haber sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja, concluyéndose que las mujeres cuzqueñas

eran las segundas más violentadas del mundo, después de las mujeres de Etiopía y Bangladesh.

Es importante señalar que Huerta, Bulnes, Ponce, Sotil y Campos (2014) refieren que la depresión, constituye la principal causa de discapacidad en nuestro medio, afectando al 20% de la población peruana, siendo las mujeres las más afectadas; llegando a representar el 27.4% en las mujeres peruanas maltratadas. En cuanto a la realidad del departamento de Lambayeque, Reupo (25 de octubre del 2014) señala que se habría registrado más de 50 mil casos que afectan la salud mental, de los cuales los que registran un mayor índice son violencia familiar y depresión con 27 mil casos y 9 mil casos, respectivamente.

Patró, Corbalán y Limiñana (2007, p. 118) refieren que “la depresión, junto con el trastorno de estrés postraumático es una de las consecuencias psicológicas que con más frecuencia se han estudiado en mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja. Ciertas características asociadas a las situaciones de maltrato se pueden considerar como buenas predictoras de la aparición de este trastorno como, por ejemplo, las humillaciones y desvalorizaciones constantes, las agresiones y castigos incongruentes, el refuerzo de conductas de sometimiento, la disminución del refuerzo positivo o el progresivo aislamiento social que sufren las víctimas de tales situaciones”

La violencia contra la mujer en el hogar representa un grave problema social, pues se trata de un fenómeno frecuente que produce consecuencias muy graves en las víctimas y en los familiares; el hogar, que podría ser un ambiente de compañía mutua, de afecto y realización personal para las parejas, se convierte en un ambiente de riesgo para la víctima, en este caso de las mujeres en situación de maltrato (Huerta, Bulnes, Ponce, Sotil y Campos, (2010). Al comparar diversos estudios se han encontrado que entre un 39% y un 54% de mujeres víctimas de maltrato que proceden de centros de acogida o centros de asistencia, al ser evaluadas presentan puntuaciones que se consideran dentro de las categorías de depresión moderada o severa (Patró et al., 2007).

Carbajal (2015) tuvo como objetivo evaluar el nivel de eficacia de un programa basado en técnicas cognitivo – conductual de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja con estrés postraumático. Se realizó en una población de 41 mujeres, remitidas de la fiscalía general de la nación de la ciudad de Bogotá, de la unidad de delitos de familia. El diseño de

la investigación fue cuasi experimental. Los instrumentos utilizados fueron el “Inventario para la Depresión de Beck”, “Inventario de Ansiedad de Beck” y el PCL. Entre los resultados más importantes se demostró una tendencia a que el programa de intervención es eficaz en cuanto a la reducción del TEPT y sintomatología concomitante de ansiedad y depresión.

A su vez, Lemus (2014) realizó una investigación para la aplicación y propuesta de un programa de terapia grupal, de técnicas cognitiva conductual a mujeres deprimidas, víctimas de violencia intrafamiliar, con una muestra de 8 personas, que asisten al Servicio Nacional de la Mujer en Chile (SERNAM) seleccionadas por muestreo probabilístico. El diseño de la investigación fue cuasi experimental. Para la recolección de datos, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (1987). Los resultados evidencian que existe una diferencia significativa al comparar los resultados del pre test y el post test, existiendo una disminución de los niveles de depresión en los sujetos del grupo, después de haber sido aplicado el programa.

Santandreu y Ferrer (2014) realizaron una investigación con el objetivo de diseñar y evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático y depresión en víctimas de violencia. La muestra estuvo conformada por 129 mujeres víctimas de violencia de género fueron agrupadas según el tipo de agresión padecida. La evaluación consistió en una sesión de entrevista semiestructurada y la aplicación de dos test: “La Escala de gravedad del trastorno de estrés postraumático” y “Inventario de depresión de Beck”, ambos cuentan con validez y confiabilidad. Respecto a los resultados en cuanto al área cognitiva-afectiva, el 70.4% de las mujeres se encuentran con niveles de depresión moderada y grave. Mientras el 80.6% de la población presentaba niveles de depresión moderada y graves, respecto al área somática – conductual, se demostró que los síntomas disminuyeron y se puede indicar que el tratamiento aplicado constituye una estructura de terapia razonablemente eficaz para el grupo de síntomas de TEPT y depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia. De hecho, se podría llevar a cabo con éxito para cualquier grupo de mujeres que hayan padecido cualquier tipo de maltrato.

De igual forma, Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y De Corral (2013) elaboró una investigación con el objetivo de determinar evaluar un programa cognitivo conductual, para el tratamiento de mujeres víctimas de agresiones. La muestra, estuvo constituida por 138 personas, que acudían al Centro de Asistencia Psicológica para Víctimas de Violencia de Género de la Diputación Foral de Álava en España, de las que 84 completaron el tratamiento.

El diseño que se empleo fue cuasiexperimental. Se evaluó a las participantes con la Escala de gravedad de síntomas del TEPT, el STAI, el MFS-III, el BDI, el HDRS, la Escala de autoestima y la Escala de inadaptación, todas ellas contando con validez y confiabilidad para el estudio. Se concluyó que el programa contaba con un respaldo teórico y práctico, siendo eficaz durante su aplicación.

En su estudio, Guajardo y Cavazos (2013) tuvieron como propósito general la intervención centrada en soluciones cognitivo conductual en un caso de violencia de noviazgo. Este programa estuvo dirigido por sesiones a un estudio de caso específico de una sola paciente de México. Para recopilar la información pertinente, se utilizó un grupo de formatos elaborados para la práctica clínica de Estrada, Gonzales y Rodríguez. Los resultados concluyen que el modelo de Terapia centrada en soluciones cognitivo conductual, es eficaz en la sintomatología tal como sentimiento de tristeza, baja autoestima, pensamientos negativos, ansiedad, ideación suicida, apatía, fatiga, poca energía para realizar las actividades diarias, problemas del sueño (insomnio) y pérdida de apetito, que presentan las mujeres que han sufrido violencia.

Cáceres, Labrador, Ardila y Parada (2011) tuvo por objetivo diseñar y aplicar un tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma (TEPT, depresión, ansiedad, autoestima e inadaptación) de mujeres víctimas de violencia, en una muestra compuesta por 73 participantes. El diseño de la investigación fue cuasi experimental. Se utilizó la escala de gravedad de síntomas del Trastorno de estrés postraumático TEP, los dos auto-informes de Beck: ansiedad versión española de Sanz y Navarro (2003) y depresión, versión española de Vázquez y Sanz (1997) y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas. Evidenciándose que, la mayoría de mujeres mejoró la sintomatología después del tratamiento, de forma rápida en re experimentación, ansiedad, depresión, autoestima e inadaptación y demorada en evitación, hiperactivación y las cogniciones postraumáticas. Los resultados del tratamiento se mantienen durante los seguimientos a nivel clínico y estadístico.

Por su parte, Labrador y Alonso (2007) tuvieron por objetivo conocer la eficacia de programa de intervención cognitivo conductual para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en mujeres víctimas de violencia doméstica. Se trabajó con una muestra conformada por 34 mujeres mexicanas víctimas de malos tratos por parte de su pareja. El diseño de la investigación fue cuasi experimental. Para esta investigación

utilizaron la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, Inventario de depresión de Beck, Inventario de ansiedad de Beck, escala de Autoestima de Rosenberg e Inventario de Cogniciones Postraumáticas, los cuales cuentan con validez y confiabilidad. Los resultados obtenidos, indican que el programa tiene un sustento teórico y práctico, ya se consigue una mejora significativa tanto en la sintomatología postraumática como en los problemas asociados: Depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas.

Labrador y Rincón (2002) tuvieron por objetivo el diseño y aplicación de un programa cognitivo conductual para mujeres víctimas de violencia que sufran de trastorno por estrés postraumático, depresión, baja autoestima, problemas de adaptación a la vida cotidiana y aspectos cognitivos derivados de la experiencia de maltrato. La muestra fue conformada por un total de 16 mujeres. El diseño de la investigación fue cuasi experimental. Para esta investigación utilizaron la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de Autoestima de Rosenberg e Inventario de Cogniciones Postraumáticas, los cuales cuentan con validez y confiabilidad. La remisión de la sintomatología tal como: dificultad concentrarse, tomar decisiones, ideación suicida, sentimientos de tristeza, desesperanza, sentimientos de culpa, vergüenza, enfado, irritabilidad y hostilidad, fue observada en el 100% de las mujeres participantes al postratamiento, y en el 85% al seguimiento a 1 y 3 meses.

A nivel nacional se puede resaltar las siguientes investigaciones: Rodríguez (2010), realizó un estudio con el objetivo de Evaluar la variable depresión y los efectos de un programa de psicoterapia en la población de estudio, conformada por un total de 8 personas. La investigación corresponde al método experimental con el diseño pre-prueba y post-prueba con dos grupos aleatorizados, empleándose como instrumento de recolección de datos el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados presentaron que la población tenía niveles moderados y graves de depresión. Concluido el tratamiento de psicoterapia, los resultados arrojaron una diferencia significativa a favor de los pacientes del grupo experimental, en comparación con pacientes del grupo de control, que no fueron sometidos a tratamiento, lo que implica que el programa de psicoterapia como tratamiento del síndrome de depresión, ha demostrado efectividad que permite confirmar la hipótesis planteada.

Mientras que Moya (2008), planteó como objetivo identificar los niveles de depresión de los pacientes con VIH/SIDA antes de la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva y determinar los efectos de la aplicación del programa en los niveles de depresión de los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Víctor Lazarte E.-IPSS de la ciudad de Trujillo. El estudio de tipo cuasi experimental La muestra estuvo conformada por diez pacientes entre los 18 y 60 años, que asistieron al programa de VIH/SIDA de un centro hospitalario. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de Depresión de Beck, ficha de registro de pensamientos automáticos de 3 y 5 columnas y Ficha de Actividades Semanales, como técnicas se usan la observación, entrevista y experimentación. Los resultados, que el 70% de la muestra presentaba niveles moderados y graves de depresión y que después de la aplicación del programa, los niveles de depresión de los pacientes del grupo control y experimental son diferentes significativamente. Asimismo, que la aplicación de esta técnica es eficaz para disminuir los niveles de depresión.

Pues bien, en ese orden de cosas es claro que en todas partes y en el caso peruano así lo reporta el Ministerio de Salud (2005), la depresión es causante de dolor y sufrimiento en la vida de muchas personas. La situación es aún más preocupante, porque la mayor parte de los afectados no buscan ayuda a tiempo, pues desconocen que gran parte de ese sufrimiento podría ser evitado; sin embargo, en la actualidad se hace cada vez más evidente que el apoyo psicoterapéutico puede ser sumamente eficaz para tratar esta condición y las graves consecuencias que acarrea.

En el caso de la problemática específica encontramos una serie de problemas emocionales en las mujeres víctimas de violencia de pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, que se manifiestan en la sintomatología propia de la depresión, presentando desesperanza, pesimismo, sentimiento de tristeza y vacío, pérdida de interés por las cosas, sentimiento de inutilidad y minusvalía, pérdida de energía y problemas de sueño afectando el área cognitivo, afectiva, somática y conductual.

En virtud de ello, nuestro estudio se planteó la siguiente interrogante: ¿En qué medida el diseño, elaboración y fundamentación de un programa cognitivo conductual puede mejorar la depresión en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017?

Para responder a la interrogante anterior, el presente estudio tuvo como hipótesis que el diseño, elaboración y fundamentación de un programa cognitivo conductual mejora sustantivamente la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja, que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017.

En razón a ello planteamos como objetivo general: diseñar, elaborar y fundamentar un programa cognitivo conductual para mejorar la depresión en mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017, asumiéndose como objetivos específicos, evaluar el nivel de depresión en mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017, identificar el nivel de depresión respecto al área cognitivo - afectivo en mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017 y conocer el nivel de depresión respecto al área somática-conductual en mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017.

De otro lado, el presente trabajo está estructurado de la siguiente manera: además de la presente introducción, ofrecemos un primer capítulo destinado a caracterizar el objeto de estudio, en razón a una revisión genérica de las condiciones enfrentadas en el Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017 y que explican la realidad en la que se sitúa la población de estudio.

El segundo capítulo da cuenta de la epistemología existente al respecto, a partir de una clara precisión de sus ejes conceptuales y sus ejes teóricos, dentro de los cuales destacamos como referencias teóricas específica el enfoque de la Terapia Cognitiva Conductual de A. T. Beck, A. Bandura, D. Meinchembaum, así como los aportes de la teoría biológica, genética, conductual y cognitiva de la depresión. Complementariamente se ofrece un marco conceptual sustentado en el acervo de términos del trabajo expuesto.

Un tercer capítulo donde se exponen los resultados obtenidos en torno a las mujeres que son víctimas de violencia de pareja, los niveles de depresión con respecto al área cognitivo – afectivo y los niveles de depresión con respecto al área somático conductual. A continuación, se presenta el programa cognitivo conductual, las conclusiones y recomendaciones, finalmente la bibliografía y los anexos.

EL AUTOR

CAPÍTULO I

ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO

CAPÍTULO I: ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO

Como es conocido el tratamiento del objeto de estudios responde a una doble perspectiva: como sinónimo de contexto, espacio o lugar donde se ha realizado la investigación, y como proceso dentro del cual se encuentra el problema de investigación.

1.1 Ubicación

El lugar de estudio se ubica en un Centro de Salud Estatal, perteneciente al MINSA, ubicado en el asentamiento humano San Lorenzo del distrito de José Leonardo Ortiz, Departamento de Lambayeque. La población del distrito alcanza a los 165 453 habitantes según el censo 2007, constituyéndose como el distrito de mayor densidad poblacional, pues ésta alcanza a 5.863 habitantes por km². En el presente Centro de Salud, están afiliados un aproximado de 1500 personas, pertenecientes a los estratos C y D.

El Centro de Salud fue inaugurado el 23 de marzo del 2014, cuenta con una infraestructura que consta tres pabellones para la atención de los Servicios de Hospitalización, de Nutrición, pediatría, psicología, odontología, Adulto Mayor, Obstetricia, Consultorio Médico, Triage, Estrategia Sanitaria, Archivo de Historia Clínicas, Admisión, Caja, Almacén de Farmacia, Área Administrativa (Jefatura, Contabilidad, Logística y Secretaria) , Área de Grupo Electrónico, Cuarto de Accesorios, Servicios Higiénicos.

Por otra parte, la gestión del Centro de Salud está en manos de la Dra. Iris Villalobos Inga. Dentro de las principales problemáticas que existen, son las precarias condiciones que enfrenta la población del distrito José Leonardo Ortiz, la incidencia de la violencia delincuencia y la violencia de pareja, lo cual configura condiciones de convivencia difíciles, con graves secuelas cognitivas, emocionales, somáticas y conductuales de la población afectada, el Centro de Salud resulta siendo una entidad indispensable para paliar o solucionar la problemática encontrada. Esta es la razón por la cuales sostenemos líneas adelante que el Centro de Salud, constituye una institución cuya misión está orientada a brindar un servicio integral a las personas y a la sociedad, debido a esto el tratamiento de sus pacientes en todas las áreas, se constituye como una pieza clave para las jefaturas y personal del área de salud que buscan la mejora de la calidad en la prestación del servicio que promueven.

1.2 Evolución histórico tendencial del objeto de estudio

Desde la perspectiva del lugar de intervención, el Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, es una institución cuya misión está orientada a brindar un servicio integral a las personas y a la sociedad, debido a esto el tratamiento de sus pacientes en todas las áreas, se constituye como una pieza clave para las jefaturas y personal del área de salud que buscan la mejora de la calidad en la prestación del servicio que promueven.

Surgió como respuesta a atender los problemas de salud de la población que reside en este distrito, tales como tuberculosis, neumonía, diabetes, desnutrición, embarazos de alto riesgo entre otros. En cuanto a salud mental, los problemas con mayor incidencia son depresión, ansiedad, violencia intrafamiliar, dependencia emocional y problemas de conducta, entre los más relevantes. Gracias a que este centro cuenta con el área de psicología, estos problemas pueden ser detectados, poniéndose en evidencia que la depresión se convierte en el principal problema que aqueja a las mujeres, quienes asisten con mayor frecuencia en búsqueda de atención psicológica, sin embargo, debido al elevado número de usuarios del servicio, no se ha logrado implementar hacer un diagnóstico específico de este problema o una medida de intervención constante, situación que motivo el desarrollo de esta investigación.

Al estar en contacto con la población que se atiende en este centro de salud, se puede identificar como uno de los principales problemas la existencia de pacientes mujeres que tienen como característica en común estar o haber estado inmersas en una situación de violencia en sus hogares, lo que conlleva a una sintomatología propia de la depresión, presentando desesperanza, pesimismo, sentimiento de tristeza y vacío, pérdida de interés por las cosas, sentimiento de inutilidad y minusvalía, pérdida de energía y problemas de sueño y que repercute en su vida personal, familiar y social (Comunicación personal, enero 23 del 2017).

Ahora bien, dentro de la dinámica de un centro de salud se pueden identificar diversos procesos psicológicos vinculados a la vida mental de los pacientes. Procesos que en la realidad se presentan integrados, pero con prevalencia de unos u otros, de tal manera que emerge un proceso como determinante o esencial. Dentro de los 8 procesos psicológicos que comúnmente se distinguen, hemos identificado como sustanciales para nuestro trabajo los procesos emocionales, en este caso derivados de la violencia familiar. Procesos emocionales

que traen como consecuencia diversidad de manifestaciones problemáticas como las señaladas en el párrafo anterior, y que pasamos a precisar a continuación.

1.3 Manifestaciones y características del problema

El problema planteado está centrado en la violencia contra la mujer en el hogar que se presenta como un grave problema social, pues se trata de un fenómeno frecuente que produce consecuencias muy graves en las víctimas y en los familiares. Dentro de sus manifestaciones podemos señalar que el hogar, que podría ser un ambiente de compañía mutua, de afecto y realización personal para las parejas, se convierte en un ambiente de riesgo para la víctima, en este caso de las mujeres en situación de maltrato (Huerta, Bulnes, Ponce, Sotil y Campos, (2010). Al comparar diversos estudios se han encontrado que entre un 39% y un 54% de mujeres víctimas de maltrato que proceden de centros de acogida o centros de asistencia, al ser evaluadas presentan puntuaciones que se consideran dentro de las categorías de depresión moderada o severa

Como se ha señalado en la introducción, otra de las manifestaciones del problema es la situación de humillación y desvaloración que manifiestan las mujeres víctimas de violencia en el hogar, la presencia constante de una persona que menoscaba a través de verbalizaciones y conductas, su rol como mujer, pareja o madre y que elimina el valor a todo lo que hace, desde cocinar, arreglar la casa, trabajar o en el cuidado de sus hijos, este tipo de situación se perpetra estando a solas o delante de otras personas y se convierte en una situación cotidiana que conlleva a que la propia víctima asuma que es merecedora de estas constantes humillaciones y que vale poco o nada dentro de su hogar.

Asimismo, la situación permanente de agresión y castigo por parte del victimario, donde directamente ataca a la mujer sea a través de agresiones a nivel verbal, físico o sexual, esta acción se convierte en un castigo que condiciona a la víctima. De manera que cada vez que hace algo que desagrada o es incorrecto para el agresor, este aplicará un castigo que somete la somete a dejar de pensar, sentir o actuar por sí misma, por el contrario, la reduce a ser solo el reflejo de lo que su pareja desea.

Aparece la disminución del refuerzo positivo, que consiste en disminuir hasta anular totalmente cualquier estímulo agradable para la víctima, quien se convierte en un objeto, con

la obligación de hacer lo que el victimario desea. La mujer ya no puede hacer lo que quiere o necesita, sea una actividad laboral o de entretenimiento, se eliminan las demostraciones de cariño, respeto o agradecimiento con la finalidad de infligir temor y miedo, lo que finalmente conlleva al progresivo aislamiento social, de manera que la víctima ya no tenga contacto con el círculo de familiares, amigos o conocidos, se aleja de toda aquellas personas que podrían detectar una situación de violencia y brindar un soporte para la prevención o intervención directa en el problema, al lograr esto el sentimiento de soledad y sometimiento a la pareja llega a su máxima expresión.

En cuanto a las características relevantes del problema planteado podemos señalar como rasgo homogéneo que considera uno de los sectores sociales más vulnerables del distrito, las mujeres que tienen como característica en común estar o haber estado inmersas en una situación de violencia en sus hogares. El segundo rasgo destacable radica en haber delimitado, dentro de la diversidad de problemas físico y psicológicas que enfrentan dichas mujeres, en la sintomatología propia de la depresión, presentando desesperanza, pesimismo, sentimiento de tristeza y vacío, pérdida de interés por las cosas, sentimiento de inutilidad y minusvalía, pérdida de energía y problemas de sueño y que repercute en su vida personal, familiar y social. Por último, el énfasis puesto en tres dimensiones del efecto depresivo: el área cognitiva, el área somática y el área conductual.

Y a pesar de que se hace uso continuo de antidepresivos, se ha demostrado que la tasa de suicidios no ha disminuido, lo que sugiere que la quimioterapia solo puede resolver crisis temporales, pero que no tiene efectos permanentes para el paciente en el futuro.

Frente a la situación descrita, resulta absolutamente necesario determinar la magnitud del problema a nivel del objeto de estudio.

1.4 Metodología

Ahora bien, desde la perspectiva metodológica se trata de una investigación bajo un diseño no experimental, que según Hernández, Fernández y Baptista (2010), es aquel que se realiza sin manipular deliberadamente las variables y por lo tanto se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Además, la investigación es de tipo descriptiva, propositiva y transversal. Es descriptiva propositiva porque únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos / variables a

las que se refieren y se fundamenta en una necesidad, de manera que una vez que se tome la información necesaria, se realizará una propuesta para superar la problemática existente y las deficiencias encontradas (Garza, 2007). Mientras que los estudios transversales recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Centrada en conjunto de mujeres que sufren violencia pareja y que son diagnosticadas con depresión, atendidas en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz y cuyo número asciende a 410 personas, durante el año 2017; asumimos una muestra no probabilística y por conveniencia, teniendo en cuenta la disponibilidad de las mujeres implicadas y cuyo número ascendió a 102 personas.

De otro lado, los materiales empleados han sido el consentimiento informado (Apendice H), protocolo, cuestionario de preguntas. A su vez, la recolección de los datos se realizó mediante la técnica psicométrica, que consiste en la utilización de instrumentos estructurados, respecto a una variable específica, donde el evaluado tiene que escoger, entre alternativas de respuestas posibles (González, 2007). Los instrumentos que se utilizaron como parte del programa cognitivo conductual son fichas de control de las sesiones propuestas. Mientras que para realizar el diagnóstico de la población en estudio se aplicará el *Inventario de depresión de Beck* (Apéndice I). El instrumento fue elaborado por Beck (1978) para su aplicación a personas de 13 años en adelante, varones y mujeres, con la finalidad de medir la intensidad de la depresión y evaluar objetivamente sus principales manifestaciones. La administración puede ser llevada a cabo en forma individual o colectiva (preferentemente de forma autoadministrada) y tiene un tiempo aproximado de 5 a 10 minutos.

La prueba estuvo conformada por 21 ítems, que corresponden a síntomas, distribuidos en las dos subescalas que son: Cognitivo - afectivo (de los ítems 1 – 14 y 17) y somático - conductual (de los ítems 15-16 y 18 - 21). Los síntomas que mide esta prueba son: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida del placer, sentimientos de culpa, sentimiento de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y

pérdida de interés en el sexo. Estos ítems están basados en los síntomas propuestos en el DSM-IV-TR (Beck, 2006). El puntaje total tiene un rango de 0 a 63 puntos, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 alternativas. Los puntajes se obtienen sumando el número de ítems respondidos. Del mismo modo la interpretación de ese puntaje total, se realiza en base a cuatro categorías diagnósticas, determinadas como depresión leve, depresión moderada y depresión grave.

La versión original de la prueba tiene una consistencia interna evaluada con el alfa de Cronbach de 0.93 en una muestra de estudiantes universitarios de los Estados Unidos y 0.92 en pacientes psiquiátricos del mismo país. Además, tiene cociente de estabilidad por medio del método test-retest de 0.93 en EE.UU. ($p < 0,001$) (Beck, 2006). Respecto a los datos de validez y confiabilidad, en el Perú se han realizado una serie de investigaciones donde el instrumento ha sido revisado y se demuestra la objetividad de su uso, se realizó una investigación en pacientes con VIH. Para la presente investigación, se analizó la confiabilidad por consistencia interna y se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.94. Para la validez de constructo del instrumento se evaluó estimando el poder de discriminación de los ítems, se obtuvo un índice de correlación. En el análisis de correlación ítem/ test los coeficientes obtenidos fluctuaron entre .48 y 0.79. Encontrándose que el instrumento tiene una adecuada validez en todos los ítems, por lo que ninguno tuvo que ser modificado (Alcántara, 2008). Para efectos de la investigación, el instrumento se sometió a procesos de validez, confiabilidad y baremación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Referencia Bibliográfica

Previamente, resumamos el estado de la investigación en sus diversos contextos y que hacen evidente que los programas enfocados en la depresión en mujeres maltratadas, se han convertido en una de las estrategias más significativas para mejorar dicha situación, a nivel internacional podemos encontrar algunos antecedentes como los más importantes:

Carbajal (2015) tuvo como objetivo evaluar el nivel de eficacia de un programa basado en técnicas cognitivo – conductual de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja con estrés postraumático. Se realizó en una población de 41 mujeres, remitidas de la fiscalía general de la nación de la ciudad de Bogotá, de la unidad de delitos de familia. El diseño de la investigación fue cuasi experimental. Los instrumentos utilizados fueron el “Inventario para la Depresión de Beck”, “Inventario de Ansiedad de Beck” y el PCL. Entre los resultados más importantes se demostró una tendencia a que el programa de intervención es eficaz en cuanto a la reducción del TEPT y sintomatología concomitante de ansiedad y depresión.

Según Zubizarreta y col. (1994) ciertas características asociadas a las situaciones de maltrato se pueden considerar como buenas predictoras de la aparición de este trastorno como, por ejemplo, las humillaciones y desvalorizaciones constantes, las agresiones y castigos incongruentes, el refuerzo de conductas de sometimiento, la disminución del refuerzo positivo o el progresivo aislamiento social que sufren las víctimas de tales situaciones.

