

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de **PSICOLOGÍA**

“DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA REDUCIR LA
DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE
PAREJA, LIMA 2021”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciado en Psicología

Autor:

Jhonny Adler Rodriguez Romero

Asesor:

Mg. Angela Benita Domínguez Vergara

[https://orcid.org/0000 0003 2329 1990](https://orcid.org/0000-0003-2329-1990)

Lima - Perú

JURADO EVALUADOR

Jurado 1	JANETH IMELDA SUAREZ PASCO	18084992
Presidente(a)	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 2	Tania Carmela, Lip Marín De Salazar	08179761
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 3	NANCY NEGREIROS MORA	18136825
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a mi padre,
por la confianza y el apoyo que me dio
durante su tiempo en vida.

AGRADECIMIENTO

Gracias a mis padres por ser el impulso para seguir avanzando pese a las dificultades. Así mismo, agradezco a las participantes por su confianza en este trabajo.

Por último, quiero agradecer a los investigadores, ya que son quienes nos aportan conocimiento actualizado, a través de un arduo trabajo y que no siempre es bien recompensado.

TABLA DE CONTENIDOS

JURADO CALIFICADOR	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
TABLA DE CONTENIDO	5
ÍNDICE DE TABLAS	6
RESUMEN	7
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	25
CAPÍTULO III: RESULTADOS	31
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	38
REFERENCIAS	42
ANEXOS	46

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Análisis descriptivo de la depresión</i>	31
Tabla 2. <i>Frecuencia y porcentaje de pacientes por rango de edad</i>	32
Tabla 3. <i>Técnicas efectivas del modelo cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia</i>	33
Tabla 4. <i>Diseño de la propuesta</i>	35

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo principal proponer un diseño de intervención para mujeres víctimas de violencia de pareja, mediante la terapia cognitivo conductual y determinar los niveles de depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica en un centro de salud de Lima Norte. Para la población se consideró una población finita de 209 mujeres víctimas de violencia de pareja que fueron atendidas en el centro de salud donde se realizó el estudio, la muestra de la investigación estuvo integrada por 42 mujeres, así mismo el estudio tuvo un diseño de corte longitudinal. El instrumento utilizado fue la escala de automedición de depresión validada por Ruiz (2012) donde los índices de fiabilidad son buenos (0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice de α de Cronbach entre 0,79 y 0,92). Los resultados dieron a conocer que las mujeres víctimas de violencia de pareja presentan en un 43% depresión situacional y un 23% depresión ambulatoria.

Ante la violencia hacia la mujer durante o posterior a una relación de pareja, una de las principales consecuencias asociadas, es la aparición de sintomatología depresiva en las víctimas, frente a esta problemática se hayo que la TCC muestra una mayor efectividad para intervenir a estás pacientes.

PALABRAS CLAVES: Depresión, terapia cognitivo conductual, violencia de pareja, violencia contra la mujer.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática

La violencia de pareja o violencia conyugal ha estado presente en la sociedad desde tiempos inmemorables, perenne hasta la actualidad; años atrás tenía una justificación basada en una idea de “La mujer es de mi propiedad y puedo hacer con ella lo que quiera”, para esos tiempos la palabra de la mujer no tenía valoración alguna; es más, si contradecían u opinaban al respecto podría tomarse como ofensa o insolencia a la autoridad del hombre y eso se convertiría en una justificación razonable para poder agredir a la mujer de forma física, psicológica o sexual. (Saldaña & Gorjón, 2021)

En la actualidad, este tipo de actos y pensamientos no son permitidos para la sociedad, además de las leyes que amparan a las mujeres para protegerlas; sin embargo, la incidencia de esta problemática ha ido en aumento en los últimos años (Organización Mundial de la Salud, 2021). Continuando con la OMS (2016) nos dice que esta problemática está presente en todos los países del mundo con un porcentaje mínimo de 15% a un 71% en mujeres de 15 a 45 años que han sufrido algún tipo de violencia; para el 2021 refiere que una de cada tres mujeres (30%) en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida; además que un tercio de las mujeres de 15 a 49 años que han estado en una relación manifiestan haber sufrido algún tipo de violencia física y/o sexual por su pareja, llegando a afectar negativamente su salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres y, en algunos entornos, puede aumentar el riesgo de contraer el VIH. Además, el INEI (2019) muestra estadísticas anuales a partir del año

2012 al 2019, donde se evidencia el incremento por año de las denuncias de violencia familiar realizadas por mujeres mayores de edad, siendo el aumento más significativo en el año 2018, donde se registró 184198 denuncias. Así también el Plan Internacional (2021) refiere que antes de que iniciara la pandemia, 1 de 3 mujeres sufría de violencia física o sexual; una vez iniciada, se ha registrado un aumento considerable de llamadas a las líneas de atención de casos de violencia doméstica.

Así mismo, se conoce que existen diversos métodos, técnicas y terapias, para poder intervenir la violencia doméstica, entre las cuales se puede mencionar: Terapias contextuales, Terapia de grupo, modelo transteórico, entre otros; sin embargo, el grado de efectividad de alguna de ellos es del 50% o menor, añadiéndole además que su aplicación no es global, sino para algunos ambientes o circunstancias específicas. Por lo contrario, la Terapia Cognitivo Conductual muestra una alta efectividad en sus intervenciones ante dicha problemática (Félix, Gavilán & Ríos, 2020), por ello se realizará el diseño de entramiento en autoinstrucciones basado en el enfoque de la TCC.