Golding (1999) llevó a cabo un metaanálisis en el que fueron revisados 18 estudios que evaluaban la presencia de depresión en mujeres maltratadas, encontrando tasas que van desde un 15 a un 83% de los casos, pudiendo ser explicada, en parte, esta gran variabilidad atendiendo a la distinta procedencia y características de las muestras evaluadas y a los diferentes instrumentos de medida empleados. Utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI), distintos estudios han encontrado que entre un 39% y un 54% de mujeres víctimas de maltrato procedentes de centros de acogida o que solicitaron ayuda en centros de asistencia presentan puntuaciones que pueden considerarse dentro de las categorías de depresión moderada o severa según los rangos del inventario (Campbell, Kub y Rose, 1996; Campbell y Soeken, 1999; Cascardi y O’Leary, 1992; Nixon, Resick y Nishith, 2004).

Estudios como el de Dutton (1992) o Nurius, Furrey y Berliner (1992) señalan, en el mismo sentido, la influencia del nivel de estresores adicionales a la hora de valorar el ajuste psicológico de las mujeres víctimas de violencia en la pareja, puesto que se ha observado que la situación de maltrato a menudo produce la aparición de otras situaciones estresantes adicionales (violencia sobre los hijos, reducción del rendimiento laboral o pérdida del trabajo, problemas de salud, conductas de acoso tras la ruptura, problemas legales relacionados con la separación y custodia de los hijos, problemas económicos, etc), que contribuyen a reducir la capacidad de la mujer para hacer frente a la situación de maltrato y repercute en su nivel de ajuste psicológico.

Patró, Corbalán y Limiñana (2007) desarrollaron un estudio que tuvo como objetivo analizar la contribución de las variables de personalidad en el impacto psicológico de la experiencia de maltrato, así como identificar los estilos de personalidad que se asocian a un mayor o menor nivel de sintomatología depresiva. La muestra estuvo conformada por 105 mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja residentes en centros de acogida, con edad promedio de 31 años, bajo nivel de estudios y pertenecientes a un estrato socioeconómico medio - bajo. Empleándose el Inventario de Depresión de Beck (Beck 1993) y el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS), junto con medidas referidas a la situación de violencia sufrida, estresores adicionales y apoyo social. En relación con la medida de depresión, la media de las puntuaciones se ubica entre la categoría de depresión leve y moderada. Al analizar la distribución por frecuencias, se observa que un 28,6% de la muestra presenta ausencia de depresión, un 18.1% depresión leve, un 35.2% depresión moderada y un 18.1% depresión grave.

Matud, Fortes y Medina (2014), propusieron un trabajo donde el objetivo era evaluar la eficacia de un programa de intervención psicológica (basado en técnicas cognitivo-conductuales) para mujeres maltratadas por su pareja. La muestra está formada por un total de 128 mujeres, usuarias de servicios públicos especializados, con edades comprendidas entre 18 y 67 años, diferente nivel educativo y laboral. La evaluación se realizó mediante la aplicación del Inventario de depresión de Beck-II, Inventario de ansiedad de Beck, el Inventario de autoestima (SEQ-MR) y el Inventario de apoyo social. Se encontró que las mujeres que participaron en la intervención psicológica experimentaron tras ésta una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología depresiva, ansiosa y de inseguridad. Además, aumentó su autoestima y confianza en sí mismas, cambios que no se

dieron en las mujeres que no participaron en dicho programa. La mejoría de la salud mental de las mujeres también fue significativa a nivel clínico, por lo tanto, se concluye la eficacia del programa de intervención psicológica.

Rincón (2003), realizó un estudio con el objetivo de establecer un programa de tratamiento (bajo el enfoque cognitivo-conductual y terapia de exposición) breve y eficaz para mujeres víctimas de violencia doméstica que sufren trastorno de estrés postraumático, bajo un diseño cuasi experimental. Para lo cual se empleó la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), Escala de Inadaptación y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas. La muestra con la que se trabajó estuvo constituida por 50 mujeres que solicitaron asistencia psicológica por ser o haber sido víctimas de violencia doméstica en su relación de pareja, cumpliendo criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático y depresión con un rango de edad entre los 16 y los 57 años. En la sintomatología depresiva, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento, en términos de significación clínica, de las 33 participantes que acabaron la intervención, al postratamiento un 54.5% de las participantes presenta algún grado de depresión, en comparación con 87.9% de las participantes que presentaban algún grado de depresión al pretratamiento, es decir, un 45.5% no sólo mejora de manera significativa sino que también se recupera desde el punto de vista clínico.

A su vez, Orbe (2013), realizó una investigación para la aplicación y propuesta de un programa cognitivo conductual, con el objetivo de disminuir la depresión a través de la eficacia del entrenamiento en reestructuración cognitiva. La población se conformó por catorce mujeres que fueron remitidas por las autoridades judiciales al Instituto de Criminología “Julio Endara” y que manifestaron sintomatología depresiva, de 18 años a 40 años. El diseño de la investigación fue de Tipo Cuantitativo, No experimental Transversal. Para la recolección de datos, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (1987). Los resultados evidencian que la población presentaba niveles depresivos leves, moderados y graves (72%), antes de la aplicación del programa, posterior a ello hubo una mejora significativa, concluyéndose que a un mayor tiempo de tratamiento psicoterapéutico se lograría disminuir y eliminar dichos cuadros depresivos.

Montañez (2013), presentó un programa de intervención basado en la psicoeducación, terapia cognitivo conductual y terapia de exposición, que tuvo como objetivo evaluar el impacto del tratamiento del trastorno postraumático y sintomatología concomitante como la depresión, autoestima y nivel de desadaptación. Se utilizó un diseño cuasi experimental, la muestra estuvo compuesta por 62 mujeres víctima de violencia de pareja. Como instrumentos se utilizó la Escala de gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés postraumático, el Inventario de Depresión de Beck, escala de autoestima y Escala de Inadaptación. Respecto a la sintomatología depresiva, se detectó que el 61.2% presentaba un diagnóstico de depresión grave, haciendo evidente que las mujeres sometidas a una relación de maltrato están en riesgo de sufrir un trastorno depresivo que genera un sentimiento de pérdida, distorsiones cognitivas, baja autoestima y culpabilidad, lo que a su vez impide a la mujer salir de la situación de violencia. Después del tratamiento el nivel de depresión grave se redujo notablemente a un 5.1%, concluyéndose que el tratamiento fue eficaz, teniendo un impacto positivo sobre la muestra de estudio.

Torrentegui-Vizcarra, Flores- Navidad, Peraza-Garay y Borrego-Urrea (2010) expusieron una propuesta con el objetivo de evaluar un modelo de intervención terapéutica holística, que incorpora el modelo cognitivo conductual y la psicoterapia Humanista. Se realizó un estudio prospectivo comparativo en una muestra de 37 mujeres víctima de violencia intrafamiliar con un rango de 22 a 61 años. Los instrumentos utilizados fueron el test de Depresión de Zung, ansiedad de Beck e Inteligencia Emocional TMMS. Como conclusión se puede afirmar que después de la intervención los niveles de depresión disminuyeron significativamente, antes de la intervención 32.4% mostraron nivel de depresión normal, 40.5% depresión leve, 24.3% depresión moderada y el 2.7% depresión severa. Posterior a la aplicación del programa se obtuvo que el 86.5% presentaba depresión normal, el 10.8% depresión leve, el 2.7% depresión moderada.

Matud, Padilla, Medina y Fortes (2016), desarrollaron un estudio en el que se analiza la eficacia de un tratamiento psicológico para mujeres maltratadas por su pareja. La muestra está formada por 107 mujeres maltratadas por su pareja con edades comprendidas entre 23 y 64 años y características sociodemográficas diversas. Se utilizó un diseño cuasiexperimental con dos grupos independientes (intervención y control). Para la evaluación se empleó la Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático, Inventario para la ansiedad de Beck, Inventario para la depresión de Beck,

Inventario de Apoyo Social y el Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja. Los resultados mostraron que durante la evaluación inicial el 71.4% de las mujeres tenían depresión moderada o grave, posterior a la intervención este porcentaje se redujo al 8.4% tras dicha intervención, observándose la disminución de la sintomatología depresiva.

Javier, Fernández y Rincón (2009) realizaron un trabajo con el objetivo de evaluar la eficacia de un tratamiento breve e individual del trastorno de estrés postraumático, depresión, autoestima y desadaptación, en mujeres víctimas de pareja. Se utilizó un diseño cuasi experimental con un grupo de 20 mujeres que habían buscado asistencia por haber sufrido maltrato físico, psicológico y/sexual. Los instrumentos utilizados fueron Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático, Inventario de depresión de Beck, Escala de autoestima de Rosenberg, Escala de inadaptación y el Inventario de cogniciones postraumáticas. En el tratamiento se consigue una mejora significativa en la sintomatología postraumática, depresión, autoestima, inadaptación (disminución de los cuadros en más del 80% de las participantes).

Rincón, Labrador y Crespo (2004) propusieron un estudio para detectar los efectos psicopatológicos en mujeres víctimas de maltrato doméstico. Se empleó un diseño descriptivo, con una muestra constituida por 70 mujeres que demandaban asistencia psicológica por ser o haber sido víctimas de maltrato (físico, sexual y/o psicológico) en su relación de pareja, derivadas desde distintas instituciones con un rango de edad de 16 a 65 años. Se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Inadaptación y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas. Se concluyó que el 84.2% de las participantes se distribuye entre depresión leve y grave, un 10% presenta fobia específica, un 7.1%, crisis de angustia y un 5.7%, fobia social. Ninguna participante presentaba abuso o dependencia de sustancias.

A nivel nacional, hemos tomado en cuenta la investigación de Huerta, Bulnes, Ponce, Sotil y Campos (2014), que tuvo como objetivo estudiar las repercusiones asociadas principalmente a la ansiedad y depresión en la salud mental de las mujeres víctimas de violencia de pareja. En una muestra de 428 mujeres, atendidas en establecimientos públicos de salud, pertenecientes a zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. El diseño de la investigación fue descriptivo-correlacional. Se empleó la Escala de Hamilton como instrumento de evaluación. En lo que respecta a la depresión, las mujeres maltratadas presentaron significativamente mayor depresión que las mujeres no maltratadas, estos datos

nos indican que la mujer maltratada está en alto riesgo de adquirir un trastorno severo del estado de ánimo, con prejuicios a nivel individual y serias repercusiones en las personas que las rodean.

2.2 Referencia Teórica

En esta parte del trabajo tomamos como referencia lo que plantea el enfoque de la Terapia Cognitiva Conductual, y, asimismo, los aportes de destacadas corrientes como las teorías biológica, genética, conductual y cognitiva, de la depresión; y las teorías sobre la violencia de pareja

2.2.1 Enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual

Es definitiva, para llegar a definir lo que ahora conocemos como Terapia Cognitivo Conductual, los conceptos que engloban han tenido que evolucionar hasta fusionarse. Keegan y Holas (2010), han establecido en cuatro etapas o momentos definitivos: I) El surgimiento de la terapia conductual de manera independiente en los Estados Unidos, Sudáfrica y el Reino Unido en el período 1950-1970; II) El comienzo de la terapia cognitiva, que tuvo lugar en los Estados Unidos alrededor de los años '60 y '70; III) Su posterior desarrollo y fusión con la terapia conductual y posicionamiento como terapia cognitivo-conductual, que alcanza gran vigor en los años '80 y continúa produciendo importantes logros clínicos y IV). El desarrollo de la llamada "tercera" ola de TCC, durante los últimos 10-15 años, posterior a su fusión con su énfasis principal en la modificación de la función de las cogniciones, en lugar de la modificación de su contenido.

En el desarrollo de la Terapia Conductual, fue considerada como la primera generación de psicoterapia validada científicamente, siendo un abordaje innovador, basado en la teoría conductual, pero al mismo tiempo con marcadas diferencias de la perspectiva más radical de teóricos comportamentales, como Skinner y Watson. Los principales contribuyentes en el inicio de la TC fueron Joseph Wolpe en Sudáfrica, con la teoría de la inhibición recíproca e introdujo el tratamiento para la reducción del miedo validado empíricamente, posteriormente denominado desensibilización sistemática para las fobias y ansiedad y Hans Eysenck en el Reino Unido, quien proporcionó la base y el fundamento teórico para la TC y fue famoso por la dura crítica realizada al psicoanálisis y a sus afirmaciones (Keegan y Holas, 2010).

Los que continuaron esta orientación terapéutica son Albert Bandura y Donald Meichenbaum quienes tuvieron un gran impacto con sus estudios. Por su parte, Bandura desarrolló la teoría del aprendizaje social y los conceptos de expectativa de refuerzo, eficacia de resultado, modelado y aprendizaje vicario. Estas investigaciones indicaron que el supuesto comportamental de una conexión automática entre refuerzo y respuesta podría no ser necesariamente correcto y que algunos procesos internos pueden mediar esta conexión. Mientras que Donald Meichenbaum descubrió que cuando las personas se hablan a sí mismas, este autodiálogo funciona como un control significativo de la conducta. Él observó que los pacientes con esquizofrenia que se comprometían a realizar autoinstrucciones "hablándose a sí mismos de manera saludable", demostraban mejor desempeño en sus tareas en distintas evaluaciones administradas. Desarrolló el entrenamiento auto instructivo (EAI), en el que utilizó tareas graduadas, modelado cognitivo, afirmaciones de afrontamiento y auto-refuerzo (Meichenbaum y Goodman, 1971). Es considerado uno de los pioneros de la TCC, aunque sus ideas eran en esencia comportamentales porque afirmaba que primero debe cambiar la conducta y luego el diálogo interno (Hernández, 2010).

De otro lado, la terapia cognitiva (TC) se desarrolló a partir de la investigación sobre depresión realizada por Aaron T. Beck, cuyas observaciones clínicas y hallazgos experimentales posteriores demostraron un sesgo negativo sistemático en la manera de procesar la información de los pacientes deprimidos. Beck intentó desarrollar una intervención que permitiera aliviar el sufrimiento de los pacientes deprimidos y con otros problemas emocionales al ayudarlos a identificar, examinar y modificar los patrones de pensamiento desadaptativos y distorsionados que subyacen tras sus problemas. La terapia cognitiva se basa en el principio que las emociones y conductas de una persona están en gran parte determinadas por la manera en la cual estructura el mundo. De manera conjunta se encuentra el trabajo de Albert Ellis, quien fue el otro pionero de la psicoterapia cognitiva, que elaboró un método descrito al principio como terapia racional (TR) en 1958.

Con el transcurso de los años, ha modificado esta terapia rigurosamente cognitiva y ha incluido técnicas más emocionales y comportamentales, de modo que la TR se convirtió en Terapia Racional Emotiva (TRE) y luego en Terapia Racional Emotiva y Comportamental (TREC). De manera similar a Beck, Ellis puso énfasis en los pensamientos y creencias de los pacientes, en lugar de una escucha pasiva propuso un estilo de diálogo más activo con los pacientes e incluyó tareas y ejercicios en los programas de tratamiento.

Uno de sus principales aportes fue la propuesta del modelo A-B-C, en el cual se considera que las consecuencias emocionales (C) son producidas por las creencias (B) acerca de los acontecimientos (A) y no por los acontecimientos mismos. Estas consecuencias emocionales pueden ser modificadas al "discutir enérgicamente" las creencias (B) acerca del acontecimiento (A) (Hernández, 2010).

Cabe resalta que la principal diferencia entre las dos posturas radica en que terapia cognitiva incorpora una perspectiva mediacional en la comprensión de las perturbaciones emocionales y aunque el abordaje conductual todavía era una perspectiva dominante, hubo un reconocimiento creciente de que el riguroso modelo de comportamiento estímulo- respuesta no era lo suficientemente amplio como para explicar todo el comportamiento humano y que algunos problemas clínicos, no se pueden tratar de manera efectiva sin utilizar algunas intervenciones cognitivas (Keegan y Holas, 2010).

Pues bien, en cuanto al desarrollo actual de la Terapia Cognitivo Conductual hemos considerado que, si bien en un comienzo, los conceptos cognitivos de Beck y Ellis, se tornaban difusos para los estudiosos que pertenecían a la rama conductista, pero dado que sus postulados respetaban a la terapia conductual y a su vez incorporaban componentes conductuales en sus modalidades de tratamiento, esto sumado al respaldo que obtuvo la teoría cognitiva gracias los beneficios y el reconocimiento alcanzado por el método de Beck en el tratamiento de la depresión, finalmente llevó a que los terapeutas conductistas comenzaran a interesarse cada vez más en este abordaje.

El descontento con los modelos de terapia previos, juntos con nuevas conclusiones obtenidas a través de una serie de investigaciones, que revelaban nuevos aspectos cognitivos del funcionamiento humano y su vital importancia para comprender al ser humano y sus trastornos, aspectos que no estaban incluidos en las terapias conductuales, sirvieron de base para el proceso por el cual, entre 1960 y 1970, varios terapeutas y teóricos prominentes comenzaron a considerarse a sí mismos pertenecientes a la orientación cognitivo - conductual.

Entre ellos estaban, obviamente, Beck y Ellis, pero también muchos otros como, por ejemplo, Cautela, Mahoney y Meichenbaum. El paso dado por estos influyentes estudiosos de la época, motivó a otros a interesarse por la investigación y la práctica de la terapia cognitiva conductual (TCC). Este proceso fue facilitado al fundarse en 1977 la revista

científica Cognitive Therapy and Research ("Investigación y Terapia cognitiva"), que permitió a los investigadores y a los terapeutas exponer sus ideas y conclusiones ante un amplio auditorio (Keegan y Holas, 2010). Los diversos conceptos cognitivos han ampliado el panorama y han permitido una comprensión más profunda de la conducta anormal y su origen.

Los diferentes estudios demostraron que las intervenciones cognitivo-conductuales tienen un impacto clínico positivo, lo que fortaleció aún más la posición de la TCC. Las dos corrientes de terapia, cognitiva y conductual, se fusionaron particularmente bien mediante el desarrollo de un modelo teórico de intervenciones terapéuticas específicas para el trastorno de pánico considerado por muchos como el tratamiento psicológico más efectivo desarrollado hasta el momento (Barlow y Clark, como se citó en Keegan y Holas, 2010).

Hernández y Sánchez (2007) hacen una recopilación de las principales terapias que pueden ser incluidas dentro de la orientación cognitivo conductual dentro de las cuales mencionan: la Terapia Racional Emotiva Conductual (Ellis), la Terapia Cognitiva (Beck), el Entrenamiento Auto-instructivo (Meichenbaum), Gestión de la ansiedad (Suinn), Terapia de Resolución de problemas (D'Zurilla y Goldfried), el Entrenamiento en Inoculación de Estrés (Meichenbaum), la Reestructuración Racional (Golfried), Terapia Racional comportamental (Maultsby), la Terapia de Autocontrol (Rem), la Psicoterapia Constructiva y Estructural (Guidano y Liotti).

Alrededor de los años 1990, surgieron varios abordajes nuevos o aplicaciones de tratamientos de TCC previos, descritos como la tercera ola de TCC. Ello serán, ante todo, una reacción ante las dudas que habían surgido ante algunos supuestos centrales de la tradicional TCC en especial el supuesto de que el cambio cognitivo directo es necesario para lograr la mejoría clínica. Otros factores incluyen nuevas ideas en la filosofía de la ciencia y la creciente conciencia de la tradición budista y los beneficios de desarrollar un estado de meditación basado en una mente plena (Reyes, como se citó en Keegan y Holas, 2010).

La intervención basada en la Terapia Cognitivo Conductual, es uno de los modelos eficaces para la atención a diversos trastornos que presenta el individuo y que por lo tanto brinda un tratamiento efectivo en la erradicación de los síntomas que se manifiesten. Se utiliza en el tratamiento de trastornos como los de personalidad, ansiedad, depresión, esquizofrenia y

agresividad; entre otros. Por lo tanto, esta modalidad terapéutica permite una atención oportuna y efectiva, partiendo de la intervención de distorsiones cognitivas que preceden y originan comportamientos inapropiados, definiéndolo como efectivo en la práctica clínica de las alteraciones psicológicas, en especial de la depresión (Beck, 1983).

Para finalizar, hemos tomado nota de los postulados principales de la Terapia Cognitivo Conductual, en los términos siguientes: el énfasis relativo puesto sobre la cognición y la conducta es diferente entre los abordajes cognitivos conductuales, aunque Dobson y Dozois (como se citó en Keegan y Holas, 2010) consideran que son tres los postulados principales que deben compartir las distintas formas de TCC: a) Los procesos cognitivos afectan la conducta; b) La actividad cognitiva puede ser monitoreada y modificada y c) Los cambios en las cogniciones de las personas, esto es, en los pensamientos, las interpretaciones y los supuestos, pueden conducir a la modificación de sus conductas.

Aunque los modelos de TCC afirman que el sistema de creencias de cada individuo es idiosincrásico, los trastornos clínicos pueden distinguirse sobre la base de cogniciones específicas (contenido y productos cognitivos) comunes a todos los pacientes que sufren los mismos trastornos. La naturaleza de la relación paciente-terapeuta y la estructura típica del proceso terapéutico son también atributos comunes compartidos entre las diferentes terapias cognitivo-conductuales (Keegan y Holas, 2010).

Sin embargo, debe enfatizarse que las TCC no pueden ser definidas ni por sus técnicas ni por las estrategias que utiliza para promover el cambio. Toda intervención que conduzca al cambio cognitivo como un medio de facilitación del cambio emocional y comportamental y todo modelo que explícitamente reconozca el papel mediador o moderador de la cognición en el funcionamiento humano podría ser considerados como una variante de la TCC. El reconocimiento del rol principal de la cognición en la teoría psicopatológica y en el cambio terapéutico no significa que la TCC rechace el papel de factores no-cognitivos en la vulnerabilidad y en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Los modelos cognitivo conductuales afirman que la salud mental humana y la psicopatología se encuentran multideterminadas. Esto concuerda con las investigaciones contemporáneas en psicopatología del desarrollo, que sugieren que la interacción de factores biológicos, ambientales, sociales, de personalidad y cognitivos contribuye a un patrón de psicopatología individual (Keegan y Holas, 2010).

2.2.2. Aportes teóricos complementarios

2.2.2.1. Teoría biológica de la depresión

Esta teoría es predominante en el ámbito de la psiquiatría tradicional de corte médico. Su postura parte de la implicación o alteración de tres sistemas de neurotransmisores cerebrales en la sintomatología depresiva: serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico. Según estas teorías, la depresión estaría causada por alteraciones bioquímicas que se traducirían en un descenso de la serotonina, dopamina y noradrenalina en los espacios parasimpáticos de determinadas zonas cerebrales, lo que ocasionaría toda la gama de síntomas que sirven para diagnosticar el síndrome depresivo. La causa última de estos desequilibrios se encontraría, en predisposiciones genéticas o bioquímicas que harían a algunos sujetos más vulnerables a este padecimiento. En lógica coherencia con las causas, el tratamiento de la depresión en los modelos biológicos tendría por objeto el restablecimiento del equilibrio, lo que conduciría a la remisión del malestar (Gonzales, 2005).

Las hipótesis bioquímicas se basan en la evidencia experimental que proporciona el hecho de que los antidepresivos, disminuyen la sintomatología depresiva y restablecen los niveles de neurotransmisores cerebrales.

No obstante, existen numerosos factores que indican que esta es una explicación excesivamente simple y reduccionista. En primer lugar, si bien es cierto que los antidepresivos pueden aumentar los niveles de neurotransmisores cerebrales casi inmediatamente, los síntomas depresivos no se alivian hasta varias semanas después de haberse iniciado la terapia farmacológica, lo que pone entredicho la relación de causa efecto entre ambos fenómenos. Según las hipótesis psicosociales, los cambios que se producen en la bioquímica cerebral serían el resultado y no la causa de la depresión (Gonzales, 2005).

2.2.2.2. Teoría genética de la depresión

El trastorno depresivo, al igual que la mayoría de enfermedades que afectan al ser humano, forma parte del grupo de enfermedades denominadas genéticamente complejas, en las que tanto los factores genéticos como los ambientales juegan un papel fundamental en su etiología. El componente genético de estas enfermedades ha sido identificado a partir de

estudios de familia, de gemelos o de adopción. Las enfermedades complejas, aunque tienen una base genética, no siguen el patrón clásico de herencia mendeliana y aún no se han detectado genes específicos de transmisión.

En general, se considera que el modelo del umbral de susceptibilidad sería uno de los que mejor explicarían la transmisión de la enfermedad. Este modelo asume que la variable “susceptibilidad para desarrollar la enfermedad” se distribuye de forma continua en la población, de tal manera que sólo aquellos individuos que sobrepasen un determinado umbral manifestarán el trastorno. Se plantea que en la base de esta herencia compleja estarían involucrados una serie de genes de efecto menor cuya expresión podría estar modulada por un gran número de factores ambientales (Mitjans y Arias, 2012).

Según estudios de familia se ha confirmado que entre los familiares de primer grado de un paciente con depresión (padres y hermanos, 50% de genes compartidos) existe un aumento importante de la prevalencia de esta patología (15%) respecto a la observada entre la población general (5,4%). Algunos estudios de adopción desarrollados en depresión basados en niños de alto riesgo para el trastorno depresivo criados en familias sanas muestran tasas de depresión más elevadas de las esperadas en población general, lo que pondría de manifiesto la existencia de los factores genéticos en el riesgo de sufrir depresión, específicamente las formas más graves de la enfermedad. En una revisión realizada por Tsuang y Faraone aproximadamente un 60% de la variabilidad fenotípica presente en la depresión mayor podría ser atribuida a factores genéticos; aunque en estudios de otros investigadores se observan cifras de heredabilidad más bajas, situadas alrededor del 40%.

Estas diferencias se pueden atribuir, en parte, a las diferencias en la definición del fenotipo de inclusión entre los estudios. La mayoría de los estudios realizados en torno a este tema muestran, en general, la importancia de los factores genéticos y ponen de manifiesto que algunos de estos factores pueden ser específicos de formas de depresión particularmente grave, recurrente y específica del sexo femenino, mientras que otros factores de riesgo genético serían compartidos por individuos de ambos sexos. Desde la perspectiva de los estudios de gemelos, la depresión recurrente de inicio temprano (anterior a los 30 años) sería la forma que más riesgo genético relativo acumularía (Mitjans y Arias, 2012).

2.2.2.3. Teorías conductuales de la depresión

Estas teorías atribuyen las causas de la aparición y el mantenimiento del trastorno depresivo a una disminución en la tasa de refuerzos positivos que el sujeto obtiene cuando lleva a cabo ciertas conductas. Los estudios experimentales sobre aprendizaje operante han demostrado que cualquier comportamiento que deje de ser reforzado por un determinado periodo temporal acabara extinguiéndose. Si esta pérdida de refuerzo afecta no a una, sino a varias conductas del repertorio de hábitos de sujeto, el resultado será un incremento de la pasividad, de la apatía y a la larga, un notable descenso en su estado de ánimo (Vásquez, Muñoz y Vecoña, 2000).

Por lo tanto, según estas teorías, depresión se desarrolla cuando el ambiente en el que el sujeto se desenvuelve cotidianamente carece de los elementos gratificantes para estimular su condición anímica, o bien, porque este no posee las habilidades adecuadas para procurarse dichos reforzadores. Los modelos conductuales explican, entre otras cosas, porque determinados estilos de vida sancionados socialmente por el patriarcalismo tradicionalmente hacen a la persona más vulnerable a padecer el trastorno (amas de casa dedicadas exclusivamente a tareas reproductivas) (Gonzales, 2005).

Sin embargo, uno de los grandes problemas a la hora de intervenir sobre la depresión es que amplios sectores poblacionales carecen de posibilidades reales para alcanzar lo necesario para el equilibrio de la vida. Pues estos son condiciones de vida que otorguen a todo el mundo derecho a un trabajo digno, una vivienda habitable, entre otros.

Aunque los modelos conductuales de la depresión son demasiado restrictivos y necesitan ser complementados con las aportaciones teóricas que les subsiguieron, uno de sus meritos consiste en haber puesto de manifiesto la influencia del ambiente en la aparición de las psicopatologías tales como este trastorno (Gonzales, 2005).

2.2.2.4. Teorías cognitivas

Las teorías cognitivas destacan el modo en que el deprimido construye la realidad subjetiva que padece a través de sus pensamientos y esquemas mentales. Aunque existen varios enfoques con diferentes autores dentro del mismo modelo, todos ellos coinciden en el énfasis

que conceden a las estructuras de significados y a los procesos de elaboración de la información por parte del sujeto (Semerari como se citó en Gonzales, 2005). Se considera a Aaron T. Beck, como el fundador de la teoría cognitiva sobre la depresión y fue él mismo quien acuñó el término de psicoterapia cognitivo para describir las características de un tipo de intervención, que con el tiempo ha demostrado su eficacia en el tratamiento de diferentes psicopatologías y trastornos, entre ellos la depresión. Beck conceptualiza a la depresión como una consecuencia directa de la deformación en el modo de pensar y razones del sujeto (Gonzales, 2005).

Pero en este modelo no son solamente los contenidos de pensamiento el elemento decisivo a la hora de determinar como un sujeto se siente. Las reglas de inferencia utilizadas para extraer conclusiones y las estructuras estables de significados que dirigen nuestros pensamientos y conductas, son igualmente importante. Estos esquemas se adquieren durante la infancia y la adolescencia y se refuerzan en la edad adulta a partir de los intercambios con el entorno, las opiniones de los demás y la interiorización de valores y creencias dominantes.

Todo ello conduce a plantear que la depresión se remite fundamentalmente a formas aprendidas de pensar, reaccionar y sentir, adquiridas en nuestras interacciones con un entorno no siempre favorable. Existen pruebas empíricas suficientes que confirman la veracidad de lo mismo, por ello la reestructuración del modo de pensar del sujetos y una transformación en el sistema de creencias nucleares que alimentan el trastorno, habrá un impacto en la conducta y emociones de los sujetos (Gonzales, 2005).

➤ *El modelo cognitivo de la depresión*

A raíz de una serie de consideraciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales realizadas, Beck et al. (2005) propone un modelo cognitivo de la depresión que engloba tres eslabones vitales para explicar el sustrato psicológico de la depresión: a) la tríada cognitiva, b) los esquemas y c) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

➤ *La tríada cognitiva*

Abarca tres patrones cognitivos principales que conllevan al individuo a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo singular. De acuerdo a su investigación, Beck et al. (2005) lo explican de la siguiente manera:

Visión negativa sobre sí mismo. Es el primer componente de la tríada y se centra en el hecho de que el paciente se considera como alguien desgraciado, torpe, enfermo y con poca valía. Manifestando una tendencia a atribuir las situaciones desagradables que experimenta a algún defecto propia, que puede ser de tipo psíquico, moral, o físico. Puede llegar a subestimarse, criticando a sí mismo en base a sus defectos y considera que no posee aquellos atributos esenciales para lograr la alegría y felicidad.

Visión negativa sobre el mundo. Es el segundo componente de la tríada y se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Percibe que su entorno le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus metas y objetivos. Al interpretar sus interacciones, siempre llega a la conclusión de derrota o frustración. Esto lo lleva a construir las situaciones en una dirección negativa, aun cuando es posible llegar a interpretaciones alternativas que pudieran ser más meritorias; sin embargo, es posible que el individuo llegue a comprender que está tergiversando los hechos si se le plantea la reflexión de otras alternativas.

Visión negativa sobre el futuro: Es el tercer componente de la tríada y se enfoca en la tendencia del paciente a anticipar que el sufrimiento actual se hará extensivo indefinidamente, lo que conlleva que, al hacer proyectos a largo plazo, se proyecta también hacia nuevas dificultades. Por lo tanto está continuamente a la espera de penas, frustraciones y privaciones interminables, llegando siempre a prever el fracaso de las actividades o tareas de las que se piensa hacer cargo.

A partir del modelo cognitivo Beck et al. (2005), afirma que los demás signos y síntomas del síndrome depresivo son consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Los síntomas motivacionales (como poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. Además, los deseos de suicidio, se puede entender como expresión extrema de la necesidad de escapar ante lo que

cree son problemas sin solución o intolerables. Asimismo, la dependencia también se puede entender en términos cognitivos, al considerarse como alguien inepto y que exagera la dificultad de las situaciones, buscara el apoyo y protección que quienes valora como más competentes y capacitados. Finalmente, este modelo también permite explicar los síntomas físicos de la depresión, como la apatía y la falta de energía, pues serian consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga, incluso la visión negativa del futuro, puede producir una inhibición psicomotriz.

Los esquemas: organización estructural del pensamiento depresivo

Beck et al. (2005), proponen que los esquemas permiten explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que lo llevan al sufrimiento, que son contraproducentes y que van en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Las situaciones que se presentan en la vida cotidiana se componen de diversos estímulos, que el individuo atiende selectivamente, combina y conceptualiza. A pesar de que las diferentes personas pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada, tiende a presentar respuestas consistentes ante fenómenos similares. Existen, por lo tanto, patrones cognitivos que son relativamente estables y que se denominan esquemas.

Beck et al. (2005, p. 21, 22) refieren que “el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico) ... Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados”

En el caso del paciente con depresión leve, aun logra reflexionar sobre sus pensamientos negativos con cierto grado de objetividad; no obstante, si llega a agravarse, está cada vez más incapacitado para considerar que sus interpretaciones negativas son erróneas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos, sumergiéndolo en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y se le hace extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actividades mentales voluntarias, concluyéndose que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que no responde a los cambios que se producen en su entorno (Beck et al., 2005).

Errores cognitivos

Desde el modelo cognitivo de la depresión se dice que el paciente deprimido tiene errores sistemáticos de pensamiento que lo mantienen en la creencia de que sus conceptos negativos tienen validez a pesar de la evidencia contraria. Beck et al. (2005), señalan que estos errores son:

- a) Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta) que es el proceso de anticipar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria;
- b) Abstracción selectiva (relativo al estímulo), que conlleva a centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, llegando a una conceptualización en base solo a ese fragmento e ignorando otras características más relevantes.
- c) Generalización excesiva (relativo a la respuesta), como aquel proceso de elaborar reglas generales a partir de uno o varios hechos aislados y se aplica el concepto tanto a situaciones relacionadas o no;
- d) Maximización y minimización (relativo a la respuesta), ya que al evaluar la significación o magnitud de un evento; se produce un error de distorsión al llegar a una valorización;
- e) Personalización (relativo a la respuesta), que se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión y
- f) Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta), que es aquella tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas y extremas, incluso para describirse a sí mismo.

Predisposición y aparición de la depresión

Desde la teoría que plantea Beck et al. (2005) se propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas. Por ejemplo, la ruptura matrimonial puede activar el concepto de pérdida irreversible asociado con la muerte de uno de los padres acaecida durante la infancia del individuo.

En otro orden de cosas, la depresión puede ser desencadenada por una anormalidad o una enfermedad física que activa la creencia latente en una persona de que está destinada a una vida de sufrimiento. Las situaciones desagradables de la vida –incluso las extremadamente adversas no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva.

En respuesta a situaciones traumatizantes, la persona media aún mantendría su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida, valorándolos de forma realista. Por el contrario, el pensamiento de la persona con tendencia a la depresión aparece bastante constreñido, desarrollando ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida. Existe una considerable evidencia empírica a favor del modelo cognitivo de la depresión.

Recientemente han sido revisados los datos obtenidos en observaciones clínicas y estudios experimentales. Estos trabajos apoyan la presencia e interrelación de los componentes de la “tríada cognitiva” en la depresión. Algunos estudios apoyan la existencia de ciertos déficits cognitivos específicos (por ejemplo, deterioro del razonamiento abstracto y de la atención selectiva) en las personas depresivas o suicidas (Beck et al., 2005).

2.2.3. Teorías sobre la violencia de pareja

Entre las teorías de mayor aceptación a la hora de explicar el motivo por el que la mujer es víctima de violencia y como se mantiene en una situación de violencia se encuentra la Teoría del ciclo de la Violencia y la Teoría de la indefensión aprendida.

➤ **Teoría de la indefensión aprendida**

La teoría de la indefensión aprendida de Seligman (como se citó en Garrida, et al. 2010) permite explicar los cambios psicológicos responsables del mantenimiento de la mujer maltratada en una relación violenta. Cuando una persona se enfrenta a un acontecimiento que es independiente de sus respuestas, aprende que es incontrolable. De esta teoría partió L. Walker para concluir que las actitudes pasivas de la mujer lo eran sólo después de haber ensayado activamente todo el repertorio de habilidades personales para defenderse y anticiparse a las agresiones. Como consecuencia, la mujer aprende que está completamente indefensa porque, haga lo que haga, el maltrato es imprevisible y continuará.

Los acontecimientos agresivos entremezclados con períodos de ternura y arrepentimiento actúan como un estímulo aversivo administrado al azar que provoca, a largo plazo, una falta de relación entre los comportamientos y los resultados de los mismos. Así se explica la pérdida de confianza de la víctima en su capacidad para predecir las consecuencias de la conducta y, por tanto, la aparición o no de la violencia. La situación de amenaza incontrolable a la seguridad personal suscita en la mujer una ansiedad extrema y unas repuestas de alerta y de sobresalto permanentes que potencian las conductas de escape ante los estímulos aversivos (Orna, 2013).

En este contexto, la mujer maltratada puede optar por permanecer con el maltratador acomodándose a sus demandas. Esta conducta puede interpretarse como una actitud pasiva, cuando en realidad la víctima desarrolla una serie de habilidades de enfrentamiento para aumentar sus probabilidades de supervivencia. Cuando la mujer perciba que estas estrategias son insuficientes para proteger a sí misma y a sus hijos, tratará de salir de la relación violenta (Orna, 2013).

➤ **Teoría del Ciclo de la Violencia**

Esta teoría fue propuesta por Walker (como se citó en Garrida, et al. 2010) quien plantea que este fenómeno comprende tres fases que se pasan de una a otra de forma cíclica:

La primera denominada como Acumulación de tensión, se centra en la hostilidad del hombre que va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la

violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados y que desaparecerán, pues ella cree que puede controlarlos. Para ello hace cuanto él le pide, actuando de acuerdo con sus gustos. Según algunas investigaciones las agresiones son independientes de lo que la mujer puede hacer o decir. Como resultado, la tensión aumenta y se acumula.

La segunda fase se denomina como explosión o agresión, donde estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. Esta fase suele ser corta y aquí se da la mayor probabilidad de sufrir lesiones graves o de alto riesgo para su vida. Suele ser en esta fase cuando la mujer denuncia o pide ayuda.

La tercera fase se denomina calma, reconciliación o luna de miel, en esta etapa el agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón. Para evitar que la relación se rompa utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas). También suele transferir la culpa del conflicto a la mujer, negando su responsabilidad. Ella a menudo piensa que todo cambiará y, con frecuencia, retira la denuncia. Incluso rechaza la ayuda ofrecida por la familia o por servicios sociales y sanitarios. En algunas ocasiones busca justificaciones como que su pareja tiene problemas y que debe ayudarle para resolverlos. En la medida en que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.

El ciclo suele comenzar de una forma insidiosa y sutil (maltrato psicológico mediante estrategias de control) afectando a la autoestima de la víctima. Después se suceden agresiones verbales que, unidas al maltrato psicológico, aumentan la intensidad del desprecio. Finalmente se produce la agresión física, aumentando tanto la intensidad como la frecuencia del maltrato. Es una escalada de violencia (Ruiz – Jarabo y Blanco, 2005).

Cabe destacar en el trabajo psicoterapéutico que la mujer maltratada puede acudir a consulta en una fase de “luna de miel”. Su pareja, en ese momento, es su “pareja ideal”. La expectativa de cambio, vuelve a parecer posible, incluso segura. Cualquier decisión tomada en sesiones anteriores puede rechazarse ahora. La apuesta de vida y de futuro fue fuerte y quieren seguir luchando para conseguir restablecer su relación (Garrida, et al. 2010).

2.3 Referencia Conceptual

Terapia Cognitivo Conductual

Keegan y Holas (2010), señalan que son un conjunto de técnicas que comparten el supuesto de que el pensamiento (cognición) media el cambio de la conducta y que la modificación del pensamiento conduce a la modificación del estado de ánimo y de la conducta. Mientras que Hernández (como se citó en Hernández y Sánchez, 2007) propone que la psicoterapia Cognitivo-Conductual consiste en una serie de terapias que incorporan, en su filosofía de salud mental e intervenciones, procedimientos tanto conductuales como cognitivos; los primeros pretendiendo modificar la conducta mediante intervenciones directas, y los segundos intentando modificar esa conducta y las emociones correspondientes por medio de la modificación de la evaluación y de las pautas automáticas del pensamiento. Por su parte Yapko (2006), indican que la Terapia Cognitiva-Conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico y tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos. En este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales Beck (1983) definió la TCC como: "un abordaje activo, directivo, de tiempo limitado y estructurado, utilizado para tratar distintos trastornos psiquiátricos".

Este modelo terapéutico manifiesta como supuesto teórico que “los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo”. Esto quiere decir que el MCC se centra en la atención de las cogniciones, identificadas como elementos básicos de intervención, debido a que los pensamientos son fortalecidos por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de las experiencias previas que ha tenido el paciente, y que han sido elaboradas correcta e incorrectamente; llegando así a formar y reforzar los comportamientos que realiza la persona en su entorno.

Características de la Terapia Cognitivo Conductual

De acuerdo con Beck (1983), las cuatro principales características que debe promover este procedimiento al paciente, radican en que éste deberá ser activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, descritas de la siguiente manera: la primera característica hace referencia a

que dentro de la intervención, la relación existente entre paciente y terapeuta debe de ser activa; es decir que el terapeuta se encontrará en continua actividad e interacción intencionadamente con el paciente, fungiendo un papel de guía a lo largo de las sesiones de intervención. Al igual que la participación activa del paciente, pues es de considerar que es la persona indicada para reformular las cogniciones existentes. Como segunda característica se presenta la TCC como un proceso directivo, debido a que debe poseer un objetivo de intervención, el cual será atendido mediante la estructuración que le dé el terapeuta a lo largo de las sesiones, con la finalidad de atender las demandas del paciente mediante el empleo de técnicas y estrategias que permitirán el cumplimiento del objetivo de la terapia.

La tercera característica indica que debe ser un proceso estructurado en función del objetivo terapéutico que manifieste el paciente; con base en esto, el terapeuta estructurará la terapia de acuerdo al tiempo, técnicas y estrategias que empleará para que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos.

Y la última característica se refiere al tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe de formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico. La orientación hacia los problemas explica parcialmente el límite de tiempo habitual de esta terapia, la mayoría de los manuales de tratamiento de TCC describen tratamientos de una extensión de entre 10 y 16 sesiones, la naturaleza de tiempo limitado de la TCC la distingue de otras formas de terapia como la psicoanalítica, generalmente de largo plazo (Chambless, como se citó en Keegan y Holas, 2010).

Como Reinecke y Clark (como se citó en Keegan y Holas, 2010, p.13) han señalado: "La mayor parte del atractivo actual de la TCC proviene de tres factores -su simplicidad intuitiva, su confianza en los métodos empíricos para poner a prueba la validez de sus modelos y la efectividad de sus tratamientos, y su utilidad clínica".

Relación Terapéutica de la Terapia Cognitiva Conductual

Así también, para lograr un tratamiento efectivo con este modelo, es conveniente considerar un conjunto de elementos para fortalecer la relación terapéutica a la hora de la intervención. De acuerdo con Beck (1983), el terapeuta deberá de contemplar tres elementos indispensables que van a influir a lo largo del tratamiento, las cuales son: aceptación, empatía y autenticidad. Éstas serán determinantes para lograr un incremento en la efectividad del

tratamiento mediante las actitudes y conductas que el terapeuta emita durante la intervención.

El primer elemento nombrado como aceptación, hace referencia a la preocupación sincera y al interés que el terapeuta muestra hacia el paciente, esto permite contribuir a corregir determinadas distorsiones cognitivas que se formulan en función de la relación terapéutica que se tenga. Habitualmente esta característica es empleada por el terapeuta mediante la expresión de sus gestos, tono de voz y el modo de construir las frases que le proporciona al paciente.

El segundo elemento consiste en la empatía como la forma en que el terapeuta puede entrar al mundo del paciente, para ver y experimentar la vida como lo hace éste. Mediante ésta, el terapeuta podrá entender cómo el paciente estructura ciertos eventos y cómo responde ante éstos. Así pues, Beck (1983) aclara que esta característica se conforma de un componente intelectual, en el que es necesario saber y conocer la base cognitiva de los sentimientos del paciente, sin rechazarlos por la carencia de lógica en los pensamientos que los desencadenan, es decir, que el terapeuta deberá de rescatar toda aquella base cognitiva que muestre el paciente a la hora de la terapia sin juzgar e incomodarlo, con la finalidad de que él mismo pueda reestructurar aquellas cogniciones distorsionadas que presenta.

El tercer elemento denominado autenticidad, permite vislumbrar a un terapeuta capaz de ser honesto consigo mismo y con el paciente, éste deberá conjugar la honestidad con la diplomacia, es decir, deberá poseer la capacidad de comunicar su sinceridad con asertividad, permitiendo así la penetración de confianza y honestidad en los comentarios que emita hacia aquellas distorsiones que presente el paciente, a fin de transmitir una imagen realista y facilitando la corrección de ideas poco razonables y conductas que puedan ser contraproducentes.

Técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual

Las técnicas empleadas bajo este modelo terapéutico, son coadyuvantes en el tratamiento de diversos problemas clínicos (Sánchez, Rosa y Olivares, 1999), debido al abordaje que se brinda por medio de las estrategias oportunas y adecuadas. De acuerdo con Méndez, Olivares y Moreno (como se citó en Sánchez, Rosa y Olivares, 1999), dichas técnicas se apoyan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento

y modificación de la conducta. Su supuesto central sostiene que los patrones básicos que sean irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio.

Esto permite reafirmar la premisa que Beck (1983) aporta, respecto a que todo comportamiento que tiene el individuo es determinado por la manera en cómo éste perciba su entorno, bajo la interacción establecida entre ambos. De esta manera, las técnicas que prevalecen bajo este modelo terapéutico, se retroalimentan de los dos enfoques que lo conforman y fortalecen, es decir, constan de técnicas tanto cognitivas como conductuales, ambas se compenetrán para que el paciente logre reformular las cogniciones distorsionadas existentes y con ello la modificación de las conductas desencadenadas.

Técnicas Cognitivas

Las técnicas cognitivas facilitan al paciente la oportunidad de reorganizar la estructura cognitiva, esto se logra mediante la identificación que realiza sobre sus pensamientos ilógicos, así como la comprensión de las reglas que se formulan para organizar la realidad que soportan a estas cogniciones (Beck, 1983). La teoría y técnicas cognitivas consideran a las cogniciones como la clave de los trastornos psicológicos.

La cognición se define como una función que involucra inferencias acerca de las propias experiencias y acerca de la aparición y el control de acontecimientos futuros. Beck descubrió que un estilo automático y rígido de pensamiento constituye la base para la manifestación clínica de los problemas emocionales (Alford y Beck, como se citó en Keegan y Holas, 2010).

El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados ; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias (Beck et al., 2005).

Técnicas Conductuales

Estas técnicas sugieren que la atención terapéutica se centre en la conducta observable del paciente, y todas las actividades estarán dirigidas hacia el cumplimiento del objetivo terapéutico, a partir de la atención del comportamiento. Estas técnicas tienen como propósito, lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente para que se promueva una mejoría en la ejecución de conductas, lo que permite llegar a comprobar la validez de los pensamientos negativos; y cuando éstas se ven refutadas, la persona se siente motivada para realizar tareas y actividades que pueden considerarse con mayor dificultad, al grado de enfrentarse con sus propias barreras (Beck, 1983).

Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes depresivos más graves no sólo para modificar la conducta, sino también para inducir cogniciones asociadas a conductas específicas. El paciente, por lo general, necesita estas técnicas más activas al comienzo del tratamiento. Entre los materiales relacionados con las técnicas conductuales se encuentran un Cuestionario de Actividades Semanales, en el que el paciente debe registrar sus actividades cada hora; un Cuestionario de Dominio y Agrado, en el que el paciente avalúa las actividades listadas en el cuestionario anterior; y la Asignación de Tareas Graduales, en la cual el paciente emprende una serie de tareas que le llevarán a alcanzar una meta que él considera difícil o imposible. Además, las técnicas conductuales se diseñan para ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativas (Beck et al., 2005).

La Terapia Cognitivo Conductual se basa en la premisa de que la cognición, la emoción y la conducta manifiesta son subsistemas interdependientes. Así, la modificación de cualquier subsistema inevitablemente conducirá a cambios en los otros dos. Por lo tanto, no hay intervenciones cognitivas o comportamentales "puras". Si usted le pide a su paciente que se comporte de una manera diferente en una situación experimental, es posible que su manera de pensar (cognición) sobre esta situación también cambie.

A la inversa, si usted cuestiona el fundamento de una determinada conducta, es posible que su paciente comience a hacer las cosas de manera diferente. Así, experimentar con nuevas conductas es un modo poderoso de modificar la cognición y, a la inversa, cambiar la cognición puede ser el mejor modo de modificar la conducta (Keegan y Holas, 2010).

Principios Básicos de la Intervención

En la intervención cognitiva conductual, usualmente se empieza por la detección de las conductas, ya que, al manifestarse de forma voluntarias, es más fácil detectarlas. Mientras que la experiencia interna (los pensamientos y las emociones) no son manipulables directamente.

El modelo cognitivo conductual identificará las conductas que sirven como factores de mantenimiento para un trastorno específico (p.ej., la evitación y las conductas de seguridad en los trastornos de ansiedad, la conducta pasiva y asocial en la depresión, la dieta estricta en la bulimia nerviosa, el uso de sustancias como medio para regular el afecto negativo en las adicciones). Se le ofrece al paciente una explicación acerca del papel que tiene esta conducta en el mantenimiento del problema (el terapeuta comparte su conceptualización con el paciente) y se le enseña las maneras de modificarla. Esto es de crucial importancia porque estas conductas son con mucha frecuencia estrategias disfuncionales realizadas por el paciente para lidiar con el problema (tales como los síntomas de ansiedad o depresivos, los atracones y las conductas adictivas) (Keegan y Holas, 2010).

La asignación graduada de tareas es uno de los principios del cambio conductual. Aunque a veces se utiliza una drástica modificación de la conducta, la opción más común es el cambio gradual (exposición). La modificación de la conducta no está gobernada por expectativas sociales, sino por una actitud experimental. Se le solicita al paciente que se comporte de una manera distinta y que observe sus emociones y cogniciones cuando se realiza la nueva experiencia. Cuando los pacientes comienzan a modificar su patrón habitual de conducta, el terapeuta comienza a aplicar distintas estrategias que tienen como objetivo flexibilizar la cognición. Esto generalmente se denomina reestructuración cognitiva (Yapko, 2006).

La terapia cognitiva de la depresión de Beck, otorgó un papel central a la reestructuración cognitiva. Otros teóricos y terapeutas cognitivos propusieron que la terapia cognitiva funcionaba no tanto porque modificara el contenido cognitivo erróneo, sino porque ayudaba de manera crítica a los pacientes a contemplar sus pensamientos negativos como simples sucesos mentales, permitiéndoles de este modo distanciarse o descentrarse de ellos, reduciendo su impacto emocional negativo. Desde luego, en la terapia de Beck esto está implícito, porque se le pide al paciente que considere sus pensamientos como hipótesis a ser

probadas y no como reflejos de la realidad, aunque la terapia cognitiva en un principio puso demasiado énfasis sobre la racionalidad y tuvo una tendencia a considerar el impacto de la cognición sobre el estado de ánimo como un proceso unidireccional (Keegan y Holas, 2010).

Sin embargo, raramente los pacientes acuden a terapia porque quieren modificar sus pensamientos, generalmente lo hacen porque quieren superar sensaciones, sentimientos o emociones desagradables. La TCC no se puede llevar a cabo con éxito a menos que se considere a las emociones como una cuestión central. Cuando se modifica la cognición o el comportamiento, el éxito a menudo se evalúa en términos del impacto positivo que ha producido sobre las emociones. Sin embargo, las emociones también pueden ser el objetivo directo de una intervención. La evitación de emociones "negativas" es una estrategia típica en pacientes con ansiedad o trastornos del estado de ánimo. La falta de disposición para experimentar determinadas emociones impide el procesamiento emocional, mantenimiento de este modo los motivos para continuar con la evitación. Las emociones no son negativas en sí mismas, esto es más una consecuencia de las valoraciones que se hace sobre ellas (Keegan y Holas, 2010).

Terapia Cognitivo Conductual para la Depresión

La estrategia cognoscitiva – conductual básicas para el tratamiento de respuestas relevantes del cuadro depresivo, consiste en entrenar sistemáticamente al paciente a distinguir o discriminar entre hechos y creencias como elementos del mundo circundante que tienen el poder de determinar estas conductas. Castanedo (2008), propone los siguientes pasos:

- a) Se analiza minuciosamente las situaciones causales o funcionales con respuestas depresivas, haciendo énfasis en los componentes cognoscitivos. Se identifican los errores cognoscitivos que caracterizan la experiencia del paciente. Estos pueden ser, por ejemplo, errores de atención selectiva en los que el paciente considera solo los elementos negativos de una situación; errores de magnificación o minimización de aspectos negativos o positivos; errores de sobregeneralización de resultados negativos, inferencias arbitrarias; personalización o ideas irracionales de referencia; pensamiento blanco o negro; o recuerdo selectivo.
- b) Se le muestra al cliente, con suficientes ejemplos emanados de situaciones interpersonales analizadas (incluyendo situaciones de la realidad), como estos errores

cognoscitivos operan de manera consistente, distorsionando la realidad. A continuación, se discuten alternativas posibles de interpretar una situación dada enfatizando la utilización de hechos o componentes objetivos de la experiencia. El paciente aprende una saludable actitud científica de análisis por medio de la discusión de eventos que dan lugar a muchas posibles interpretaciones con las que distintas personas pueden o no estar de acuerdo (incluyendo al terapeuta). Se alienta una actitud de aprender a aprender a través de una revisión flexible de las diferentes posibilidades de respuesta que las situaciones de la vida del paciente permiten.

- c) Se alienta de elaboración por parte del paciente, de nuevas conclusiones de la experiencia pasada y presente, se trata de hacer objetiva la responsabilidad del propio paciente en cuanto a generar situaciones de distinto tipo en sus interacciones con la gente y las cosas.
- d) Finalmente se ejercitan las nuevas habilidades del paciente en las situaciones que va enfrentado, estableciendo contrastes entre los diferentes modos de interpretación de lo que ocurre. El paciente aprende a introducir “pruebas de realidad”, cuando la situación es ambigua en cuanto a derivar una interpretación. Así, por ejemplo, si el paciente recibe una negativa a una solicitud sexual podrá establecer que se debe a dos condiciones igualmente posible; su compañera está descontenta con el paciente por algo que ha pasado o simplemente está cansada. Originalmente, el paciente tendió a retirarse con la primera interpretación, generando una serie de reacciones negativas y depresivas. Con el tratamiento el paciente aprende a valorar las posibilidades y a verlas de manera objetiva. Si ambas posibilidades son iguales el paciente genera conductas que agregan hechos a la situación, como puede ser el caso de que se comunique pidiendo más información, o exprese sus sentimientos y percepciones para evaluar las respuestas que siguen. Se trata de evitar a toda costa que el paciente extraiga conclusiones apresuradas que inicien cadenas de pensamiento y comportamientos que no sean consistentes con los hechos importantes de la situación.

Depresión

El concepto de depresión ha sido tema de investigación de muchos estudiosos, siendo cada vez más relevante su presencia dentro del campo de la psicología. Dentro de las investigaciones que se han realizado sobre la depresión, se han establecido diferentes definiciones entre las cuales tenemos: La OMS (2016) expresa que la depresión “es un

trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” Por su parte, Garza (2004) describe que la depresión es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad.

Lucas (2001), define la depresión como un “trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundas, de manera que la persona que la padece experimenta pérdida de interés en cosas que antes disfrutaba, se ve afectada la forma de comer y dormir, la valoración a sí mismo (autoestima) y la manera de pensar”

De la misma manera Dio (1999), retoma a la depresión como aquel malestar que afecta a todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; alterando la forma en cómo la persona come y duerme, así como el deseo sexual, la opinión de sí mismo y el concepto de la vida en general; sin embargo, también toma en consideración el término trastorno para poder diferenciarlo de un pasajero estado de ánimo triste y realzándolo como una condición que se puede alejar a la voluntad.

Beck (1983), señala que la depresión es un trastorno que altera el estado de ánimo, debido a que se activan esquemas de pensamiento distorsionado de la realidad que contribuyen a la visión negativa del individuo respecto a sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los signos y síntomas depresivos en las áreas cognitivo-afectivo y conductual - somática. Para el desarrollo de la presente investigación, se asume el concepto de depresión dado por Beck (1983).

Síntomas de la depresión

Beck et al (2005) y Buela – Casal y Sierra (2004), indican que la depresión es uno de los cuadros clínicos más complejos y heterogéneos en su sintomatología; pudiendo variar de una persona a otra la manifestación de un cuadro depresivo. La mayoría de los síntomas no son exclusivos de la depresión; sin embargo, en conjunto representan este trastorno. El problema se agudiza por el hecho de que algunos tipos de síntomas pueden ser bidireccionales, este es el caso de los trastornos de sueño y de los trastornos alimentarios.

Así, mientras en algunos casos es característico de la depresión el estado de agitación psicomotora y el insomnio, en otro lo es la inhibición psicomotora y la hipersomnia. Atendiendo a esta diversidad Beck et al (2005) y Buela – Casal y Sierra (2004), indican que se puede resumir en cuatro grandes grupos, los posibles síntomas que en mayor o menor medida puede presentar una persona deprimida.

Síntomas afectivos: La tristeza es uno de los principales síntomas de la depresión, está presente en el 90% de los pacientes y es además la queja principal en aproximadamente la mitad de ellos. Frecuentemente el estado de ánimo es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado, etc. Sin embargo, en algunos casos de depresiones graves la tristeza puede ser negada por el paciente, manifestando su incapacidad para mostrar ningún sentimiento. La reacción afectiva en la depresión varía de paciente a paciente. Algunos se encuentran como si estuviesen internamente muertos y vacíos., el estado de ánimo permanece prácticamente invariable y reacciona de manera muy limitada a estímulos y acontecimientos externos. En otros, la depresión se exterioriza más bien en un abatimiento, desesperanza y desamparo constante. La gran mayoría de los pacientes refiere además un estado de ánimo ansioso y sentimientos de culpa y vergüenza. También el enfado. La irritabilidad y la hostilidad (ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia) marcan la vida emocional de muchos pacientes.

Síntomas conductuales: La pérdida de interés y de la capacidad para placer es otro de los principales síntomas de la depresión junto con el estado de ánimo deprimido. La pérdida de interés se manifiesta de forma objetiva por el rechazo creciente a tomar parte de las actividades cotidianas. Tampoco practica sus aficiones favoritas ni otras actividades agradables, ha dejado de disfrutar con actividades que antes eran consideradas como placenteras. La actividad y la energía están reducida en el 97%. El paciente ni siquiera consigue levantarse por la mañana e iniciar las actividades diarias. Se descuida el aseo personal o la vestimenta. Cualquier actividad rutinaria requiere gran esfuerzo. En ocasiones pasan horas de absoluta inactividad. El retardo psicomotor es otro síntoma típico de la depresión. El habla y los movimientos están enlentecidos. La mímica, la gesticulación y la postura corporal parecen rígidas, limitadas y poco espontáneas. La latencia del habla puede ser prolongada. La voz es calmada y tiende a ser monótona en su entonación.

Las respuestas al ser preguntado tienden a ser adaptadas, pero suelen ser cortas y el paciente tiene dificultad para tomar parte en la conversación. Este retardo psicomotor puede ser tan extremo que puede llegar al estupor depresivo, un estado muy similar al catatónico y caracterizado por un mutismo y parálisis motora, casi total. Por el contrario, en otros pacientes se puede producir una fuerte agitación psicomotora que se manifiesta en un ir y venir, frotarse las manos, morderse las uñas o fumar. La agitación psicomotora se define como una forma particular de inquietud asociada a la ansiedad. Es más común en mujeres que en hombres. En las formas más leves se trasluce en los miembros periféricos. Los pacientes mueven nerviosamente dedos y pies, examinan sus dedos y los retuercen unos con otros. En este grupo de pacientes agitados es especialmente elevado el riesgo de tentativa de suicidio.

Síntomas cognitivos: Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de la falta de memoria quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque solo tenga problemas leves de concentración. Además, la persona deprimida puede tener muy afectada su capacidad de decisión en estos casos extremos es totalmente ambivalente, prácticamente no se puede decidir nada, además de una serie de déficits formales de atención y capacidad de concentración. El contenido de los pensamientos de una persona depresiva es también alterado, en efectos, es frecuente la visión negativa de sí mismo, de su entorno y del futuro. La persona depresiva lo evalúa todo de forma negativa, pesimista, sin esperanzas y con tendencias a la catástrofe. En las depresiones graves pueden asumir una forma delirante en este contexto son temas frecuentes el temor a empobrecer, a ofender, a no tener valor alguno y ser innecesario o estar físicamente abocado a la muerte. Estos fenómenos se califican como congruente con el estado de ánimo ya que concuerdan con el contenido de la depresión. Parece en definitiva que existen estilos de pensamiento sesgados en estas personas. Son también frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas.

Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese, hasta los pensamientos transitorios pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre como cometer el suicidio, la frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgos suicidas

pueden referir pensamientos transitorios o recurrentes. Los sujetos con más riesgos suicida pueden haber comprado materiales para usarlo en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un momento en que saben que estarían solos. Muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar suicidarse.

Síntomas somáticos: Es habitual la presencia de este tipo de síntomas y además uno de los motivos fundamentales por los que se solicita ayuda profesional. Las alteraciones del sueño son uno de los principales síntomas asociados a la depresión. Aproximadamente un 80% de los sujetos depresivos se queja de un deterioro tanto en la cantidad o calidad de sueño, la alteración de sueño más asociada a la depresión es el insomnio, que puede presentarse como insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño), insomnio medio (despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o insomnio tardío (despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También, aunque menos frecuente, hay sujetos depresivos que se quejan del exceso de sueño (hipersomnía), en forma de episodio nocturno, prolongado o de aumento de sueño diurno. Este tipo de alteraciones del sueño, no solo se han verificado por medidas subjetivas sino también objetivas. En muchos pacientes, a la alteración del sueño es el primero síntoma en aparecer y el último en remitir. Otros síntomas físicos son la fatiga, la pérdida de apetito y la disminución de la actividad y el deseo sexual. En el 70% y 80 % está afectado el apetito, en la mayoría de los casos se trata de la pérdida de apetito acompañada de una evidente pérdida de peso. Con menor frecuencia también se produce un aumento de apetito hasta llegar en ocasiones a un aumento de peso. Por regla general el deseo sexual disminuye, a en hombres a veces va unido a una impotencia pasajera; en las mujeres a una anorgasmia.

Niveles de depresión

Beck (2006) proponen los siguientes niveles de depresión descritos cualitativamente:

Depresión severa. Cuando la persona presenta todos los síntomas de la depresión y la depresión le impide realizar sus actividades de la vida diaria.

Depresión moderada. Cuando las personas presentan muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria.

Depresión leve: cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y al realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario.

Depresión mínima: cuando la persona presenta pocos de los síntomas de la depresión y al realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario.

Violencia de pareja

Para poder entender la violencia de pareja es importante partir de la definición de violencia intrafamiliar (doméstica) que según Navarro y Alván (2014), incluye todos los actos de violencia y/o maltrato físico, sexual y emocional que son producidos habitualmente dentro del hogar por un individuo integrante de la familia y que provoca en las víctimas impotencia, aislamiento, culpa, temor y vergüenza. La violencia intrafamiliar puede presentarse en cualquier edad, cultura, religión, raza y/o nivel socio-económico. Del mismo modo Claramund (2006) lo define como todo acto u omisión que resulte en un daño a la integridad física, sexual, emocional o social de un ser humano, en donde medie un vínculo íntimo entre las personas involucradas y que tal como Quintela, Arandia y Campos (2004) afirman, involucra el maltrato infantil, la violencia de pareja, maltrato de ancianos, violencia entre hermanos y violencia de hijos a padres.

Teniendo claro que la violencia de pareja es uno de los tipos de violencia que se presenta dentro de la familia, Carbajal (2015) propone la siguiente definición al respecto, como aquella violencia que se da entre personas que tienen un rol definido dentro del contexto de la pareja y que compromete o no la misma vivienda. Es aquella donde uno de los miembros de la pareja protagoniza una acción u omisión para infringir intencionalmente en el otro daño físico, psicológico y/o sexual; violando los derechos fundamentales del otro. Lo que concuerda con lo señalado por Quintela et al. (2004) quienes definen como violencia de pareja como aquella que ejerce un miembro dentro del contexto de la pareja, comprendida como matrimonio, concubinato, o relación sentimental sin convivencia, habiendo hijos de por medio o no.

El primer rasgo de violencia intrafamiliar es su privacidad, que sitúa el problema en el ámbito de lo privado, de lo individual, de lo cotidiano. Es necesario reconocer que es al interior de la familia donde se reproducen las relaciones de poder y violencia y donde nacen los esquemas generadores de violencia en otras instancias sociales. Poco a poco, el problema del maltrato familiar a la mujer va saliendo a la luz, hasta hace poco era un hecho cuya existencia no se admitía, con la insistencia de que los hogares son privados, se mantenía este

abuso en secreto, sin embargo, el problema es tan frecuente que afecta a miles de mujeres y a la sociedad entera por lo que la idea que surge es que si se quieren modificar los patrones y actitudes violentas que imperan en nuestra sociedad el hogar es el lugar para comenzar. (Orna, 2013).

Mujeres víctimas de Violencia de pareja

La violencia intrafamiliar es un problema social que está cobrando gran importancia pues afecta a sectores vulnerables de la población, especialmente a mujeres, niños y ancianos. Según estudios en América Latina, entre un cuarto y más de la mitad de las mujeres informen haber sido abusadas en algún momento por sus parejas. La prevalencia tan significativa de este tipo de violencia intrafamiliar constituye un serio problema de salud pública, un obstáculo oculto para el desarrollo socioeconómico y una violación flagrante de los derechos humanos (Carbajal, 2015). El problema de la violencia en la pareja es un problema que afecta a mujeres y hombres; sin embargo, se evidencia mayormente en el maltrato hacia la mujer, y este es un tema que fue dejado de lado mucho tiempo por los investigadores de la conducta y por la sociedad en general, posiblemente porque se suponía que la familia era y debía ser un medio cálido y afectuoso. Sin embargo, vemos que es en ella donde se cometen mayores hechos de violencia, incluyéndose homicidios (Vega, 1998).

No existe un perfil de mujer que sufra violencia de pareja; sin embargo, un tipo de creencias y actitudes acerca del amor y del matrimonio, concretamente, creencias sobre el amor romántico, puede favorecer que cualquier mujer sometida a estrategias de dominación, coerción y control, quede atrapada en el ciclo de la violencia. La vulnerabilidad es mayor en aquellas mujeres que han sufrido abuso físico en la infancia y que además tienen en su base dos déficits importantes: a) una red social desintegrada y b) falta de recursos para establecer relaciones de confianza (Garrida, et al. 2010).

Es entonces una realidad que las mujeres sufren violencia y que están siendo constantemente agredidas. En un 90% de los casos el agresor es el esposo, compañero, marido. El 10% restante está representado por padrastros, novios, vecinos, hermanos y también las madres, en este último caso especialmente cuando la violencia es ejercida sobre los niños(as) y jóvenes (Orna, 2013). La Organización de las Naciones Unidas (como se citó en Ruiz – Jarabo y Blanco, 2005) en un informe de población dedicado a la violencia que sufren las

mujeres, señala que muchas culturas toleran o perdonan cierto nivel de violencia contra aquellas, pues entre los hechos que la provocan se citan la desobediencia al marido, la negación a mantener relaciones sexuales, no tener la comida a tiempo o salir sin permiso.

Trastornos en la salud mental

Los trastornos psicológicos son uno de los resultados más comunes de la violencia doméstica. Muchas mujeres maltratadas sufren de depresión y ansiedad severa. Con frecuencia experimentan fatiga crónica, insomnio, o trastornos de alimentación. A veces utilizan el alcohol o drogas para soportar su dolor, o se convierten en personas aisladas y tímidas. Un estudio en los EEUU concluyó que la violencia conyugal “puede ser el factor precipitante principal en la incidencia del suicidio femenino (Orna, 2013).

Utilizando este método el Banco Mundial estimó que la violación y la violencia doméstica eran causas significativas de discapacidad y muerte en mujeres en edad reproductiva, tanto en el mundo industrializado como en los países en vías de desarrollo. En el siguiente cuadro se puede observar que la violencia doméstica ocasiona más discapacidad y muertes a las mujeres en edad reproductiva que el cáncer, y más que los efectos combinados de accidentes de tráfico, guerra y malaria. De este análisis podemos concluir que la violencia doméstica merece tanta o más atención, planificación de recursos y orientación para su identificación y atención oportuna en los servicios de salud, que enfermedades como la diarrea o malaria (Orna, 2013).

Depresión en las mujeres maltratadas

Existen factores internos como la predisposición genética y factores externos que contribuyen a la depresión. Algunos investigadores proponen la teoría de que la alta incidencia de depresión en la mujer no se debe a una mayor vulnerabilidad, sino a las situaciones difíciles o traumáticas que experimenta, que incluyen las responsabilidades primordiales en el hogar y el trabajo, ser madre soltera, el cuidado de los niños, violencia conyugal y padres ancianos (Orbe, 2013). La explicación del desarrollo de un cuadro de depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica puede encontrarse tanto en las teorías del estrés como en las teorías cognitivas de la depresión. Las teorías del estrés plantean que los trastornos del estado de ánimo son una de las posibles respuestas de la persona a los

eventos vitales estresantes, siendo el maltrato doméstico uno de aquellos eventos (Campbell, Kub y Rose, como se citó en Rincón, 2003). Que la violencia doméstica se convierta en un suceso estresante depende de cómo interprete la víctima la situación que vive, ya sea en términos de las demandas de la situación, que claramente en este caso es de daño, pérdida y amenaza y de la evaluación que haga acerca de sus propios recursos para hacerle frente (Rincón, 2003).

Por otra parte, las teorías cognitivas plantean que la depresión es análoga a la desesperanza aprendida y que en la medida en que la persona aprende que no tiene control sobre los acontecimientos y que los eventos negativos se repetirán sin que pueda evitarlos, desarrollará depresión, baja autoestima, apatía y déficit en la solución de problemas. También se plantea desde este grupo de teorías, que una variable crítica en el desarrollo de la depresión es un auto esquema negativo, la tendencia a verse así mismo como perdedor, tendencia presente en las mujeres que sufren violencia doméstica debido a que se ven sometidas constantemente a las críticas del agresor, sumadas al aislamiento y, por tanto, privación de otras fuentes de refuerzo social (Rincón, 2003).

Tanto en las mujeres como en los hombres, la incidencia de depresión grave es mayor para los separados y divorciados, y menor para los casados, pero mayor para las mujeres en ambos casos. La calidad de un matrimonio, sin embargo, puede contribuir significativamente a la depresión. Se ha demostrado que la falta de una relación de intimidad y confianza, en combinación con problemas maritales graves, están relacionados con la depresión en la mujer (Orbe, 2013).

Cerdá, DiGangi, Galea y Koenen (como se citó en Montañez, 2013), señalan que numerosos estudios y revisiones bibliográficas han identificado a la violencia interpersonal, de la que forma parte la violencia doméstica, como una causa determinante de psicopatología, donde se incluyen tres de los desórdenes más graves, la depresión, ansiedad y abuso de sustancia. Lo que se corrobora con lo señalado por Montero y Walker (como se citó en Rincón, Labrador y Crespo, 2004), que indican que los principales trastornos psicológicos desarrollados por este tipo de víctimas son la depresión, los trastornos de ansiedad y el trastorno de estrés postraumático.

Las consecuencias para las mujeres víctimas de maltrato son variadas, llegando en casos extremos a la muerte, ya sea por homicidio o por suicidio. Por otra parte, se estima que entre

el 20 y 40% de las mujeres que se suicidan sufren malos tratos por parte de su cónyuge (Lorente como se citó en Rincón, Labrador y Crespo, 2004).

Hay estudios que demuestran que las mujeres que fueron acosadas o maltratadas tienden más a sufrir de depresión clínica en algún momento de su vida en comparación con las que no tuvieron esa experiencia. Además, varios estudios demuestran una mayor incidencia de depresión entre las mujeres que fueron violadas en cualquier edad. Estas observaciones son muy importantes, ya que más mujeres que hombres han sido víctimas del abuso sexual. Las mujeres que han sido víctimas de otras formas comunes de maltrato, como el maltrato físico o el acoso sexual, pueden también tener una mayor incidencia de depresión. El maltrato puede llevar a la depresión porque baja la autoestima, causa tristeza, culpabilidad y aislamiento social (Orbe, 2013).

En suma, la violencia doméstica podría ser un evento estresante y significar la pérdida de una relación afectiva importante, lo que desencadena un cuadro depresivo, que se ve mantenido por la percepción de la víctima de falta de control sobre los acontecimientos, su pérdida progresiva de autoestima, las condiciones de aislamiento a las que se ve sometida con la pérdida de actividades gratificantes que ello conlleva, los sentimientos de culpa y la falta de proyección de futuro, debido al clima de maltrato en que vive (Rincón, 2003).

Los cambios de estado de ánimo que se observan en la depresión se presentan acompañados de patrones de pensamiento característicos, y esto puede provocar cambios de conducta que pueden apreciar fácilmente familiares y amigos. Las personas que se encuentran deprimidas tienden a ver el mundo excesivamente pesimista y desesperanzado, sin posibilidades de que mejore, y a menudo se consideran responsables de semejante estado de cosas (Orbe, 2013). Con mucha frecuencia se juzgan a sí mismas con dureza, subestiman sus propios atributos positivos y prevalece ese punto de vista crítico y de automenosprecio. Estos pensamientos pueden adoptar sólo un matiz pesimista, apenas notable, que se percibe en declaraciones y opiniones normales, o llegar a convertirse en preocupaciones desagradables e indeseables que amargan la vida.

Tales preocupaciones podrían entrañar ideas de culpabilidad y maldad, ideas éstas que se encuentran fuera de toda proporción y que pueden llegar a ser delirantes (es decir, que los demás perciben como evidentemente falsas). Esas preocupaciones pueden llevar a las

personas a desear liberarse de una situación vergonzosa o torturante y pensar en poner fin a su vida, lo que hace que la conducta suicida y el peligro de cometer actos autodestructivos se vuelvan realidad (Orbe, 2013).

Tipos de Violencia

Las manifestaciones de este tipo de violencia, incluyen la violencia física, psicológica y sexual que están definidas por la violencia física definida como toda agresión física, no accidental, que provoque daño físico, lesión o enfermedad. La intensidad del daño puede variar desde lesiones leves a lesiones mortales (Quintela et al. 2004). Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, patadas, empujones, estrangulamientos, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer. Las conductas de agresión más frecuente son erosiones, escoriaciones, cortes y mordiscos. Además, puede incluir la omisión de ayuda ante enfermedades o lesiones derivadas de las agresiones. La escalada de conductas agresivas puede terminar en la muerte de la mujer (Garrida, et al. (2010).

La violencia Psicológica, como aquella conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Este tipo de maltrato es más difícil de demostrar que los anteriores y, en ocasiones, la mujer no lo identifica como tal, sino como manifestaciones propias del carácter del agresor y del amor que le tiene. En la violencia psicológica se desvaloriza, se ignora y se atemoriza a una mujer a través. En la violencia psicológica se desvaloriza, se ignora y se atemoriza a una mujer a través de actitudes o palabras.

Con el fin de conseguir el control, se mina su autoestima, produciendo un proceso de desvalorización y sufrimiento (Ruiz – Jarabo y Blanco, 2005). Actúa desde la necesidad y la demostración del poder por parte del agresor. Se busca la dominación y sumisión mediante presiones emocionales y agresivas. Este tipo de violencia “invisible” e insidiosa puede causarle trastornos psicológicos, desestructuración psíquica, agravar enfermedades físicas o, incluso, el suicidio (Asensi, como se citó en Garrida, et al. (2010).

La violencia Sexual, como cualquier conducta que implique un acto de naturaleza sexual realizado sin consentimiento de la mujer con violencia, intimidación, amenaza, o coacción, con independencia de que la agresión se produzca por su pareja o por otras personas. Comprende la agresión sin contacto corporal: (exhibicionismo, mensajes por correo o por teléfono u otras formas de comunicación, gestos, observaciones y palabras obscenas, forzarla a ver material pornográfico, insultos sexistas, acoso, proposiciones sexuales indeseadas y voyeurismo); agresión con contacto corporal, tanto si el contacto se produce con el agresor como con un tercero a instancias del agresor (tocamientos, caricias, masturbación del agresor, obligación de adoptar posturas que la mujer considera degradantes) y violación. En definitiva, podemos identificar el maltrato sexual como aquella actuación que restringe a la mujer el libre ejercicio de su derecho a la salud sexual (Garrida, et al. 2010).

CAPÍTULO III

SIGNIFICACIÓN PRÁCTICA

CAPÍTULO III: SIGNIFICACIÓN PRÁCTICA

3.1 Análisis Y Discusión De Resultados

3.1.1 Nivel de depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja

En la tabla 1, que se muestra a continuación, se observa que, el 47.1% de las mujeres Víctimas de Violencia de Pareja, que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017, se encuentran con niveles de depresión moderada, el 31.4% de dichas mujeres se hallan en niveles de depresión grave, el 12.7% de dichas mujeres están en niveles de depresión leve y las mujeres Víctimas de Violencia de Pareja con depresión mínima representan al 8.8%.

Esto nos permite establecer el alcance del nivel de depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja. En principio, se trata que los niveles más significativos son la depresión grave y moderada, en la medida que afectan al 78.5 % de las mujeres que son víctimas de violencia de pareja. Es decir, más de dos tercios de las mujeres atendidas muestran los niveles de depresión más altos y difíciles de tratar y manejar, en el corto, mediano y largo plazo. En segundo lugar, solo el 21.5 % de mujeres víctimas de violencia enfrentan niveles de depresión leve y mínima.

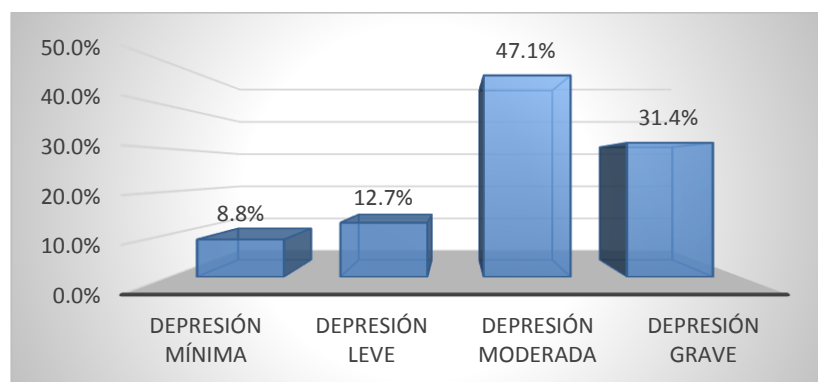
Tabla 1: Nivel de depresión en mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Depresión Mínima	9	8.8%
	Depresión leve	13	12.7%
	Depresión Moderada	48	47.1%
	Depresión Grave	32	31.4%
	Total	102	100.0%

Fuente: elaboración propia

La representación gráfica de esta información es la que mostramos a continuación.

Figura 1: Nivel de depresión en mujeres Víctimas de Violencia de Pareja



Todo lo cual configura un panorama global lamentable para una parte importante de la población familiar femenina, pues resultan sujetas a graves implicancias. Sobre todo permite confirmar que aquellas mujeres sometidas a una situación de violencia, viven una experiencia traumática que conlleva a un grave problema de salud mental, si el análisis nos permite ubicar a la población principalmente en los niveles de depresión grave y moderada, quiere decir que estarían presentando todos o muchos de los síntomas, activándose esquemas de pensamiento que distorsionan la realidad y que contribuyen a la visión negativa de sí mismas, del mundo y sobre su futuro.

Los resultados mencionados, se relacionan con lo encontrado por Golding (1999) quién determinó que en mujeres maltratadas la depresión se presenta hasta en un 83% de los casos. Además, en estudios enfocados en la misma población, se encontró que entre un 39% y un 54% de mujeres víctimas de maltrato, procedentes de centros de acogida presentan puntuaciones que pueden considerarse dentro de las categorías de depresión moderada o severa (Campbell, Kub y Rose, 1996; Campbell y Soeken, 1999; Cascardi y O'Leary, 1992; Nixon, Resick y Nishith, 2004).

Del mismo modo los resultados concuerdan con lo señalado por Patró, Corbalán y Limiñana (2007) quienes concluyeron que las mujeres víctimas de violencia, tenían puntuaciones que se ubican entre la categoría de depresión grave (18.1%) moderada (35.2%), representando el 53.30% de la población de estudio.

Asimismo, coincide con la investigación de Rincón (2003), quien determinó que el 87.9% de las participantes víctimas de violencia, presentaban algún grado de depresión antes de la

ejecución del programa de tratamiento. Esto es reforzado por lo hallado por Orbe (2013), donde los resultados evidencian que la población presentaba niveles depresivos leves, moderados y graves a un 72%, antes de la aplicación del programa cognitivo conductual. También Montañez (2013), concluyó respecto a la sintomatología depresiva en mujeres víctimas de violencia, que el 61.2% presentaba un diagnóstico de depresión grave, haciendo evidente que las mujeres sometidas a una relación de maltrato están en riesgo de sufrir un trastorno depresivo que genera un sentimiento de pérdida, distorsiones cognitivas, baja autoestima y culpabilidad, lo que a su vez impide a la mujer salir de la situación de violencia.

En los estudios de Torrontegui-Vizcarra, Flores-Navidad, Peraza-Garay y Borrego-Urrea (2010) antes de la intervención un 32.4% mostraron nivel de depresión normal, 40.5% depresión leve, 24.3% depresión moderada y el 2.7% depresión severa. Matud, Padilla, Medina y Fortes (2016), señalaron en su estudio que durante la evaluación inicial, el 71.4% de las mujeres tenían depresión moderada o grave. Por su parte, Rincón, Labrador y Crespo (2004), determinaron que dentro de los efectos psicopatológicos en mujeres víctimas de maltrato doméstico, el 84.2% de las participantes se distribuye entre depresión leve y grave. Mientras que Patró et al (2007), señalan que al comparar diversos estudios se han encontrado que entre un 39% y un 54% de mujeres víctimas de maltrato que proceden de centros de acogida o centros de asistencia, al ser evaluadas presentan puntuaciones que se consideran dentro de las categorías de depresión moderada o severa.

Finalmente, las investigaciones que se mencionan, permiten concluir que la depresión en mujeres víctimas de violencia es un grave problema que debe ser tratado con urgencia. Más aun cuando existen pocos estudios centrados en esta problemática, uno de los más importante como lo señala Rondon (2006), es el estudio epidemiológico del Instituto Honorio Delgado Hideyo Noguchi, donde se detectó la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4% y que es un trastorno que se vincula como una de las consecuencias de la violencia contra mujeres y niñas y que se convierte en un indicador de cuan desatendida esta la salud mental en el Perú.

La relación de pareja y el hogar, referente de seguridad y protección, se convierten en el caso de las mujeres maltratadas en un lugar de temor, miedo y hostigamiento, produciendo repercusiones como la depresión, haciendo de suma importancia plantear estrategias de intervención con un sustento valido para mejorar los niveles de depresión en la población ya

mencionada, siendo que los programas cognitivos conductuales, enfocados en la depresión de mujeres maltratadas se han convertido en una de las herramientas más significativas para mejorar dicha situación, más aún que en las investigaciones ya mencionadas anteriormente, se encontró que las mujeres que participaron en la intervención psicológica experimentaron una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología depresiva, concluyéndose que el tratamiento fue eficaz, teniendo un impacto positivo sobre la muestra de estudio.

3.1.2 Nivel de depresión en mujeres respecto al área cognitivo – afectivo

En la tabla 2; se observa que, el 54.9% de las mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017, se encuentran con niveles de depresión moderada respecto al área cognitivo – afectivo, el 20.6% de dichas mujeres se hallan en niveles de depresión grave, el 11.8% de las mujeres Víctimas de Violencia de Pareja están en niveles de depresión leve y el 12.7% tienen depresión mínima.

La información aquí presentada refleja que el mayor porcentaje de la población presenta una importante sintomatología que corresponde al área cognitivo – afectivo.

Tabla 2: Nivel de depresión respecto al área cognitivo – afectivo en mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017.

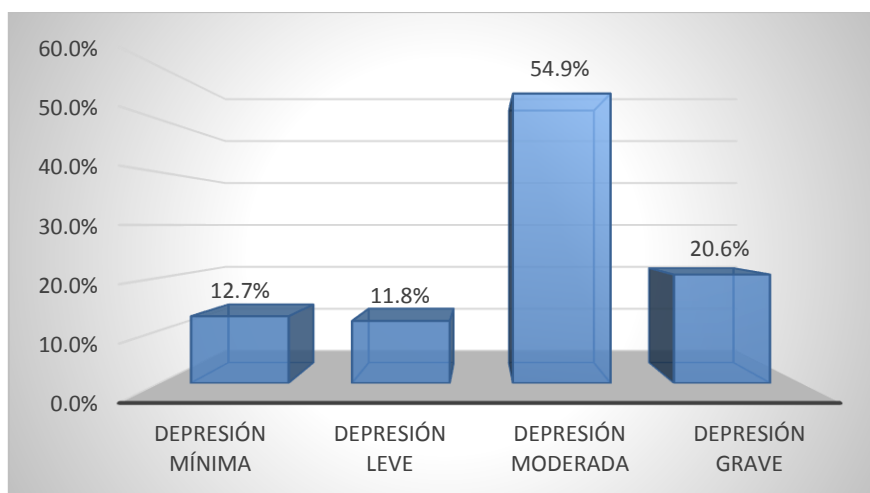
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Depresión Mínima	13	12.7%
	Depresión leve	12	11.8%
	Depresión Moderada	56	54.9%
	Depresión Grave	21	20.6%
	Total	102	100.0%

Fuente: elaboración propia

En primera instancia el 75.5% de las mujeres víctimas de violencia se ubican entre el nivel grave y moderado de respecto a los síntomas que corresponden tales como capacidad disminuida para pensar, concentrarse, tomar decisiones, visión negativa de sí mismo, de su entorno y del futuro, temor constante e ideación suicida y/o las tentativas suicidas, lo que a su vez desemboca en sentimientos de tristeza, incapacidad para mostrar ningún sentimiento, abatimiento, desesperanza, desamparo constante, estado de ánimo ansioso, sentimientos de

culpa, vergüenza, enfado, irritabilidad y hostilidad. En segunda instancia, solo el 24.5 % de mujeres víctimas de violencia enfrentan niveles de depresión leve y mínima en cuanto a la sintomatología ya mencionada. Gráficamente tenemos lo siguiente.

Figura 2: Nivel de depresión respecto al área cognitivo – afectivo



Estos resultados guardan relación con lo encontrado por Santandreu y Ferrer (2014), quienes en su investigación señalan que, en cuanto al área cognitiva-afectiva, el 70.4% de las mujeres se encuentran con niveles de depresión moderada y grave. También se encuentra concordancia con lo hallado por Labrador y Rincón (2002), que encontraron la presencia de sintomatología como dificultad para concentrarse, tomar decisiones, ideación suicida, sentimientos de tristeza, desesperanza, sentimientos de culpa, vergüenza e irritabilidad, y cuya mejoría se encontró en el 100% de las mujeres participantes al postratamiento.

Mientras que Guajardo y Cavazos (2013), indican que la sintomatología presente en la población de mujeres violentadas son sentimientos de tristeza, baja autoestima, pensamientos negativos, ansiedad, ideación suicida, lo que se ve disminuido, después de la aplicación del programa planteado. Las mujeres que desarrollan depresión, por lo general presentan baja autoestima, apatía y déficit en la solución de problemas, un auto esquema negativo, la tendencia a verse así mismo como perdedor, tendencia presente en las mujeres que sufren violencia doméstica debido a que se ven sometidas constantemente a las críticas del agresor, sumadas al aislamiento y, por tanto, privación de otras fuentes de refuerzo social (Rincón, 2003). Si bien es cierto que las consecuencias para las mujeres víctimas de maltrato son variadas, en casos de depresión grave, es característico llegar a la muerte, ya sea por homicidio o por suicidio, se estima que entre el 20 y 40% de las mujeres que se suicidan

sufren malos tratos por parte de su cónyuge (Lorente como se citó en Rincón, Labrador y Crespo, 2004).

Por lo tanto, se hace evidente que los cambios de estado de ánimo que se observan en la depresión se presentan acompañados de patrones de pensamiento característicos, y esto puede provocar cambios de conducta que pueden apreciar fácilmente familiares y amigos. Es característicos entonces que las mujeres que se encuentran deprimidas tienden a ver el mundo excesivamente pesimista y desesperanzado, sin posibilidades de que mejore, y a menudo se consideran responsables de semejante estado de cosas (Orbe, 2013).

3.1.3 Nivel de depresión en mujeres respecto al área somática conductual

En la tabla 3; que se presenta en la página siguiente, se observa que, el 66.7% de las mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017 se encuentran con niveles de depresión moderada respecto al área somática-conductual, el 19.6% de dichas mujeres se hallan en niveles de depresión grave, el 7.8% de las mujeres Víctimas de Violencia de Pareja están en niveles de depresión leve y el 5.9% tienen depresión mínima. Estos resultados revelan que el porcentaje principal de la población, presenta una sintomatología significativa que corresponde al área somática – conductual.

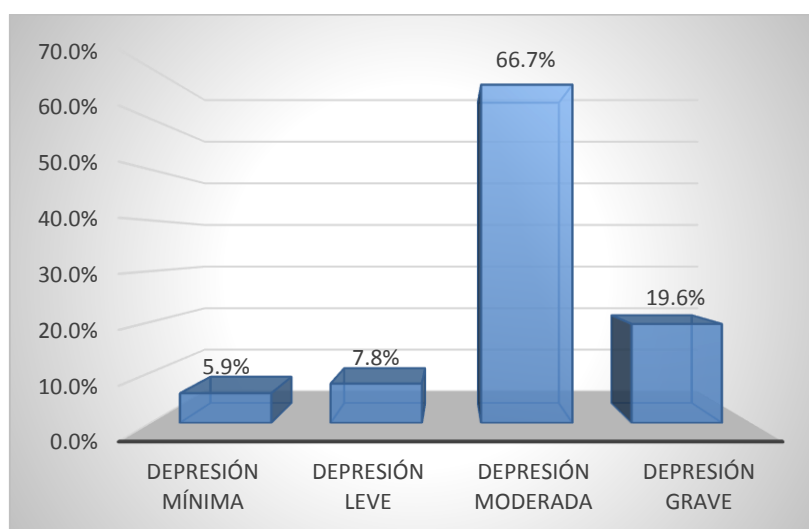
El 86.3% de las mujeres víctimas de violencia se ubican entre el nivel grave y moderado respecto a los síntomas que corresponden al área ya mencionada, quiere decir que estas personas estarían presentando pérdida de interés y de la capacidad para sentir, disminución del nivel de actividad y la energía, retardo psicomotor o una fuerte agitación psicomotora, que van unidos con síntomas fisiológicos como la alteración del sueño (cantidad o calidad), fatiga, la pérdida de apetito, la disminución de la actividad, deseo sexual y el apetito. Mientras que el 13.7% de mujeres víctimas de violencia enfrentan niveles de depresión leve y mínima en cuanto a la sintomatología ya mencionada.

Tabla 3: Nivel de depresión respecto al área somática-conductual en mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Depresión Mínima	6	5.9%
	Depresión leve	8	7.8%
	Depresión Moderada	68	66.7%
	Depresión Grave	20	19.6%
	Total	102	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Figura 3: Nivel de depresión respecto al área somática-conductual



Estos son justamente los síntomas de primer alcance y los que afectan en un primer momento el desempeño de las mujeres, por lo general cuando estas personas asisten en búsqueda de atención médica o psicológica en un centro de salud, se deben la aparición de estos síntomas. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Santandreu y Ferrer (2014), quienes señalan que el 80.6% de la población presentaba niveles de depresión moderada y graves, respecto al área somática – conductual. A su vez Guajardo y Cavazos (2013), mencionan que las mujeres que han sufrido violencia presentan apatía, fatiga, poca energía para realizar las actividades diarias, problemas del sueño (insomnio) y pérdida de apetito, y que el programa cognitivo conductual es eficaz para el tratamiento directo de esta sintomatología.

3.2 Programa Cognitivo Conductual “Dejando tu pasado y amando tu presente”

3.2.1. Fundamentación

Es una realidad que existen diversos problemas que afectan la salud mental de las personas, una de las poblaciones con mayor vulnerabilidad son las mujeres que sufren violencia de pareja, situación que desencadena en la depresión como un problema presente a nivel internacional y nacional. Así mismo, el interés sobre el tema se extiende a un plano político, social y de salud, en búsqueda de soluciones que permitan afrontar la problemática desde todos los escenarios que representen un soporte para las mujeres en mención. Una definición clara de la depresión, en mujeres víctimas de violencia de pareja facilitará el desarrollo de programas para la investigación, atención y prevención conforme a las necesidades de esta población.

Beck (1983), señala que la depresión es un trastorno que altera el estado de ánimo, debido a que se activan esquemas de pensamiento distorsionado de la realidad que contribuyen a la visión negativa del individuo respecto a sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los signos y síntomas depresivos en las áreas cognitivo-afectivo y conductual - somática. Las mujeres que son víctimas de violencia de pareja según diversos estudios sufren de depresión en un porcentaje significativo, debido a que se ven sometidas a actos directos que le causan intencionalmente daño físico, psicológico y/o sexual; violando sus derechos fundamentales, esta situación tiene la capacidad de romper el sentimiento de confianza que tiene la persona en cuestión sobre sí misma, los demás y el mundo en general, conllevando a que se vea afectada su existencia y su rol como mujer, madre o hija, imposibilitando incluso de poder asumir nuevas relaciones en un futuro.

Se vuelve de suma importancia la valoración y evaluación de los síntomas y repercusiones que desarrollan las mujeres derivadas de la violencia de pareja, de manera que se pueda plantear un tratamiento que se ajuste a las condiciones y recursos del contexto de la víctima. Después de una evaluación es importante formular un plan de trabajo que se base en evidencia científica y empírica sobre su efectividad en el tratamiento de la sintomatología concomitante que suele acompañarlo.

A razón de lo anteriormente mencionado se plantea la necesidad de diseñar un programa cognitivo conductual, desde el enfoque plateado por Beck (1983) quien define la terapia cognitivo conductual como "un abordaje activo, directivo, de tiempo limitado y estructurado, utilizado para tratar distintos trastornos psiquiátricos", esta modalidad terapéutica permite una atención oportuna y efectiva, partiendo de la intervención de distorsiones cognitivas que preceden y originan comportamientos inapropiados, definiéndolo como efectivo en la práctica clínica de las alteraciones psicológicas, en especial de la depresión.

Por lo tanto, al emplear la TCC se tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos. En este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales. Bajo este modelo, se comienza por la intervención de los errores o de las distorsiones cognitivas que elabora el propio paciente y que desencadenan actitudes, emociones y comportamientos que lo desequilibran su desempeño.

Con esta propuesta brindar una propuesta con un sustento valido para mejorar los niveles de depresión en la población ya mencionada, mostrando efectos favorables en el área somática, afectiva, cognitiva y conductual, en la medida que los programas enfocados en la depresión en mujeres maltratadas se han convertido en una de las estrategias más significativas para mejorar dicha situación, facilitando estrategias para mejorar el estilo de vida de las mujeres maltratadas y que puedan afrontar de una forma positiva su situación de vida y manejar adecuadamente la sintomatología depresiva.

Es relevante mencionar que se ha reconocido y se recomienda la aplicación de la terapia cognitivo conductual, por sobre la terapia farmacológica por los costes y consecuencias, debido a que este tipo de programas, además de reducir la sintomatología devuelve el control y la eficacia a los pacientes dotándolos de habilidades de afrontamiento, cosa que no logra la medicación, llegando a la conclusión que el tratamiento de primera línea deben ser programas psicológicos.

3.2.2. Objetivos

Los propósitos importantes para el trabajo los hemos sistematizado en un objetivo general y objetivos específicos.

3.2.2.1. Objetivo General

Disminuir los niveles de depresión en las mujeres víctimas de violencia de pareja, brindándoles estrategias y recursos para mejorar su estilo de vida, a fin de que esto le permita afrontar su situación y manejar adecuadamente sus pensamientos, emociones, conductas y estados somáticos.

3.2.2.2. Objetivos Específicos

- Conocer la depresión, sus principales manifestaciones y cuál es su impacto en la vida diaria.
- Reconocer la teoría cognitiva conductual como una alternativa de solución para la sintomatología depresiva.
- Conocer el impacto de los pensamientos en las personas con depresión y sin depresión.
- Identificar cuáles son los pensamientos erróneos o distorsionados, remplazándolos por un pensamiento racional.
- Aumentar los pensamientos positivos y disminuir los negativos.
- Reconocer como las actividades diarias (desempeño personal) influyen en mi estado de ánimo.
- Reconocer la importancia de las actividades agradables en la vida diaria, como principal recurso de motivación.

3.2.3. Metodología

La ruta metodológica del programa que se propone tiene una dimensión general y otra específica, la primera señala las estrategias programáticas, las grandes rutas del desarrollo y aplicación del programa; la segunda establece la estrategia didáctica como soporte del desarrollo de las primeras.

3.2.3.1. Estrategias de desarrollo del programa

Etapa informativa

Tomando en cuenta la población a la cual está dirigido este programa, se debe hacer una explicación clara de la depresión en mujeres víctimas de violencia y el porqué de emplear un programa cognitivo conductual. La sesión inicial establece la estructura y propósito de las sesiones posteriores. De igual forma, se establece el horario semanal de las sesiones, los acuerdos tomados y se explica claramente el tema de la confidencialidad. Es importante que las participantes tengan muy claro este último punto ya que esto puede influir en la calidad de la relación que se establezca entre los participantes. La primera sesión introduce a las mujeres con el tema de la depresión y la segunda sesión se centra en el programa cognitivo conductual.

Etapa cognitiva

Una vez que se define la depresión como problema a tratar, se fomenta que las participantes compartan sus propias experiencias. La facilitadora presenta el primer módulo, que se centra en determinar cómo nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo. Las próximas tres sesiones trabajan con los diferentes tipos de pensamientos que experimenta una persona que se encuentra deprimida y cómo los mismos pueden modificarse. Se plantea ejercicios prácticos, con la finalidad de que las participantes identifiquen sus errores de pensamiento y proporcionar técnicas para aumentar pensamientos positivos y disminuir los pensamientos no saludables.

Etapas conductuales

Esta tercera etapa busca que las participantes asuman un rol activo de sus propias actividades, buscando que realicen actividades placenteras y la disminución de la sintomatología depresiva experimentada. Se determina que la sintomatología depresiva, puede alejar y limitar la participación en actividades agradables, lo que a su vez hace que los síntomas se acentúen. De igual forma, este módulo contempla la discusión de las metas y la capacidad de cada mujer para triunfar sobre el estado de ánimo que experimentan. Se planifican las metas y se planean recompensas por el logro de los objetivos planteados. Cada participante con la ayuda del grupo de trabajo y la facilitadora, genera alternativas, metas e identifica actividades que le permitirán combatir su estado de ánimo depresivo.

Etapas del contacto y relacionamiento

Se compone de cuatro sesiones que se centran en cómo las relaciones interpersonales afectan el estado de ánimo. El contacto social, se convierte en uno de los eslabones principales para afrontar situaciones difíciles, tales como la depresión. La mujer víctima de violencia de pareja aprende a valorar las relaciones saludables, establecer y fortalecer su grupo de apoyo. Las últimas sesiones de este módulo van integrando los temas de los módulos anteriores, concluyendo que nuestros pensamientos afectan las actividades en las que participamos, el apoyo social y el tipo de relaciones interpersonales en las que se involucra. Se realizan ejercicios que enfatizan en la importancia de la comunicación asertiva y en el desarrollo de destrezas que permitirán el establecimiento de relaciones satisfactorias.

Etapas evaluativas

Correspondiente a la valoración de los resultados del programa, por tanto de las limitaciones los logros y avances alcanzados durante el desarrollo del programa

3.2.3.2. Estrategias didácticas

Este programa cuenta con 13 sesiones, cada una estructurada en tres momentos didáctico de inicio, desarrollo y cierre de sesión. Busca poner en práctica un procedimiento participativo y cooperativo, entre los facilitadores y participantes, mediante las técnicas de lluvia de idea,

exposición, retroalimentación, registro de conductas, práctica cognitiva, modelaje de conductas entre pares, practicar en vivo las destrezas interpersonales y de comunicación, dar y recibir retroalimentación, y usar refuerzos positivos de los miembros del grupo.

En un primer momento se tiene dos sesiones dirigidas al proceso informativo respecto a la depresión en mujeres maltratadas y del programa cognitivo como estrategia de solución respecto a la problemática vivida por las participantes y servirán de punto de partida para el desarrollo de las siguientes sesiones. La segunda etapa, incluye cuatro sesiones que se centran en la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo. Mientras que la tercera etapa contiene cuatro sesiones cuyo propósito es trabajar con las actividades diarias que afectan el estado de ánimo. La última etapa incluye cuatro sesiones que se centran en como interacciones con otras personas afectan el estado de ánimo. Cada etapa está orientada a controlar y disminuir la sintomatología a nivel cognitivo, emocional, conductual y somático, tomando en cuenta el rol protagónico que ejerce la personas para generar un cambio en cuanto a la visión de sí mismo, su entorno y su futuro.

Antes de iniciar la primera sesión se expondrá una normativa basada en una serie de acuerdos que debe asumir el participante con la finalidad de lograr un desarrollo adecuado del programa.

SESIÓN N° 1: RECONOCIENDO MI PROBLEMA

NOMBRE DE LA SESIÓN	OBJETIVO	INDICADOR	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO	TECNICA	MATERIAL
SESIÓN N°1: Reconociendo mi Problema	Conocer la depresión, sus principales manifestaciones y cuál es su impacto en la vida diaria.	<ul style="list-style-type: none"> Comprende el concepto de la depresión y cual son sus manifestaciones. Reconoce cual es el impacto de la depresión en su vida. Identifica la violencia de pareja como una de las causas 	INICIO: Se comienza la sesión con una dinámica de presentación “La Palabra clave”, que consiste en realizar tarjetas según el número de integrantes; cada una tiene una palabra: amor, respeto, esfuerzo, seguridad, confianza, libertad, superación, bienestar, etc. Las tarjetas se depositan en un sobre. El facilitador forma un círculo y entrega el material de trabajo. Explica cómo realizar el ejercicio: las personas retiran una de las tarjetas del sobre, y cada uno se presenta y manifiesta el significado de la palabra y en qué momento de su vida lo ha puesto en práctica.	15 minutos	Dinámica de grupo	Tarjetas de Cartulina con “La Palabra Clave”
			DESARROLLO: 1. ¿Qué significa para ti la depresión? La facilitadora hará esta pregunta al grupo de tal manera que se propicie una "lluvia de ideas". Las mismas se irán escribiendo en una pizarra o cartulina y a partir de esta actividad se expondrá la siguiente información: La palabra depresión se usa de muchas formas. Depresión puede significar: <ul style="list-style-type: none"> Un sentimiento que dura unos cuantos minutos. 	35 minutos	Lluvia de ideas	Papelotes y Cartulina

		principales de la depresión.	<ul style="list-style-type: none"> • Un estado de ánimo que dura de unas horas a unos cuantos días. • Una condición clínica que: dura al menos dos semanas. <p>2. Las personas que sufren de depresión como condición clínica, por lo general tienen cinco o más de las siguientes manifestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentirse deprimido/a o decaído/a casi a diario. • No estar interesado/a en cosas o ser incapaz de disfrutar las que antes disfrutaba. • Cambio de apetito y/o de peso (comer ya sea más o menos de lo acostumbrado). • Problemas para dormir (dificultades para quedarse dormido/a, despertarse). • Frecuentemente, despertarse muy temprano y no poder volver a conciliar el sueño, dormir demasiado). • Cambios en la rapidez con que se mueven (ya sea estar muy inquieto/a o moverse lentamente). • Sentirse cansado/a todo el tiempo. • Sentirse devaluado/a o culpable. • Problemas pensando, concentrándose o tomando decisiones. • Tener ideas de muerte, o pensamientos de hacerse daño. 		Exposición y Retroalimentación	
--	--	------------------------------	---	--	--------------------------------------	--

		<p>3. Se expone las siguientes preguntas, se procede a dar un tiempo de trabajo individual para después compartir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿He experimentado alguna de estas manifestaciones? • ¿Qué pensamientos son recurrentes cuando te sientes deprimido/a o triste? • ¿Qué es lo que haces cuando te sientes deprimida? • ¿Cómo te llevas con la gente cuando estás deprimido/a? <p>4. Depresión y Violencia de Pareja: Se abordará el tema de violencia de pareja como una de las causas de depresión: Definición de Violencia de pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de violencia: La violencia física definida como toda agresión física, no accidental, que provoque daño físico, lesión o enfermedad. La intensidad del daño puede variar desde lesiones leves a lesiones mortales • La violencia Psicológica, como aquella conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. • La violencia Sexual, como cualquier conducta que implique un acto de naturaleza sexual realizado sin 		Exposición y Retroalimentación	<p>Hoja de trabajo: Identifico los síntomas de la depresión (Apéndice A)</p>
--	--	---	--	--------------------------------------	---

			<p>consentimiento de la mujer con violencia, intimidación, amenaza, o coacción, con independencia de que la agresión se produzca por su pareja o por otras personas.</p> <p>5. Modelo Cognitivo Conductual de la depresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visión negativa sobre sí mismo: La persona se considera como alguien desgraciado, torpe, enfermo y con poca valía. • Visión negativa sobre el mundo: Tendencia de una persona con depresión a interpretar sus experiencias de una manera negativa. • Visión negativa sobre el futuro: Tendencia a anticipar que el sufrimiento actual se hará extensivo indefinidamente, al hacer planes a futuro, se proyecta también hacia nuevas dificultades. 		Exposición y Retroalimentación	
SESIÓN N°1: Reconociendo mi Problema			<p>Cierre: Tarea para Casa Registro del Animo (Apéndice B).</p> <p>1. Este registro permite a la participante indicar la intensidad de sus sentimientos depresivos. La facilitadora realizará un modelaje de cómo se llena el “Registro del Ánimo”, como ejercicio de práctica puede realizar el llenado de ese día, solicitando que traten de detectar cual fue el o los sucesos que lo llevaron a sentirse de esa manera.</p>	10 minutos	Registro y práctica Cognitiva	Ficha de Trabajo: Registro del Ánimo

			<p>2. Se le entrega una Hoja de Registro del Ánimo para que se la lleven y realicen el ejercicio de cada día durante la semana.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

SESIÓN N° 2: BUSCANDO UNA SOLUCIÓN

<i>NOMBRE DE LA SESIÓN</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TECNICA</i>	<i>MATERIAL</i>
SESIÓN N°2: Buscando una Solución	Reconocer la teoría cognitiva conductual como una alternativa de solución para la sintomatología depresiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprende el concepto de la teoría cognitiva conductual. • Identifica los principales postulados y técnicas de la teoría cognitivo conductual con la finalidad de ponerlas en práctica. 	INICIO: Se realiza una revisión sobre las tareas dejadas en la sesión anterior, revisando las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es la Depresión? - ¿Cuáles son las principales manifestaciones? - ¿Qué relación tiene la depresión y la violencia de pareja? Registro del Animo: ¿Cómo te sentiste llenándolo cada día? ¿Por qué es importante hacer los ejercicios?	15 minutos	Lluvia de ideas Retroalimentación	Hojas Bond
			DESARROLLO: 1. ¿Qué comprenden por cognición y conducta? La facilitadora hará esta pregunta al grupo de tal manera que se propicie una "lluvia de ideas". Las mismas se irán escribiendo en una pizarra o cartulina e iniciará la explicación del tema. 2. Definición del programa cognitivo conductual Conjunto de técnicas que indica que el pensamiento (cognición) puede ser un medio para cambiar la	35 minutos	Lluvia de ideas	Papelotes y Cartulina

			<p>conducta y que la modificación del pensamiento conduce a la modificación del estado de ánimo y de la conducta.</p> <p>3. Postulados principales:</p> <p>a) Los procesos cognitivos afectan la conducta.</p> <p>b) La actividad cognitiva puede ser monitoreada y modificada.</p> <p>c) Los cambios en las cogniciones de las personas, esto es, en los pensamientos, las interpretaciones y los supuestos, pueden conducir a la modificación de sus conductas.</p> <p>4. Principales Técnicas</p> <p>Técnicas cognitivas: facilitan al paciente la oportunidad de reorganizar la estructura cognitiva, esto se logra mediante la identificación que realiza sobre sus pensamientos ilógicos o que no se ajustan a la realidad de lo que le está pasando.</p> <p>Técnicas Conductuales: tienen como propósito, lograr un cambio en el comportamiento de la persona, de manera que pueda detectar aquellas conductas que incrementan la sintomatología existente.</p> <p>5. Importancia de la teoría cognitiva conductual para la depresión:</p>		Exposición y Retroalimentación	Material de exposición
--	--	--	--	--	--------------------------------	------------------------

			<p>a) Analizar las situaciones causales de las respuestas depresivas, haciendo énfasis en los componentes cognoscitivos. Se identifican los errores cognoscitivos que caracterizan la experiencia de cada uno.</p> <p>b) Se demuestra cómo estos errores cognoscitivos operan, distorsionando la realidad. Se alienta la elaboración por parte de cada participante de nuevas conclusiones de la experiencia pasada y presente.</p> <p>c) Se ejercitan las nuevas habilidades del paciente en las situaciones que va enfrentado, estableciendo contrastes entre los diferentes modos de interpretación de lo que ocurre.</p> <p>Al concluir con la explicación del tema, se aclara las posibles dudas. Se entrega una hoja a cada participante planteando las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué espero lograr al participar en este programa? • ¿Por qué es importante participar del programa cognitivo conductual? 		Exposición y Retroalimentación	Material de exposición, hojas bond
SESIÓN N°2: <i>Buscando una Solución</i>			<p>Cierre: Tarea para Casa Registro del Animo (Apéndice B).</p> <p>1. Se continúa con el “Registro del Ánimo”, se hace una revisión de lo registrado durante la semana previa con la finalidad de poder aclarar</p>	10 minutos	Registro y práctica Cognitiva	Ficha de Trabajo: Registro del Ánimo

			dudas y conocer que piensan y sienten respecto a lo que están colocando en sus fichas de trabajo.			
--	--	--	---	--	--	--

SESIÓN N° 3: EL IMPACTO DE LOS PENSAMIENTOS

<i>NOMBRE DE LA SESIÓN</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TECNICA</i>	<i>MATERIAL</i>
SESIÓN N°3: <i>El impacto de mis pensamientos</i>	Conocer el impacto de los pensamientos en las personas con depresión y sin depresión	<ul style="list-style-type: none"> Identificar los pensamientos que caracterizan a una persona deprimida y no deprimida. Reconocer los diferentes tipos de pensamiento y el efecto que tienen en el estado de ánimo. 	INICIO: Se efectúa una revisión sobre las tareas dejadas en la sesión anterior, por lo que se realizan las siguientes preguntas y aclaraciones de no ser necesario. <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué es la Depresión? ¿Qué es la Teoría Cognitiva-Conductual de la Depresión? Registro del Ánimo (Apéndice B): ¿Cómo te sentiste llenándolo cada día? 	15 minutos	Lluvia de ideas Retroalimentación	Ficha de Trabajo: Registro del Ánimo
			DESARROLLO: Se comienza la sesión narrando la siguiente historia: “Mujer que es abandonada por su pareja después de 10 años de relación “¿Qué pensaría una mujer con depresión? y ¿Qué pensaría una mujer sin depresión? Proponer la discusión en equipos de trabajo. 1. Los pensamientos afectan nuestro estado de ánimo: Diferentes tipos de pensamientos producen diferentes efectos en tu estado de ánimo. Algunos pensamientos aumentan la posibilidad de que te deprimas, mientras que otros disminuyen dicha posibilidad.	35 minutos	Lluvia de Ideas Exposición Retroalimentación	Papelotes y Cartulina

			<p>2. ¿Qué son los pensamientos? (La facilitadora hará esta pregunta de forma abierta de manera que se fomente una lluvia de ideas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos son ideas cogniciones (frases u oraciones) que nos decimos a nosotras mismas. Nosotras estamos todo el tiempo hablándonos mentalmente, pero no todo el tiempo nos damos cuenta de ello. Es útil pensar acerca de los pensamientos como ideas que tienen un efecto real sobre nuestras mentes y cuerpos. <p>3. ¿Cómo piensan las personas con depresión? Después de la participación del equipo, se inicia con la exposición de algunos tipos de pensamientos recurrente. Algunos de los pensamientos que se generen como ejemplos serán utilizados posteriormente, clasificando los mismos de acuerdo con el material que se presenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inflexible: Por ejemplo, una persona que está deprimida podrá pensar: “Siempre tengo miedo”. “A mí siempre me pasan cosas malas”. Un pensamiento flexible que podría evitar el sentirnos deprimidos/as podrá ser: “A veces tengo miedo, pero también a veces soy valiente”. “Me pueden pasar cosas malas, pero también cosas buenas, como a los demás” 		<p>Lluvia de Ideas Exposición Retroalimentación</p>	<p>Material de exposición</p>
--	--	--	---	--	---	-------------------------------

			<p>- Enjuiciador: Una persona que está deprimida podría pensar: “Soy un cobarde”, “soy feo” o “la gente no me quiere. Un pensador flexible podría decir: “Soy más miedoso/a que la mayoría de la gente que yo conozco”. “No seré el/la más lindo/a del mundo, pero tampoco soy, el/la más feo/a. Tengo otras cualidades que me hacen una persona agradable”, “no puedo caerle bien a todo el mundo, pero también tengo gente que me quiere”</p> <p>4. Aprendiendo a identificar diferentes tipos de pensamientos:</p> <p>a. Pensamientos constructivos versus destructivos: Pensamientos constructivos te ayudan a sentirte mejor. Por ejemplo: “Yo puedo aprender a controlar mi vida para hacer lo que realmente quiero”; es un pensamiento constructivo. Pensamientos destructivos te hacen sentir mal. Por ejemplo: “No sirvo para nada”. “Todo me sale mal” o “he cometido tantos errores que no puedo salir de mis problemas”.</p> <p>b. Pensamientos necesarios versus innecesarios: Pensamientos necesarios te recuerdan cosas que tenemos que hacer, tales como: “Debo ponerle la alarma al reloj” o “mañana debo apoyar asistir a la reunión del colegio de mi hijo.” Pensamientos innecesarios no cambian nada, pero pueden hacernos</p>		Exposición y Retroalimentación	Material de exposición
--	--	--	---	--	--------------------------------	------------------------

			<p>sentir mal. Por ejemplo, podríamos pensar: “Pronto habrá un terremoto” o “a lo mejor pronto voy a morir”.</p> <p>5. Pensamientos Dañinos O Contraproducentes: Se trabajará con la ficha de trabajo y será discutida en grupo. Se le asignará a cada participante uno de los “errores de pensamiento”. Cada participante, con ayuda del grupo, deberá dar un ejemplo de este (Apéndice C).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos de todo o nada • Filtro mental. • Descontando lo positivo. • Haciendo conclusiones erróneas. • Dándole más o menos importancia a las cosas. • Tomando sus sentimientos muy seriamente. • Deberes. • Culpándose usted mismo. 		Exposición y Retroalimentación	Material de exposición Ficha de trabajo “Pensamientos dañinos o contraproducentes”
SESIÓN N°3: <i>El impacto de mis pensamientos</i>			<p>Cierre: Tarea para Casa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo me siento cada día? Continúa llenando el Registro del Ánimo (Apéndice B). 2. Se agrega la Lista de pensamientos Negativos (Apéndice D). Al final del día saca la lista y pon una marca a cada pensamiento que tuviste. Observa la relación que existe entre el número de cada tipo de pensamientos y tu estado de ánimo, este material se compartirá en la siguiente sesión. 	10 minutos	<p>- Registro y práctica Cognitiva.</p> <p>-Asignación de tareas graduales.</p>	<p>Fichas de Trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registro del ánimo - Pensamientos Negativos

SESIÓN N° 4: PENSAMIENTOS ERRÓNEOS

<i>NOMBRE DE LA SESIÓN</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TECNICA</i>	<i>MATERIAL</i>
SESIÓN N°4: Pensamientos Erróneos	Identificar cuáles son los pensamientos erróneos o distorsionados, replazándolos por un pensamiento racional.	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer los pensamientos erróneos o distorsionados que nos predisponen a un estado depresivo. 	INICIO: Se realiza una revisión sobre las tareas dejadas en la sesión anterior, por lo que se realizan las siguientes preguntas y aclaraciones de no ser necesario. <ul style="list-style-type: none"> El Registro Ánimo. Los pensamientos, acciones y sentimientos nos afectan. El tipo de pensamientos que la gente deprimida tiene. ¿Cuáles son algunos de los pensamientos que tuviste la semana pasada? 	15 minutos	Lluvia de ideas	Ficha de Trabajo: - Registro del ánimo. - Lista de Pensamientos Negativos
		<ul style="list-style-type: none"> Cambia pensamientos distorsionados, mediante el análisis, emoción, respuesta racional y respuesta. 	DESARROLLO: A. Pensamientos que pueden hacernos sentir deprimidos/as. 1. “Todos me deben querer.” 2. Yo debo ser capaz de hacer las cosas bien siempre y debo trabajar duro todo el tiempo para sentirme bien acerca de mí mismo/a.” 3. "Algunas personas son malas y deben ser castigadas.” 4. “Me sentiré muy mal si las cosas no suceden en la forma en que deben suceder.”	35 minutos	Lluvia de Ideas Exposición Retroalimentación	Papelotes y Cartulina

		<p>5. “Otras personas y cosas sobre las que no tengo control son las que me hacen sentir infeliz.”</p> <p>6. “Yo debo preocuparme por las cosas malas que pueden suceder.”</p> <p>7. “Nunca podré ser feliz si no tengo a nadie que me quiera”</p> <p>8. “Yo no puedo cambiar mi forma de ser, así crecí y así seré.”</p> <p>9. “Yo debo de sentirme triste cuando a la gente que estimo le está yendo mal.”</p> <p>10. “Me debo sentir mal si no hago todas las cosas correctas”.</p> <p>11. “Necesito el amor o la aprobación de todos/as para sentirme bien.”</p> <p>12. “Tengo que ser popular y aceptado/a por mis amigos/as para sentir que valgo algo.”</p> <p>B. La retribución: Análisis, emoción, respuesta racional y respuesta.</p> <p>Cuando te sientas deprimido/a, pregúntate a ti mismo/a lo que estás pensando. Entonces hay que identificar el pensamiento que te está molestando.</p> <p>Se entrega ficha de Trabajo “Pensamientos Distorsionados” (Apéndice E) para realizar un ejercicio de práctica:</p> <p>El grupo mismo, con ayuda de la facilitadora plantearan una situación que pueda ser desarrollada mediante la</p>		<p>- Lluvia de Ideas.</p> <p>- Exposición Retroalimentación.</p> <p>- Técnicas de Retribución</p>	<p>Papelotes y Cartulina</p> <p>Fichas de Trabajo:</p> <p>-Pensamientos distorsionados</p>
--	--	--	--	---	--

			ficha de trabajo. La facilitadora realizará un modelaje de cómo se llena la ficha de trabajo. Instará a las participantes a participar del mismo. Este procedimiento obliga al paciente a prestar atención a los detalles esenciales de su forma de pensar y sentir.			
SESIÓN N°4: Pensamientos Erróneos			Cierre: Tarea para Casa 1. ¿Cómo me siento cada día? Continúa llenando el Registro del Ánimo. 2. Continúa trabajando en tus pensamientos. Llena tu Lista de Pensamientos Negativos cada día (Apéndice D). 3. Continuar identificando errores cognitivos y proponer explicaciones alternativas a los “pensamientos automáticos” negativos.	10 minutos	-Registro y práctica Cognitiva. -Asignación de tareas graduales. -Técnica: búsqueda de soluciones alternativas.	Fichas de Trabajo: - Registro del ánimo - Pensamientos Negativos

SESIÓN N° 5: ATRAYENDO PENSAMIENTOS POSITIVOS

<i>NOMBRE DE LA SESIÓN</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TECNICA</i>	<i>MATERIAL</i>
SESIÓN N°5: Atrayendo pensamientos positivos	Aumentar los pensamientos positivos y disminuir los negativos.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar pensamientos positivos que incrementen el bienestar en la vida cotidiana. Empleo los pensamientos positivos en la vida cotidiana 	INICIO: Se efectúa una revisión sobre las tareas dejadas en la sesión anterior: <ul style="list-style-type: none"> Control del Registro de Ánimo. El tipo de pensamientos que la gente con depresión tiene. ¿Cuáles son algunos de los pensamientos que tuviste la semana pasada? Se realiza el ejercicio de “La cajita de las Buenas Ideas” (Se realizará un ejercicio en el que cada participante debe sacar una frase incompleta de La Cajita de las Buenas Ideas y deberá completar con un pensamiento positivo como por ejemplo el papel dirá Soy fuerte y por eso....) 	15 minutos	Lluvia de ideas Practica cognitiva	La Cajita de las Buenas Ideas Frases incompletas
			DESARROLLO: A. Aumentando pensamientos que producen un mejor estado de ánimo. Sugerencias para aumentar los pensamientos que permiten sentirnos mejor. Los siguientes puntos serán presentados de tal manera que se genere una discusión	35 minutos	Exposición y Lluvia de Ideas	Fichas de Trabajo

		<p>grupal en torno a los mismos. Se proporcionará copia de ese material a los miembros del grupo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumenta en tu mente el número de pensamientos buenos: Haz una lista de los pensamientos buenos que tienes acerca de ti mismo/a y de la vida en general. 2. Felicítate mentalmente: Las otras personas no notan la mayoría de las cosas que hacemos. Por lo tanto, es importante para nosotros/as reconocerlas y darnos crédito por ellas. 3. Detén todo lo que estás haciendo: Cuando nos ponemos nerviosos/as podemos tomar un descanso y darnos mentalmente un “tiempecito” a nosotros/as mismos/as. ¡Tómate una pausa! Permite relajar tu mente. Permítele a tu mente tomar un respiro. Ponle atención a la habilidad natural de tu cuerpo de sentirse en paz. Sentirse en paz puede dar energías. 4. Proyección al futuro: Imagínate a ti mismo/a en el futuro, en un tiempo en el que las cosas serán mejores. <p>B. Disminuyendo los pensamientos que nos hacen sentir mal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interrumpe tus pensamientos <p>Cuando un pensamiento está arruinando nuestro estado de ánimo, nosotros/as podemos identificarlo y tratar de interrumpirlo. Primero, identifica el pensamiento. Después, dite a ti mismo/a: “Este</p>		Exposición y Retroalimentación	
--	--	--	--	--------------------------------	--

			<p>pensamiento está arruinando mi estado de ánimo, por lo tanto, voy a pensar otro”.</p> <p>2. Tiempo para preocuparse Programa un “tiempo para preocuparte” cada día, de tal forma que te puedas concentrar enteramente en pensamientos necesarios y dejar el resto del día libre de preocupaciones. El “tiempo para preocuparte” puede ser de 10 a 30 minutos de duración diariamente.</p> <p>3. Ríete de los problemas exagerándolos Si tienes un buen sentido del humor, trata de reírte de tus preocupaciones. Si sientes que no tienes un buen sentido del humor, trata de hacerlo de cualquier forma. Algunas veces esto le puede quitar lo doloroso a algunas preocupaciones.</p> <p>4. Considera lo peor que puede pasar A menudo sucede que algunos miedos que tenemos acerca de lo que podría pasar nos hacen sentir más deprimidos/as que el miedo mismo que nos causa el analizar las cosas que nos atemorizan y enfrentar las peores posibilidades o consecuencias. Recuerda que lo peor que puede pasar es solamente una de las muchas posibilidades y sólo porque es la peor no significa que es la más probable que ocurra.</p>		Exposición y Retroalimentación	Ficha de Trabajo
--	--	--	--	--	--------------------------------	------------------

			<p>C. Siendo nuestro/a propio/a entrenador/a.</p> <p>Así como nosotros/as podemos ayudar a alguien a hacer algo difícil dándole instrucciones, también nosotros/as podemos ayudarnos a nosotros/as mismos/as al darnos instrucciones. Esto es lo que queremos decir cuando hablamos de aprender a sentirnos mejor.</p>			
<p>SESIÓN N°5: Atrayendo pensamiento s positivos</p>			<p>Cierre: Tarea para Casa</p> <p>1. ¿Cómo me siento cada día? Continúa llenando el registro del Ánimo.</p> <p>2. ¿Cómo me siento cada día? Continúa llenando el Termómetro del Ánimo.</p> <p>2. Continúa trabajando en tus pensamientos. Llena tu Lista de Pensamientos Positivos (Apéndice F).</p>	10 minutos	Registro y práctica cognitiva	<p>Ficha de Trabajo:</p> <p>Registro del Ánimo</p> <p>Lista de Pensamientos Positivos</p>

SESIÓN N° 6: ENFOCÁNDOME EN MIS ACTIVIDADES

<i>NOMBRE DE LA SESIÓN</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TECNICA</i>	<i>MATERIAL</i>
SESIÓN N°6: <i>Enfocándome en mis actividades</i>	Reconocer como las actividades diarias (desempeño personal) influyen en mi estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las actividades que es capaz de realizar. • Reconocer y ejecutar actividades agradables que permitan motivarme como persona. 	INICIO: Se efectúa una revisión sobre las tareas dejadas en la sesión anterior: <ul style="list-style-type: none"> - Registro del Ánimo. - Lista de Pensamientos Positivos/Negativos - ¿Cómo nuestros pensamientos y nuestras acciones? influyen sobre nuestros sentimientos? 	15 minutos	- Lluvia de ideas	Ficha de Trabajo
			DESARROLLO: Se inicia la sesión con la siguiente pregunta: ¿Dejas de hacer cosas porque te sientes deprimido/a? o ¿Te deprimes porque dejas de hacer cosas? Estas preguntas se harán de forma abierta, generando una discusión grupal. La respuesta más probable es que sean las dos cosas: Entre menos cosas agradables haces, más deprimido/a te sientes. Entre más deprimido/a te sientes, menos cosas agradables haces.	35 minutos	Lluvia de ideas Exposición Retroalimentación	Material de exposición y Ficha “Lista de Actividades agradables”

			<p>A esto se le llama un “CIRCULO VICIOSO”. PARA ROMPER EL CIRCULO VICIOSO, PUEDES AUMENTAR AQUELLAS ACTIVIDADES QUE TE HAGAN SENTIR MEJOR. A estas actividades también les puedes llamar “agradables”, “placenteras”, “reforzantes”, “inspiradoras”, etc. Nosotros/as les llamamos “agradables”.</p> <p>2. Las actividades agradables NO TIENEN QUE SER ACTIVIDADES ESPECIALES (aunque pueden serlo). Por actividades agradables nosotros/as nos referimos principalmente a actividades cotidianas.</p> <p>3. Algunas veces nos es difícil pensar en cosas que nosotros/as consideramos agradables, especialmente si no las hemos hecho en mucho tiempo. Cuando estamos deprimidos/as, nos es más difícil recordar cosas agradables. Para ayudarte a hacerlo nosotros/as usamos la “LISTA DE ACTIVIDADES AGRADABLES” (Apéndice G).</p> <p>4. Algunos obstáculos para trabajar con actividades agradables son:</p>		Exposición y Retroalimentación	
--	--	--	--	--	--------------------------------	--

		<p>TUS PENSAMIENTOS: ¿Qué es lo que te dices a ti mismo/a mientras piensas acerca de cómo las actividades agradables influyen en tu estado de ánimo? ¿Existen cosas que te dices a ti mismo/a que disminuyen la posibilidad de que puedas trabajar en tus actividades?</p> <p>LA GENTE: ¿Existe la posibilidad de que otra gente te dificulte el disfrutar de actividades agradables?</p> <p>5. Para la próxima semana llevarás un registro diario del número de actividades agradables que hagas. Utiliza la Lista de Actividades Agradables, pon una marca a cada una de las actividades agradables que hagas cada día. Si hay alguna actividad que encuentras agradable y no aparece en la lista, añádela. Personaliza tu lista.</p> <p>Ejercicio: Identifica actividades agradables que puedan ser añadidas a la lista. Si alguna de las actividades no se aplica a ti, entonces déjala en blanco o táchala con una línea. Es probable que nunca hayas hecho esto anteriormente en tu vida. Esta semana no tienes que hacer nada más allá de lo que ordinariamente haces. Nosotros/as queremos saber el número de actividades agradables que tienes cada día en el curso de la próxima semana. Al hacer esto, aprenderás algo</p>		Exposición y Retroalimentación.	Ficha de Trabajo
--	--	--	--	---------------------------------	------------------

			acerca de cómo tus actividades diarias influyen en tu estado de ánimo.			
SESIÓN N°6: <i>Enfocándome en mis actividades</i>			Cierre: Tarea para Casa 1. ¿Cómo me siento cada día? Continúa llenando el registro del Ánimo. 2. El facilitador puede asignar la tarea de llevar a cabo todos los días una determinada actividad agradable durante una semana y pedirle a cada participante que anote todos los cambios de humor o de estado de ánimo, así como la posible reducción de los sentimientos depresivos asociada con la actividad en cuestión (Apéndice H).	10 minutos	Registro y práctica cognitiva	Ficha de Trabajo: -Registro del Ánimo -Programa Semanal de Actividades

SESIÓN N° 7: EJECUTANDO ACTIVIDADES GRATAS

<i>NOMBRE DE LA SESIÓN</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TECNICA</i>	<i>MATERIAL</i>
SESIÓN N°7: Ejecutando actividades Agradables	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer la importancia de las actividades agradables en la vida diaria, como principal recurso de motivación. 	<ul style="list-style-type: none"> Reconozco actividades básicas que puedo realizar cada día. 	INICIO: Se efectúa una revisión sobre las tareas dejadas en la sesión anterior: <ul style="list-style-type: none"> Registro del Ánimo. ¿Cómo te sentiste llevando un registro de tus actividades? ¿Cuántas actividades hiciste cada día? 	15 minutos	Lluvia de ideas.	Ficha de Trabajo.
		<ul style="list-style-type: none"> Ejecuto y planifico un esquema de actividad agradable en equipo. 	DESARROLLO: Más información acerca de las actividades agradables: 1. ¿Cómo es que las actividades agradables te pueden ayudar a cambiar tu estado de ánimo? Se presenta la transparencia con el diagrama que representa la interacción entre pensar, actuar y sentir. No es suficiente decirte a ti mismo/a: ¡Siéntete bien! A menudo es más fácil cambiar las cosas que haces. Si cambias las cosas que haces, entonces también cambiarás la forma en que te sientes. 2. ¿Qué son actividades agradables?	35 minutos	Lluvia de ideas	Fotocopia

			<p>Actividades agradables no necesitan ser actividades especiales, aunque éstas pueden ser especiales. A menudo las actividades agradables son actividades habituales que nos hacen disfrutar. Ejemplos de éstas pueden ser: observar una puesta del sol, leer un libro, hablar con un amigo/a ya sea en persona o por teléfono, ir a un parque, oler una flor, escuchar música, dibujar, etcétera. Las actividades agradables pueden ser diferentes para diferentes personas. Por ejemplo, algunas personas encuentran que leer un libro a solas es una actividad muy agradable. Otras personas pueden encontrar divertido el estar en un centro comercial ruidoso y con mucha gente.</p> <p>3. Para sentirnos saludables emocionalmente es importante tener un balance adecuado de actividades agradables.</p> <p>Nuestro estado de ánimo está en lo óptimo cuando nuestras actividades están bien balanceadas entre las cosas que “tenemos que hacer” y las cosas que “queremos hacer”. Puesto que nosotros/as tenemos más poder de elección sobre las cosas que queremos hacer, es importante tener estas actividades en mente y hacerlas.</p>		Exposición y Retroalimentación	Fotocopias
--	--	--	---	--	--------------------------------------	------------

			<p>Hacer actividades agradables sin gastar mucho dinero: <i>Ejercicio: Hacer una lista de actividades agradables que uno/a pueda hacer, sin gastar mucho dinero.</i></p> <p>5. El problema de otras cosas que demandan tu tiempo y la necesidad de hacer actividades agradables: Planifica y programa: Una forma de obtener control sobre su vida.</p> <p>6. Anticipándote a los problemas.</p> <p><i>Ejercicio: Se le solicitará al grupo que planifique una actividad. Para realizar esta tarea el grupo debe enfrentarse a las tres preguntas anteriores. Luego se pasará la discusión del ejercicio.</i></p>		Exposición y Retroalimentación	Ficha de Trabajo
			<p>Cierre:</p> <p>1. Continuar con el Registro de ánimo.</p> <p>3. Contrato personal: Parte I: Hacer un contrato (Apéndice I)</p>	10 minutos	Registro y práctica cognitiva	Ficha de Trabajo: Registro del Ánimo

SESIÓN N° 8: ACTIVIDADES DIRIGIDAS A METAS

<i>NOMBRE DE LA SESIÓN</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TECNICA</i>	<i>MATERIAL</i>
SESIÓN N°8: Actividades Dirigidas a Metas	• Planificar y dirigir la actividad diaria hacia metas específicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer e identificar las metas a corto, mediano y largo plazo. • Establecer un plan de actividades que permita tener metas claras y específicas en la vida cotidiana. 	INICIO: Se efectúa una revisión sobre las tareas dejadas en la sesión anterior: <ul style="list-style-type: none"> - Registro del Ánimo. - Lista Actividades Agradables Contrato Individual Predicción de Actividades Agradables. 	15 minutos	- Lluvia de ideas - Ejercicio vivencial	Fichas de Trabajo desarrolladas en casa
			DESARROLLO: Creando tu propio plan para superar la depresión: 1. ¿Qué son las metas? ¿Cuál es la relación de las metas con las actividades? El/la terapeuta hará estas preguntas de forma abierta, fomentando la discusión grupal. 2. Para superar la depresión: <ul style="list-style-type: none"> • Ponte metas razonables • Anota las cosas positivas que haces • Recompénsate en tu mente y en la vida real 	35 minutos	Lluvia de ideas	Fotocopia

			<p>3. Poniéndote metas realistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponte metas claras y concretas (de tal forma que te des cuenta cuando las hayas realizado) • El/la terapeuta instará al grupo a proporcionar ejemplos, tomando los anteriores como modelo. Se realizará un ejercicio en el que se practique el convertir metas no claras en metas claras. <p>4. Poniéndote metas realistas o razonables: A menudo es difícil determinar por adelantado lo que es realista y lo que no lo es. Lo que no es realista hoy, puede ser realista en el futuro. Sin embargo, si encuentras que no puedes realizar la mayoría de tus metas ahora, probablemente tus metas no son realistas en este momento.</p> <p>5. Divide tus metas grandes en partes pequeñas:</p> <p>Asegúrate de que cada parte se puede llevar a cabo sin demasiado esfuerzo. Si tu meta es aprender a ser un/a buen/a jugador/a de pelota, podrías comenzar por averiguar dónde queda el parque más cercano y a qué horas puedes practicar. El/la terapeuta promoverá que se tomen uno o más ejemplos de los</p>		Exposición y Retroalimentación	Fotocopias
--	--	--	---	--	--------------------------------	------------

			<p>generados anteriormente, y se practique de forma grupal el dividir los metas grandes en partes pequeñas.</p> <p>6. Cambios en nuestras vidas a veces requieren cambios en nuestras metas: Las cosas que eran realistas se pueden volver irrealistas Las cosas que eran irrealistas se pueden volver realistas El/la terapeuta le pedirá uno o más ejemplos al grupo.</p> <p>Tal vez sea necesario aprender a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disfrutar actividades viejas en formas nuevas. • Disfrutar nuevos intereses para remplazar viejos intereses. • Desarrollar nuevas habilidades. <p>7. Hay varios tipos de metas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • METAS A CORTO PLAZO Cosas que te gustaría hacer pronto (digamos que dentro de los próximos seis meses) • METAS A LARGO PLAZO Cosas que te gustaría hacer en alguna ocasión en tu vida 		Exposición y Retroalimentación	Ficha de Trabajo
--	--	--	--	--	--------------------------------	------------------

			<ul style="list-style-type: none"> • METAS DE LA VIDA Filosofía de la vida: ¿Qué es lo que te importa más en la vida? <p>¿Cuáles son tus metas? ¿Cuáles son los obstáculos que te impiden realizarlas? El/la terapeuta repartirá papel y lápiz a cada miembro del grupo (Apéndice J). Se le pedirá a cada uno/a que escriba una meta a corto plazo y una meta a largo plazo. Se le pedirá al grupo que voluntariamente compartan las metas que han escrito y que se analice si las mismas son realistas. Así mismo, que se identifiquen los posibles obstáculos que puedan impedir el realizarlas.</p> <p>9. Planificando para el futuro: ¿Qué es un plan y para qué sirve? El/la terapeuta formulará la pregunta de forma abierta, propiciando la discusión grupal.</p> <p>En el día de hoy sólo pensaremos en metas y planes individuales, es decir, metas y planes que sólo tienen que ver contigo. El/la terapeuta repartirá papel y lápiz a cada miembro del grupo. Estos/as deberán visualizar un objetivo (meta) e identificar pasos para obtenerlo.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			Cierre: 1. Continuar con el Registro de ánimo. 2. Tu Programa Semanal de Actividades (Apéndice G) 3. Haz una lista de las metas a corto y largo plazo. Ponlas en orden de prioridad. (Apéndice J)	10 minutos	Registro y práctica cognitiva	Ficha de Trabajo: -Registro del Ánimo. -Metas Personales
--	--	--	---	------------	-------------------------------	--

SESIÓN N° 9: MI MUNDO OBJETIVO Y SUBJETIVO

<i>NOMBRE DE LA SESIÓN</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TECNICA</i>	<i>MATERIAL</i>
SESIÓN N°9: <i>Mi mundo Objetivo y Subjetivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el manejo adecuado de la realidad diaria, reconociendo su importancia para llevar una vida saludable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la diferencia de la realidad subjetiva y objetiva. • Plantear alternativas que permitan el manejo saludable de la realidad. 	INICIO: Se efectúa una revisión sobre las tareas dejadas en la sesión anterior: <ul style="list-style-type: none"> - Registro del Ánimo. - Lista de metas personales. - Plan para la Semana. 	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Lluvia de ideas - Ejercicio vivencial 	Fichas de Trabajo desarrolladas en casa
			DESARROLLO: 1. Todos/as nosotros/as vivimos en dos mundos: A. El mundo objetivo (el mundo de afuera, lo que está afuera de nosotros/as). B. El mundo subjetivo (el mundo de adentro, lo que está adentro de nuestra mente). La facilitadora presentará una imagen de una copa (Apéndice K). Se generará una discusión grupal en torno a diversas percepciones que se pueden tener del mismo dibujo. Todo esto dirigido a ilustrar la diferencia entre los mundos objetivo y subjetivo.	35 minutos	Lluvia de ideas	Fotocopias

			<p>2. Estos dos mundos son nuestra realidad. La clave para sentirte emocionalmente saludable es: Aprender a manejar estas dos partes de nuestra realidad</p> <p>4. Nadie controla completamente estos dos mundos. sin embargo, podemos aprender a obtener un mayor control del mundo subjetivo y a identificar formas de manejo del mundo objetivo. cuando estamos deprimidos/as sentimos que no tenemos ningún control.</p> <p>4. formas de sentir más control:</p> <p>A. ALTERNATIVAS: Cambiar el mundo objetivo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Más actividades positivas. • Más contactos sociales. • Comunicación asertiva. <p>B. PENSANDO QUE LA VIDA ESTA HECHA DE PEQUEÑOS TROZOS DE TIEMPO:</p> <p>Tener cuidado de decirse a uno mismo: “Yo no puedo disfrutar de la vida hasta que _____”.</p>		Exposición y Retroalimentación	Fotocopias
--	--	--	---	--	--------------------------------	------------

			<p>Por ejemplo, si usted dice: “Yo no puedo disfrutar de la vida hasta que esta depresión se termine” podrías no hacer el tipo de cosas que te ayudarían a liberarte de la depresión más pronto.</p> <p>Es probable que hay un mejor manejo de la depresión si usted empieza a llenar su mundo de adentro y su mundo de fuera, con cosas, personas, situaciones más agradables, saludables e importantes.</p> <p>6. Las actividades agradables hacen que tu tiempo se vuelva más satisfactorio.</p> <p>A medida que tu tiempo se vuelve más satisfactorio, también tu vida se volverá más satisfactoria. Integra tus actividades agradables dentro de tu plan en la vida. Si las actividades agradables te ayudan a superar la depresión, ellas también te ayudarán a sentirte emocionalmente más saludable emocionalmente. Entre mejor te sientas, más podrás ayudarte a ti mismo/a y a los/as demás.</p>		Exposición y Retroalimentación	Ficha de Trabajo
SESIÓN N°9: Mi mundo Objetivo y Subjetivo			Cierre: Tarea para Casa 1. Continuar con el Registro de ánimo. 2. Tu Programa Semanal de Actividades (Apéndice G)	10 minutos	Técnica de Dominio y Agrado	Ficha de Trabajo: Registro del Ánimo

SESIÓN N° 10: RED DE CONTACTOS SALUDABLE

<i>NOMBRE DE LA SESIÓN</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TECNICA</i>	<i>MATERIAL</i>
SESIÓN N°10: Red de Contactos Saludable	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una red de contactos saludable que sea un soporte de protección y seguridad frente a las situaciones adversas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer como las relaciones interpersonales influyen en mi bienestar cognitivo, emocional, conductual y somático. • Identificar aquellas personas que forman parte de mi propia red de contactos saludable. 	INICIO: Se efectúa una revisión sobre las tareas dejadas en la sesión anterior: <ul style="list-style-type: none"> - Registro del Ánimo. - Lista de metas personales. - Plan para la Semana. 	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Lluvia de ideas - Ejercicio vivencial 	
			DESARROLLO: 1. Vamos a trabajar en cómo los contactos con otras personas afectan nuestro estado de ánimo. La depresión fuerte está relacionada con los siguientes factores: (presentar en transparencia) <ul style="list-style-type: none"> • Menos contactos con personas. • Sentirte incómodo/a, tímido/a o enojado/a hacia otras personas. • Ser menos asertivo/a, es decir, no expresar lo que te agrada o desagrada. 	35 minutos	Lluvia de ideas	Fotocopia

			<ul style="list-style-type: none"> • Ser más sensible a sentirte ignorado/a, criticado/a o rechazado/a. <p>2. ¿Es la depresión la que causa que las personas san menos sociables?, o bien, ¿el ser menos sociable causa que las personas se depriman? La facilitadora hará esta pregunta de forma abierta fomentado así la discusión grupal. La respuesta es que lo más probable es que la depresión y la falta de contacto con otras personas se influyen mutuamente. Por ejemplo, un cambio de escuela puede significar el dejar muchas amistades. Esto puede causar que te sientas triste. Si al sentirte triste no haces el esfuerzo de conocer nuevas amistades, la tristeza puede convertirse en una depresión larga e intensa. Al sentirte deprimido/a, tendrás menos ganas de juntarte con otras personas, lo que causará el estar más deprimido/a hasta que uno/a pasa la mayor parte del tiempo solo/a y triste.</p> <p>3. La importancia del APOYO SOCIAL</p> <p>El apoyo que recibimos al estar en contacto con otras personas es muy importante para nuestra salud. Los contactos que tenemos con nuestra familia y, amigos/as crean una especie de red social protectora o “red de apoyo social”.</p>		Exposición y Retroalimentación	Fotocopias
--	--	--	---	--	--------------------------------	------------

		<p>Ejercicio: <i>El/la terapeuta proporcionará un rollo de hilo de lana. El grupo se formará en círculo. La persona que tenga el rollo de lana lo arrojará a alguno de sus compañeros/as, sin soltar el extremo del hilo. A su vez, la persona a la que se arrojará el rollo de hilo lo arrojará nuevamente a otra persona, manteniendo el hilo agarrado. De esta manera se irá formando en entramado de hilos parecido a una red.</i></p> <p>En general, entre más fuerte sea el apoyo social que recibimos, más capaces seremos para enfrentar situaciones difíciles. El sistema o “red de apoyo social” se refiere a la gente que está cercana a nosotros/as y con la cual compartes información importante o momentos importantes de tu vida. Esta gente puede ser familiares, amigos/as, vecinos/as, compañeros/as de estudio y conocidos/as. 4. ¿Cuál es tu red de apoyo social? ¿Quiénes son tus amigos/as? ¿Cuántas veces los/as ves? ¿Qué hacen? Ejercicio: <i>Representa tu red de apoyo social utilizando el diagrama a continuación (Apéndice L), escribe en cada figura geométrica el nombre de alguna persona que forme parte de tu red. El/la terapeuta dará copia del diagrama a cada miembro del grupo. Luego dará instrucciones para que con las redes de cada</i></p>		Exposición y Retroalimentación	Ficha de Trabajo
--	--	--	--	--------------------------------	------------------

			<p><i>miembro del grupo se represente “la red de apoyo grupal” Esto se logrará incorporando todas las redes individuales en una colectiva.</i></p> <p>5. Dos principios importantes para tenerlos en mente en el futuro.</p> <p>a. Si tu red de apoyo social es demasiado pequeña, agrándala. Tu red es demasiado pequeña si no tienes a alguien de confianza con quien platicar y decirle tus cosas, si no tienes a alguien a quien acudir si necesitaras ayuda, o si no tienes conocidos/as o amigos/as con quien hacer cosas juntos/as.</p> <p>b. Si tu red es adecuada y de un buen tamaño, apréciala y trata de mantenerla sana y fuerte. Mejor dicho, no dejes que disgustos o desacuerdos causen divisiones con los/as que forman parte de tu red. Pero, ¿cómo puedes lograr esto? El/la terapeuta formulará esta pregunta de forma abierta de tal manera que propicie una breve discusión. Las cuatro sesiones de este mes se enfocarán en cómo agrandar y mantener tu red de apoyo social.</p> <p>7. CONOCER A OTRAS PERSONAS</p> <p>¿Cómo hacer amistades? El/la terapeuta hará la pregunta de forma abierta, fomentando la aportación de ideas de parte del grupo. La forma más fácil de conocer a otros/as es hacer algo que a ti te guste hacer, pero en compañía de otra</p>			
--	--	--	---	--	--	--

			<p>personas. - Cuando haces algo que te gusta, es más probable que estés de buen humor y así será más fácil ser más amistoso con otros/as. - Aunque no encuentres a nadie en particular que te gustaría conocer mejor, estarás teniendo una actividad placentera y no la sentirás como pérdida de tiempo.</p> <p>Puesto que el enfoque principal estará en la actividad que estarás teniendo y no en conocer a otras persona, es más probable que sientas menos presión que la que sentirías si el único propósito fuera conocer a otras personas. Si tuvieras personas que te gustaría conocer mejor, sería probable que éstas fueran personas que tienen cosas sen común contigo. Ejercicio: “<i>SITIOS Y ACTIVIDADES EN DONDE UNO PUEDE CONOCER A OTRAS PERSONAS</i>”. (Actividad grupal) 7. MANTENIENDO SANA TU RED DE APOYO SOCLAL ¿Cómo podemos mantener una red de apoyo social saludable? E1/la terapeuta formulará la pregunta de forma abierta, abriendo espacio para una breve discusión. El contacto con otros/as es muy importante: Ya sea por teléfono o en persona. Pensamientos que pueden bloquear esto: “Me van a rechazar”. “Me aceptarán sólo porque son amables”. “No querrán salir conmigo después de conocerme”. 8. MANTENIENDO</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>BUENAS RELACIONES: Ser asertivo/a. ¿Cuáles son las diferencias entre ser pasivo/a, asertivo/a y agresivo/a? El/la terapeuta formulará la pregunta de forma abierta abriendo espacio para la discusión. Ser asertivo/a significa ser capaz de decir las cosas positivas y negativas sin sentirte mal. Uno/a no tiene que decir siempre lo que piensa, pero es importante sentir que uno/a tiene esa alternativa.</p>			
<p>SESIÓN N°10: Red de Contactos Saludable</p>			<p>Cierre: Tarea para Casa 1. Continuar con el Registro de ánimo. 2. Tu Programa Semanal de Actividades (Apéndice G). Anota un “+” si fue positivo, y un “-” si fue negativo.</p>	10 minutos	Técnica de Dominio y Agrado	Ficha de Trabajo: Registro del Ánimo

SESIÓN N° 11: INTERACTUANDO ASERTIVAMENTE

<i>NOMBRE DE LA SESIÓN</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TECNICA</i>	<i>MATERIAL</i>
SESIÓN N°11: <i>Interactuando Asertivamente</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar cómo los pensamientos, comportamientos y sentimientos influyen en las relaciones con otras personas y cómo las relaciones afectan estas tres áreas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer como la asertividad influyen en mi bienestar cognitivo, emocional, conductual y somático. 	Inicio: Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutidos en la sesión anterior: <ul style="list-style-type: none"> - Termómetro del Ánimo - Programa Semanal de Contactos - Red de apoyo social y cómo mantenerla o agrandarla 	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Lluvia de ideas - Ejercicio vivencial 	
			Desarrollo: 1. AL TRATAR DE APRENDER CÓMO SENTIRTE MEJOR, EXISTEN TRES ÁREAS EN LAS QUE ES BUENO QUE TE ENFOQUES: Presente nuevamente el diagrama de la interacción entre pensamientos, sentimientos y acciones. En esta sesión vamos a explorar cómo tus pensamientos, comportamientos y sentimientos influyen en tus relaciones con otras personas y cómo las relaciones afectan estas tres áreas. Antes de hablar de cómo estas tres áreas se afectan por las relaciones con los demás, es importante identificar cómo se manifiestan cuando estás solo/a.	35 minutos	Lluvia de ideas	Fotocopia ss

			<p>2. ESTANDO SOLO/A. Cuando estás solo/a, ¿cómo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tus pensamientos? - tus conductas o acciones? - tus sentimientos? <p>3. ESTANDO CON OTRAS PERSONAS TUS PENSAMIENTOS ¿Qué pensamientos tienes cuando estás con otras personas? Pensamientos que te impiden hacer amistades. <i>Pídale ejemplos.</i> <i>Algunos ejemplos: “¿Le caeré bien?” “Me cae mal.” “¿Y si me rechaza?” “No sé qué le voy a decir.”</i> Pensamientos que ayudan a que te sientas cómodo/a con otras personas. <i>Pídale ejemplos.</i> <input type="checkbox"/> Una forma de sentirte mejor es cambiar el foco de atención de ti mismo/a a la otra persona y pensar en cómo ésta se siente. Piensa en cómo te sientes cuando estás conociendo a otra persona por primera vez. Probablemente la otra persona se siente así también.</p> <p><i>Algunos ejemplos: “Nunca he hablado con él/ella, así que no sé cómo es.” “No pierdo nada con intentarlo.” “Puede que le agrade que le hable.</i></p>		Exposición y Retroalimentación	Fotocopias
--	--	--	--	--	--------------------------------	------------

SESIÓN N°10: Interactuando Asertivamente		Identificar aquellas personas que forman parte de mi propia red de contactos saludable	Cierre: Tarea para Casa 1. Continuar con el Registro de ánimo.	10 minutos	Técnica de Dominio y Agrado	Ficha de Trabajo: Registro del Ánimo
---	--	--	--	------------	-----------------------------	---

SESIÓN N° 12: MI INTERACCIÓN CON LOS DEMAS

NOMBRE DE LA SESIÓN	OBJETIVO	INDICADOR	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO	TECNICA	MATERIAL
SESIÓN N°12: <i>Mi Interacción con los demás</i>	<ul style="list-style-type: none"> Examinar pensamientos, sentimientos y acciones relacionados a una persona con la que se haya identificado alguna dificultad. 	<ul style="list-style-type: none"> Explora una situación problemática que haya acontecido recientemente. Define los pensamientos, sentimientos y acciones que surgieron al relacionarse con otra persona. 	Inicio: Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutidos en la Sesión 10 (promueva la participación en este resumen): <ul style="list-style-type: none"> Termómetro del Ánimo Al mejorar tus relaciones interpersonales ayudas a disminuir tu depresión. 	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> Lluvia de ideas Ejercicio vivencial 	
			Desarrollo: 1. Examine pensamientos, sentimientos y acciones relacionados a una persona con la que se haya identificado alguna dificultad. Explore una situación problemática que haya acontecido recientemente. Use esta relación como ejemplo para trabajar el material de la sesión. 2. Cuando estás con: <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué piensas? ¿Cómo actúas? ¿Cómo te sientes? 3. Aprendiendo cómo ser asertivo/a y practicando en tu mente. Ejercicio: <i>Pídale que piense en una situación con esta persona en la que se le hace</i>	35 minutos	Lluvia de ideas	Fotocopia

		<p><i>difícil ser asertivo/a. Luego dé las siguientes instrucciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o Imagínate la situación como si fuera una fotografía. o Imagínate empezando la acción como si fuera una película. o Imagínate diciendo algo en forma asertiva. o Imagínate la respuesta que recibes. <p>Este ejercicio es una forma útil de ensayar la asertividad antes de ponerla en práctica.</p> <p><i>5. Destrezas de comunicación. Aplique las destrezas de comunicación descritas a continuación a la situación presentada en el ejercicio anterior.</i></p> <p>Escucha activa</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cuando estés hablando con alguien, escucha lo que te está diciendo en lugar de estar pensando en lo que le vas a contestar. Si estás pensando en lo que vas a contestar, quizás te pierdas parte de lo que la persona te está diciendo. Muchas veces la gente discute sobre lo que otras personas dijeron sin saber si eso era lo que realmente querían expresar. Para mejorar tus destrezas de escucha activa y comunicación: <input type="checkbox"/> Repite lo que la otra persona dijo con tus propias palabras para asegurarte que entendiste bien. Por ejemplo, “Entendí que dijiste ____.” <input type="checkbox"/> Pregunta directamente qué fue lo que quiso decir. Por ejemplo, “¿Qué quisiste decir con ____?” 		Exposición y Retroalimentación	Fotocopias
--	--	---	--	--------------------------------------	------------

			<p><input type="checkbox"/> Cuando nos molestamos con alguien, en vez de atacarlo/a es más efectivo decir cómo piensas y/o te sientes en relación a lo que ésta hace.</p> <p>En lugar de decir - “Tú (eres/siempre/nunca)...” es mejor decir - “Yo me siento.../Yo pienso...”</p> <p>Cuando atacamos a las demás personas, por lo general éstas se van a defender y no van a escuchar lo que realmente queremos decirles.</p> <p>o Ejemplos de verbalizaciones en las que se ataca a la otra persona: “Tú eres injusta.” “Tú nunca me complaces.”</p> <p>o Alternativas: “Cuando me regañas antes de escuchar lo que tengo que decir, me siento frustrado/a.” “Cuando me dices que no, pienso que no te preocupas o no quieres que me divierta.” “Pienso que no me estas escuchando.”</p> <p>Ejercicio: Paso 1: Decir el dato o el suceso de lo que te molesta. Paso 2: Decir cómo te sientes. Paso 3: Decir lo que piensas. “Cuando tú _____ me siento _____ porque me hace pensar _____.” (me gritas) (nerviosa) (que no me quieres ver)</p> <p><input type="checkbox"/> Busca el momento adecuado para hablar. No son adecuados los momentos en los que la otra persona está realizando una actividad, no hay suficiente tiempo para discutir el asunto o se está en medio de una discusión.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

			<input type="checkbox"/> Evalúa tu lenguaje no-verbal (gestos, muecas, postura, mirada, etc.). El lenguaje no-verbal es el 80% de tu comunicación. <input type="checkbox"/> Evalúa tu tono de voz. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sigue el ejemplo de personas asertivas que conoces y pídeles sugerencias (e.g., familiares, amistades, maestras)			
SESIÓN N°12: <i>Mi Interacción con los demás</i>			Cierre: Tarea para Casa 1. Continuar con el Registro de ánimo.	10 minutos	Técnica de Dominio y Agrado	Ficha de Trabajo: Registro del Ánimo

SESIÓN N° 13: LA RED DE CONTACTOS COMO SOPORTE PERSONAL

NOMBRE DE LA SESIÓN	OBJETIVO	INDICADOR	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO	TECNICA	MATERIAL
SESIÓN N°13: La Red de Contactos como SopORTE personal.	Emplear mi red de contactos como soporte, para evitar la depresión.	<ul style="list-style-type: none"> • Explora una situación problemática que haya acontecido recientemente. • Define los pensamientos, sentimientos y acciones que surgieron al relacionarse con otra persona 	Inicio: <i>Repase o haga un breve resumen de los siguientes conceptos discutidos en la Sesión 11 (promueva la participación en este resumen):</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Termómetro del Ánimo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ejercicio de asertividad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hasta ahora, has aprendido a pensar, comportarte y sentirte de una forma más saludable. En algunos momentos de la vida, pueden suceder cosas que te sobrecargan. A veces la depresión empieza durante esos momentos. Si usas las estrategias que haz aprendido aquí, va a ser menos probable que te vuelvas a deprimir o que permanezcas deprimido/a por mucho tiempo.	15 minutos	- Lluvia de ideas - Ejercicio vivencial	
			Desarrollo: El contacto con otras personas es importante para tu estado de ánimo porque ellas pueden: <i>Fomente que aporte ideas para terminar la aseveración. Luego cierre la discusión presentando la siguiente información.</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> compartir experiencias agradables contigo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> apoyarte en alcanzar tus metas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> darte compañía y un sentido de seguridad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> darte información importante sobre ti, tus cualidades positivas y las áreas en que puedes mejorar	35 minutos	Lluvia de ideas	Fotocopia

			<p>2. Es saludable cultivar las relaciones con otras personas. Sin embargo, las relaciones nunca se acaban de cultivar. Nada de lo que es vivo se queda estático, siempre cambia. Cuando las relaciones no funcionan bien, no necesariamente quiere decir que algo anda mal contigo o con las otras personas. Es útil considerar las siguientes preguntas:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ambos/as desean lo mismo de la relación?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Son sus intereses similares?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Son capaces de decirse lo que piensan y sienten libremente?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tienes que hacer grandes cambios o puedes ser tú mismo/a en la relación?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Esta relación te hace bien? ¿Le hace bien a la otra persona?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Esta relación es abusiva o maltratante?</p> <p>Recuerda, siempre tienes la opción de terminar una relación que no te hace bien</p> <p>Las relaciones te pueden ayudar a mejorar tu vida. ¿Qué tipo de amistades te pueden ayudar a sentir bien?, ¿a mejorar tu vida? Tu ambiente social te puede ayudar a ser lo que otras personas consideran una “buena persona”. Tu eres valioso/a, tienes buenas cualidades y fortalezas. La gente te puede ayudar a sentir como una persona buena, valiosa y de buena estima. Escoge ambientes en los que puedas conocer</p>		Exposición y Retroalimentación	Fotocopias
--	--	--	--	--	--------------------------------------	------------

		<p>gente que te ayudarán y que no te perjudicarán. Tu también puedes ser positivo/a para otras personas.</p> <p>7. Tiempo de despedida</p> <p>Al finalizar el material de la sesión 12, discuta con el/la participante lo siguiente:</p> <p>1) Indíquele que terminaron con el contenido del manual de la terapia.</p> <p>2) Puede generar una discusión breve de cómo se sintió con el manual y la terapia. También se debe evaluar cómo el/la adolescente se siente en términos de su depresión.</p> <p>3) Dígale que en la próxima sesión estarán hablando sobre cómo usted lo/a ha observado a lo largo de la terapia y cómo se sintió durante el proceso.</p> <p>4) Indíquele que ese día se ofrecerán recomendaciones en cuanto a estrategias para prevenir recaídas y continuar mejorando su estado de ánimo.</p> <p>5) Explíquele que luego de reunirse con el/ella, ese día usted se reunirá con los padres para hablarles en general sobre su proceso en la terapia. El/ella puede decidir si desea estar presente en esa reunión.</p>		Exposición y Retroalimentación	Ficha de Trabajo
--	--	--	--	--------------------------------------	------------------

<p>SESIÓN N°13: <i>La Red de</i> <i>Contactos como</i> <i>Soporte</i> <i>personal.</i></p>			<p>Cierre: Tiempo de despedida Al finalizar el material de la sesión 12, discuta con el/la participante lo siguiente: 1) Indíquele que terminaron con el contenido del manual de la terapia. 2) Puede generar una discusión breve de cómo se sintió con el manual y la terapia. También se debe evaluar cómo el/la adolescente se siente en términos de su depresión. 3) Dígale que en la próxima sesión estarán hablando sobre cómo usted lo/a ha observado a lo largo de la terapia y cómo se sintió durante el proceso. 4) Indíquele que ese día se ofrecerán recomendaciones en cuanto a estrategias para prevenir recaídas y continuar mejorando su estado de ánimo. 5) Explíquele que luego de reunirse con el/ella, ese día usted se reunirá con los padres para hablarles en general sobre su proceso en la terapia. El/ella puede decidir si desea estar presente en esa reunión.</p>	<p>10 minutos</p>	<p>Técnica de Dominio y Agrado</p>	<p>Ficha de Trabajo: Registro del Ánimo</p>
---	--	--	--	-------------------	------------------------------------	---

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados obtenidos en la presente investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

En primer lugar, los datos obtenidos en torno al nivel de depresión en mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en el Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017, muestra que 80 de las 102 mujeres encuestadas presentan un nivel de depresión que va de moderada y grave y las 22 mujeres restantes evidencian una depresión mínima o leve. Lo que indicaría que casi un tercio de la población muestra una depresión en niveles elevados, implicando sintomatología relevante a nivel afectivo, cognitivo, conductual y somático, por lo que se evidencia un deterioro significativo en el desenvolvimiento de estas personas en su vida cotidiana.

En segundo lugar, la información mostrada pone en evidencia que 77 mujeres presentan un nivel moderado y grave respecto al área cognitiva – afectiva, lo que indica que se manifiestan síntomas como sentimiento de tristeza constante, estado de ánimo invariable, sensación de abatimiento, desesperanza, desamparo, sentimientos de culpa y vergüenza e irritabilidad que se desencadenan a raíz del pensamiento característico de las personas con depresión (la visión negativa de sí mismo, de su entorno y del futuro).

En tercer lugar, los resultados demuestran que 88 mujeres presentan un nivel moderado y grave respecto al área somática – conductual, manifestando sintomatología significativa en cuanto a alteraciones del sueño, fatiga, la pérdida de apetito y el deseo sexual, lo que a su vez se traduce en la conducta de las mujeres afectadas como pérdida de interés, reducción de la actividad generalizada o agitación psicomotora, viéndose gravemente afectado su desempeño diario y afectando directamente el entorno que la rodea.

Por último, la propuesta presentada se sustenta en los planteamientos teóricos de Aron Beck y propone actividades dirigidas a tratar las áreas afectadas (cognitiva – afectiva y somática – conductual) buscando entrenar sistemáticamente a las mujeres víctimas de violencia para distinguir o discriminar entre hechos y creencias como elementos del mundo circundante

que tienen el poder de determinar su conducta, a fin de que esto les permita afrontar de una forma positiva su situación de vida y manejar adecuadamente sus estados emocionales.

RECOMENDACIONES

Se cree conveniente recomendar la aplicación de nuestra propuesta como una manera de enfrentar científicamente los problemas depresivos de las mujeres víctimas de violencia de pareja, programa que permitiría dotar a la población de recursos de afrontamiento de esta problemática y pueda servir también como base para la réplica de este programa en otros centros de salud que corresponde al mismo distrito.

Se recomienda al Área de Psicología el del Centro de Salud, la implementación de charlas y talleres estructurados, dirigidos al tema de depresión y violencia de pareja. Estas actividades permitirán diagnosticar nuevos casos de mujeres con depresión que deben ser atendidas, concientizar a la población sobre la aceptación de la existencia de una problemática que se puede mejorar y solucionar y prevenir la violencia de pareja que puede desencadenar en depresión.

Asimismo, consideramos necesario que el Centro de salud, favorezca investigaciones futuras que profundicen el estudio de la situación enfrentada o los amplíe hacia otras dimensiones de la problemática, de manera que pueda ejecutarse un plan de trabajo continuo que favorezca directamente a la población de las mujeres víctimas de violencia, ya que la depresión puede traer en si otros trastornos y problemas que afectan no solo a la victimas sino también a las personas de su entorno, esto corresponden directamente un problema de salud mental que perjudica a todo el país.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, N (2008). *Sintomatología Depresiva Y Adhesión Al Tratamiento En Pacientes con VIH*. (Tesis). Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú.
- Alvira, F. (2011). *La encuesta: una perspectiva general metodológica*. España: Caslon.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A; Rush, J; Shaw, B y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*. (19a Ed.). España: Editorial Descleé de Browler.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006) *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Buenos Aires: Paidós.
- Buela – Casal, G y Sierra, J. (2004). *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. (2a Ed.). España: Biblioteca Nueva.
- Cáceres, E; Labrador, F; Ardila, P y Parada, D. (2011). Tratamiento Cognitivo Conductual Centrado En El Trauma De Mujeres Víctimas De Violencia De Pareja. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 5(2), 13-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224105002.pdf>
- Carvajal, A. (2015). Eficacia de un programa de tratamiento para mujeres *víctimas de violencia de pareja con estrés postraumático: resultados de un estudio piloto* (Tesis de maestría). Universidad Católica De Colombia, Colombia.
- Castanedo, C. (2008). *Seis Enfoques Psicoterapéuticos*. Manual Moderno: México
- Claramunt, M. (2006). *Casitas Quebradas. El problema de la violencia doméstica en Costa Rica*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=dNqXrX3t0wMC&pg=PA84&dq=#v=onepage&q&f=false>
- Dio, E. (1999). *La Depresión en la Mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- Echeburúa, E; Sarasua, B; Zubizarreta, I y De Corral, P. (2013). Tratamiento Psicológico De Mujeres Víctimas De Agresiones Sexuales Recientes Y No Recientes En La Vida

Adulta. *Psicología Conductual*. 21(2), 249-269. Recuperado de <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/Psicolog%C3%ADa%20Conductual.pdf>

Garrida, A., García- Sancho, J., Balanza, P... y Valero, E. (2010). *Guía Práctica Clínica: Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. España: Servicio Murciano de Salud.

Garza, A. (2007). *Manual de técnicas de investigación para estudiantes de ciencias sociales y humanidades*. México: El colegio de México.

Garza, F. (2004). *Depresión, Angustia y Bipolaridad. Guía para pacientes y Familiares*. México: Trillas.

Gavino, A. (2002). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. (2a Ed.). España: Ediciones Pirámide.

Gonzales, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

Gonzales, J. (2005). *La Depresión entre la Necesidad y el Negocio: Revisión psicológica sobre sus causas y tratamientos*. Caracas: Editorial Fundamentos.

Guajardo, N y Cavazos, B. (2013). Intervención Centrada en soluciones Cognitivo Conductuales en un Caso de Violencia en el Noviazgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Hernández, M. (2010). *Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión, Un Análisis De Caso*. (Tesis). Centro Universitario UAEM Atlacomulco, México.

Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia Cognitivo Conductual para Trastornos de la Salud*. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=EzlwZg_aH6AC&printsec=frontcover&dq=terapia+cognitivo+conductual&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiewKiY47rSAhVQxGMKHTgTB4sQ6AEIHTAB#v=onepage&q=terapia%20cognitivo%20conductual&f=false

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª Ed). México: McGraw Hill.

- Huerta, R; Bulnes, M; Ponce, C; Sotil, A y Campos E. (2010). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. *Theorema*, 1(1). Perú: Universidad Nacional de San Marcos.
- Javier, F., Fernández, R y Rincón, P (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 6(49-68). Chile: Universidad de Concepción
- Keegan, E y Holas, P. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental. Teoría y Práctica*. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFP/psicoterapias/keegan/Practicos%20Parte%204,%205%20y%206%20Psicoterapias%20Keegan/keegan,%20holas%2020terapia%20cognitivo%20comportamental%20teoria%20y%20practica.pdf>.
- Labrador, F y Alonso, E. (2007). Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2). España: Universidad Complutense de Madrid.
- Labrador, F. J. y Rincón, P. P. (2002). *Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención. Análisis y modificación de conducta*, 28, 905-932.
- Lemus, A. (2014). *Aplicación y propuesta de un programa de terapia grupal a mujeres Deprimidas, víctimas de violencia intrafamiliar, que asisten al servicio Nacional de la mujer (SERNAM) en Chile*. (Tesis). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Lucas, M. (2001). *Como evitar la depresión*. San Pablo: Editorial, CIDEP.
- Matud, M., Fortes, M y Medina, L (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention*, 23 (199 – 207). España: Universidad de Laguna.
- Matud, M., Padilla, V., Medina, L y Fortes, D (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia Psicológica*, 34 (199 – 208). España: Universidad de Laguna.

- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive behavior modification (Modificación del comportamiento cognitivo)*. Nueva York: Plenum Press.
- Mitjans, M., y Arias, B. (2012). *La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas?*. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-70-83-680417.pdf>
- Ministerio de Salud. (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental. La Depresión*. Perú: Universidad Cayetano Heredia.
- Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (2000). *Legislación sobre Violencia Familiar*. Perú: Gerencia de Promoción de la Mujer.
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (2010). *Plan Nacional Contra la Violencia Hacia La Mujer 2009 – 2015*. Perú: Industrias Gráficas Ausangatue.
- Montañez, P. (2013). *Evaluación de un Tratamiento psicológico para el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica en Ciudad de Juárez*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra.
- Navarro, E., y Albán, R. (2014). Relación entre “mujer víctima de violencia doméstica” y “síndrome de mujer maltratada” en Trujillo, Perú. *Ciencia y Tecnología*, 10(3), 159 – 169.
- O'Connor, K. y Schaefer, C. (1997). *Manual de terapia de juego (Vol. 2) (1a Ed)*. México: Manual Moderno.
- Orbe, S. (2013). *“Entrenamiento en reestructuración cognitiva para disminuir la depresión en mujeres víctimas de agresiones sexuales”*. (Tesis de maestría). Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio Multipais de la OMS sobre la salud de la mujer y violencia doméstica*. Suiza: Ediciones de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (febrero de 2017). *Temas de Salud: La depresión (Mensaje en un blog)*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

- Orna, O. (2013). Análisis de los estudios estadísticos sobre la Violencia Familiar en el distrito de San Juan de Lurigancho (Lima), Callao y otras ciudades del país. (Tesis). Universidad Mayor de San Marcos, Perú.
- Patró, R; Corbalán, F y Limiñana, R. (2007). *Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia*. Anales de Psicología (vol. 23). Recuperado de http://www.um.es/analesps/v23/v23_1/15-23_1.pdf
- Quintela, M., Arandia, M y Campos, V. (2004). *De la Comunidad al Barrio: Violencia de pareja en mujeres migrantes en Sucre*. Bolivia: Ediciones Fortaleza.
- Reupo, M. (25 de octubre del 2014). Estrés y depresión aquejan cada día a más lambayecanos. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://rpp.pe/peru/actualidad/lambayeque-alarman-cifras-de-violencia-familiar-y-depresion-noticia-736782>
- Ruiz – Jarabo, C. y Blanco, P. (2005). *La Violencia contra las Mujeres. Prevención y Detección: Como promover desde los servicios Sanitarios*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=oj0i0kVkV94C&printsec=frontcover&dq=#v=onepage&q&f=false>
- Rincón, P. (2003). Trastorno De Estrés Postraumático En Mujeres Víctimas De Violencia Doméstica: Evaluación De Programas De Intervención. (Tesis de Doctorado). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Rincón, P; Labrador, F y Crespo, M. (2004). Efectos Psicopatológicos Del Maltrato Doméstico. Avances en Psicología Latinoamericana. (vol.22). 105 – 116. Recuperado de <file:///D:/Downloads/Dialnet-EfectosPsicopatologicosDelMaltratoDomestico-2741887.pdf>
- Rondón, M. (2006). *Salud Mental: Un Problema De Salud Pública En El Perú*. Rev Perú Med Exp Salud Pública. (vol.23). Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a01v23n4.pdf>.
- Sánchez, J., Rosa, I. y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3), 641-654. España: Universidad de Murcia.

- Santandreu, M y Ferrer, V. (2014). Eficacia De Un Tratamiento Cognitivo Conductual Para El Trastorno De Estrés Postraumático En Víctimas De Violencia De Género. *Psicología Conductual*, 22(2) pp. 239-256. Recuperado de file:///D:/Downloads/Eficacia_de_un_tratamiento_cognitivo_-_c%20(1).pdf
- Torrontegui-Vizcarra, R., Flores- Navidad, M., Peraza-Garay, F y Borrego-Urrea (2010). Un programa de intervención en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Revista Médica de la UAS*, 1(4). México: Universidad Autónoma de Sinaloa
- Vásquez, F., Muñoz, R., y Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos Y Tratamiento A Finales Del Siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3). 417 – 449.
- Vega, J. (1998). El Problema De Las Mujeres Que Sufren Maltrato En La Relación De Pareja. *Revista de Investigación en Psicología*, 1(2). Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v01_n2/pdf/a03v1n2.pdf
- Vera- Villarroel, P y Herrera, V. (2005). Intervenciones Apoyadas En La Evidencia Para Trastornos Emocionales en Salud Pública. Recuperado de http://www.enhancingpeople.com/paginas/master/Bibliografia/biblio_V1/Sesion002/INTERVENCIONES%20APOYADAS%20EN%20LA%20EVIDENCIA.pdf.
- Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax.

ANEXOS

APÉNDICE A:

FICHA DE TRABAJO: IDENTIFICO LOS SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

A continuación, se te presentan una serie de preguntas para que puedas desarrollar, al concluir puedes compartir tu experiencia con el equipo:

- ¿He tenido alguna de las manifestaciones mencionadas en mí misma?

- ¿Qué tipos de pensamientos te pasan por la mente cuando te sientes deprimido/a o triste?

- ¿Qué es lo que haces cuando te sientes deprimida?

- ¿Cómo te llevas con la gente cuando estás deprimido/a?

APENDICE B

FICHA DE TRABAJO: REGISTRO DEL ÁNIMO

SEMANA N°	
-----------	--

DIA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
EL MEJOR							
BASTANTE MEJOR							
MEJOR							
MEJOR QUE REGULAR							
REGULAR							
PEOR QUE REGULAR							
PEOR							
BASTANTE PEOR							
EL PEOR							

N° DE PENSAMIENTOS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
POSITIVOS							
NEGATIVOS							

APENDICE C

FICHA DE TRABAJO: ESTILOS DE PENSAMIENTOS DAÑINOS O CONTRAPRODUCENTES

Pensamientos de todo o nada:

Es cuando miras las cosas como si fueran completamente buenas o completamente malas. Por ejemplo, si usted comete un error haciendo alguna cosa, se generaliza el pensamiento. Por ejemplo, usted podría pensar “Hoy se me quemó la comida, por eso nunca podre cocinar bien”

ESCRIBA UN EJEMPLO:

Filtro mental:

Es cuando usted toma un solo evento negativo y se fija exclusivamente en él, de tal forma que todo lo demás lo ve negativo o como si fuera a salir mal.

Por ejemplo, “una paciente vino a tratamiento un día y nos dijo que había visto un pájaro muerto en la acera y que esto la hizo sentirse muy mal. Ella había caminado a través de un área preciosa, llena de árboles y flores y todo lo que vio fue el pájaro muerto.”

ESCRIBA UN EJEMPLO:

Descontando lo positivo: Es cuando usted no toma en cuenta las cosas positivas, solo se ve lo negativo. Por ejemplo, usted podría creer que no le cae bien a nadie, de tal forma que, si alguna persona se muestra simpática o agradable, piensas que algo mal debe haber con esa persona o si alguien te dice lo bien que te ves, piensas que lo dice para que no se sientas mal.

ESCRIBA UN EJEMPLO:

Haciendo conclusiones erróneas:

Usted hace conclusiones antes de tiempo y solo ve el lado negativo de las cosas.

Leyendo la mente: Cuando usted ve a alguien que está enojado, usted podría pensar que no le cae bien o que está enojado con usted. Cuando podría ser que esta persona tuvo un mal día de trabajo.

ESCRIBA UN EJEMPLO:

Leyendo su fortuna: Usted siente y predice que solo desastres o tragedias le van a ocurrir en el futuro. Por ejemplo “Me duele la espalda, seguro me va a dar neumonía”

ESCRIBA UN EJEMPLO:

Dándole más o menos importancia a las cosas (personas o situaciones): Usted hace que sus errores parezcan más grandes de lo que realmente son. Al mismo tiempo, usted hace que las cosas buenas que le suceden parezcan menos importantes. Por ejemplo, usted puede pensar: “Yo cometí un error con mi amiga y ella nunca me lo podrá perdonar. Aunque yo he sido siempre buena con ella, esto lo arruino todo”.

ESCRIBA UN EJEMPLO:

Tomando sus sentimientos muy seriamente: Pensando que sus sentimientos reflejan toda la realidad. Por ejemplo, “Me siento tan mal, que esto comprueba lo terrible que es vivir en este mundo”

ESCRIBA UN EJEMPLO:

Deberes: Usted trata de motivarse con deberes, es decir con lo que usted cree que la gente debe de hacer o decir. Por ejemplo “Yo debo ser una mejor persona” o “Yo debo dejar de comer hasta que pierda peso”.

ESCRIBA UN EJEMPLO:

Culpándose usted mismo: Se culpa a usted mismo de cosas negativas que suceden alrededor suyo y de las que no tiene ningún control sobre ellas. Por ejemplo, “Mi esposo perdió su trabajo, seguro es mi culpa porque no le ayudo lo suficiente”

ESCRIBA UN EJEMPLO:

APENDICE D

FICHA DE TRABAJO: REGISTRO DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS

NOMBRE: _____

[illegible]

APENDICE E

FICHA DE TRABAJO: EVALUACIÓN DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS

<i>Situación</i>	<i>Sentimientos</i>	<i>Cogniciones</i>	<i>Otras interpretaciones posibles.</i>
Cuando fui a recoger datos para la revista del Archivo, la enfermera responsable de la unidad de cuidados coronarios se comportó de forma brusca y dijo: "Detesto los discos sobre medicina".	Tristeza Ligero enfado Soledad	No le caigo bien.	La enfermera jefe siempre suele estar de mal humor. Detestar los discos de Medicina no es lo mismo que odiarme a mí; en realidad detesta el trabajo administrativo. Experimenta gran despresiones por razones desconocidas. Hace mal en detestar los discos; podrían ser su única defensa en caso de pleito.

Una enfermera de 24 años con una depresión profunda presentó el siguiente registro poco después de haber sido dada de alta en el hospital:

<i>Situación</i>	<i>Sentimientos</i>	<i>Cogniciones</i>	<i>Otras interpretaciones posibles</i>
Poco después de que me hubieran dado de alta en el hospital, asistí a una fiesta; Jim me preguntó: ¿Cómo te encuentras?".	Ansiedad.	Jim piensa que soy un caso perdido. Realmente debo tener muy mal aspecto para que él se preocupe.	Se preocupa porque verdaderamente le importo. Se ha dado cuenta de que tengo mejor aspecto que antes de ir al hospital y quiere saber si realmente me siento mejor.

<i>Situación</i>	<i>Sentimientos</i>	<i>Cogniciones</i>	<i>Otras interpretaciones posibles.</i>

APENDICE F

FICHA DE TRABAJO: REGISTRO DE PENSAMIENTOS POSITIVOS

NOMBRE: _____

[illegible]

APENDICE G

FICHA DE TRABAJO: LISTA DE ACTIVIDADES AGRADABLES

[illegible]

APENDICE H

FICHA DE TRABAJO: LISTA DE ACTIVIDADES AGRADABLES

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
8:00-9:00							
9:00-10:00							
10:00-11:00							
11:00-12:00							
12:00-1:00							
1:00-2:00							
2:00-3:00							
3:00-4:00							
4:00-5:00							
5:00-6:00							
6:00-7:00							
7:00-8:00							
8:00-9:00							
10:00-11:00							
11:00 ...							

APENDICE I

FICHA DE TRABAJO: CONTRATO PERSONAL

Yo, _____ hago éste siguiente contrato conmigo mismo(a):

Objetivo: Durante esta semana, haré la siguiente actividad agradable: (de la Lista de Actividades Agradables)

Recompensa:

1. Si cumplo con mi objetivo me premiaré con: _____

2. Me daré esta recompensa no más de dos días después de haber logrado mi objetivo.

Firma: _____ Fecha: _____

Fecha en que logré mi objetivo: _____ Fecha en que me dí mi recompensa: _____

APENDICE J

FICHA DE TRABAJO: MI METAS PERSONALES

METAS NO CLARAS (globales - generales)

- Estar menos aburrido/a
- Ser un/a buen/a amigo/a
- Ser un buen músico
- Subir las notas
- Rebajar

METAS CLARAS (específicas - concretas)

- Ir al centro comercial (a las tiendas) una vez en semana
- Pasar tres horas a la semana haciendo cosas agradables con tus amigas/os
- Pasar x horas a la semana practicando un instrumento
- Estudiar dos horas todas las tardes
- Caminar 30 minutos por las tardes y llevar una buena dieta

METAS A CORTO PLAZO

(Cosas que te gustaría hacer dentro de los próximos 6 meses)

METAS A LARGO PLAZO

(Cosas que te gustaría hacer en alguna ocasión en tu vida)

METAS DE LA VIDA

(¿Qué es lo más que te importa en la vida?)

ANEXOS H

Consentimiento Informado

Hoja Informativa

Institución : Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - UNPRG

Investigadora : Marcelo Ascencio Estela.

Título : “Programa Cognitivo Conductual en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja con depresión atendidas en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017”.

El presente documento tiene como finalidad presentar de forma precisa y clara la información sobre la naturaleza de la investigación, así como el rol que cumple usted como participante de la misma.

La investigación tiene como finalidad diseñar, elaborar y fundamentar un programa cognitivo conductual para mejorar la depresión en mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017 y es desarrollado por la investigadora Estela Marcelo Ascencio con DNI N° 47705294.

Procedimiento a llevar a cabo:

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

Confidencialidad:

Toda la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y no su nombre, por ello los resultados serán anónimos. Al desarrollarse los instrumentos solo serán evaluados y calificados por la investigadora.

Derechos del participante:

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, tiene derecho de hacer las preguntas pertinentes en cualquier momento durante su participación. Del mismo modo, puede optar por no participar o retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Tiene derecho a recibir una copia del consentimiento como garante de todo lo expuesto anteriormente.

Lic. Estela Marcelo Ascencio
N° 23364

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, teniendo conocimiento de que el objetivo de este estudio es diseñar, elaborar y fundamentar un programa cognitivo conductual para mejorar la depresión en mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que se atienden en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017.

Se me ha señalado que durante el proceso tendré que completar una encuesta, cuya duración es aproximadamente de 15 minutos.

Entiendo que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Comprendo que puedo hacer las preguntas que crea conveniente en cualquier momento y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin que esto traiga perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la investigadora Estela Marcelo Ascencio al teléfono 978372395. Se me explicó que puedo solicitar una copia de esta ficha de consentimiento, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

ANEXO I

Inventario de Depresión de Beck (IDB – II)

Fecha: Edad: Estado Civil: (Cas.)
(Conv.)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea 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.

1.- Tristeza	
0	No me siento triste.
1	Me siento triste gran parte del tiempo.
2	Estoy triste todo el tiempo.
3	Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2.- Pesimismo	
0	No estoy desalentado(a) respecto de mi futuro.
1	Me siento más desalentado(a) respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.
2	No espero que las cosas funcionen para mí.
3	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.
3.- Fracaso	
0	No me siento como un(a) fracasado(a).
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 de las que solía disfrutar.
3	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5.- Sentimiento 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 estoy siendo castigado(a).
1	Siento que tal vez pueda ser castigado(a).
2	Espero ser castigado(a).
3	Siento que estoy siendo castigado(a).
7.- Disconformidad con Uno Mismo	
0	Siento acerca de mí lo mismo que siempre
1	He perdido la confianza en mí mismo(a).
2	Estoy decepcionado conmigo mismo(a).
3	No me gusto a mí mismo(a).
8.- Autocrítica	
0	No me critico ni me culpo más de lo habitual.
1	Estoy más crítico(a) 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(a) o tenso(a) que lo habitual.
1	Me siento más inquieto o tenso(a) que lo habitual.
2	Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
3	Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) 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(a) 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 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(a).

1	No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía hacerlo.
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 suficiente energía para hacer nada.
16.- Cambio en los Hábitos de Sueño	
0	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1a	Duermo un poco más que lo habitual.
1b	Duermo un poco menos que lo habitual.
2a	Duermo mucho más que lo habitual.
2b	Duermo mucho menos que lo habitual.
3a	Duermo la mayor parte del día.
3b	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
17.- Irritabilidad	
0	No estoy más 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.
1a	Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a	Mi apetito es mucho menor que antes.
2b	Mi apetito es mucho mayor que antes.
3a	No tengo apetito en absoluto.
3b	Quiero comer todo el tiempo.
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(a) o fatigado(a) que lo habitual.
1	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2	Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3	Estoy demasiado cansado(a) o fatigado(a) 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(a) en el sexo de lo que solía estarlo.
2	Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.
3	He perdido completamente el interés en el sexo.