Se comprende entonces que ante la pandemia las mujeres se han visto atrapadas en el hogar con su agresor o agresora, no tienen a quien recurrir ni tampoco a donde ir, ya que los esfuerzos destinados para dar respuesta a los casos de violencia contra la mujer han estado enfocados en dar apoyo a los enfermos de Covid-19 (Plan Internacional, 2021), donde el 57.1% de mujeres que declaró alguna vez haber sufrido de violencia física por parte del esposo o compañero no recurrió a personas cercanas

para buscar ayuda. Asimismo, un 73.8 % de mujeres menciona que no recurrió a ninguna institución con el fin de buscar ayuda. (MIMP 2021).

Respecto a los antecedentes, en la investigación elaborada por Gonzáles (2019) con el nombre de “Intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión de CINAMU – Los Santos”. La investigación fue de tipo descriptiva y diseño no experimental y para la recolección de información se utilizó la Escala de Depresión de Beck, para las 3 mujeres que asisten al CINAMU de Los Santos con diagnóstico de depresión, las edades son de 21, 29 y 39 años. El resultado que se obtuvo del Pre-Test fue que dos de las mujeres presentan depresión severa y la tercera depresión moderada, dando como producto el plan terapéutico que consta de 12 sesiones en las cuales se desarrollaran diferentes técnicas de intervención cognitivo conductual.

Se tiene el estudio realizado por Habigzang, Ferreira & Zamagna (2019) titulado “Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima”. Fue dirigido a 4 mujeres de 28, 44, 46 y 55 años de edad utilizando el Inventario de depresión de Beck y una propuesta de programa de 13 sesiones de 90 minutos de duración. Se llegó a la siguiente conclusión frente a los resultados del Pretest: Referente a la depresión se hayo que en el caso 1 presentó depresión moderada y para el segundo caso depresión grave; además para el caso 3 y 4 se evidenció depresión leve.

En la tesis realizada por Castillo (2017) titulada “Proceso de intervención psicoterapéutica desde la perspectiva cognitivo conductual para la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de la zona rural de Calderón 2016”. Fue dirigido a seis mujeres comprendidas entre los 19 a 62 años, donde se planteó un programa de 15 sesiones de 60 minutos de duración. El resultado del Pre-Test fue: La sintomatología presente en 5 de 6 mujeres es Depresión Media Leve y en la restante es Depresión ausente o mínima.

En la investigación realizada por Marcelo (2019) denominada “Programa cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia de pareja con depresión atendidas en un centro de salud de José Leonardo Ortiz, 2017”. La investigación es de tipo Descriptiva propositiva y se utilizó un diseño no experimental, cuya muestra estuvo conformada por 102 mujeres con edades entre los 16 y 60 años, donde se aplicó el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados principales muestran que el 47.1% de las mujeres presentan depresión moderada, el 31.4% muestra depresión grave, el 12.7% presenta depresión leve y 8.8% corresponde a depresión mínima, 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.

En la publicación realizada por Lescano y Salazar (2020) llamada “Dependencia emocional, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia”. La muestra fue conformada por 350 mujeres víctimas de violencia registradas en el Instituto Legal de Nuevo Chimbote, de edades entre 18 y 55 años. Donde esta investigación dio como

resultado, lo siguiente: Se manifiesta con mayor intensidad la depresión en mujeres víctimas de violencia de 18 a 29 años.

En la investigación elaborada por Saldaña (2019) titulada “violencia de pareja y depresión en mujeres de la ciudad de Cajamarca”. Es una investigación descriptivo – correlacional, con una muestra de 144 mujeres que asisten y están registradas a servicios sociales de asistencia alimentaria, de la municipalidad de Cajamarca, con edades comprendidas entre 20 a 55 años de edad, el instrumento aplicado fue el inventario de Depresión de Beck. Nos muestra los siguientes resultados: El nivel de depresión con mayor porcentaje fue la depresión grave con un 56.9%; además, se percibe que, a mayor violencia, mayor indicador de aumentar el nivel de depresión en mujeres.

En el estudio realizado por Huerta et al. (2014) llamado “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. Es una investigación correlacional, con una muestra de 428 mujeres agrupadas según su condición de violencia en la relación de pareja (con y sin violencia) de edades comprendidas entre 18 y 50 años de edad. Se hayo que las mujeres maltratadas presentaron mayor depresión que las mujeres no maltratadas; así mismo, no se encontraron diferencias significativas según su tipo de convivencia.

En la publicación de Cisneros (2021) con el nombre de “Indicadores de depresión y violencia en la relación de pareja en mujeres del distrito de Ate”. Es una

investigación descriptivo correlacional, con una muestra de 384 mujeres, quienes fueron evaluadas por dos instrumentos: el Inventario de Depresión de Beck-II y Cuestionario Maltrato en el Noviazgo (CMN). Se obtuvo el resultado que existe una relación de manera significativa entre la depresión y violencia, ya que el Rho de Spearman (r) obtenido fue 0.813 y 0.860 respectivamente.

En la tesis desarrollada por Barbaran y Apaza (2015) con el nombre de “Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima este, 2014”. Es un estudio de tipo descriptivo – correlacional, con una muestra de 73 pacientes mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja, con edades comprendidas entre los 18 a 55 años, el instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión de Beck. Evidenciando los siguientes resultados: Se aprecia que 69 pacientes (94.5%) tienen depresión.

Respecto al marco teórico, se habla acerca de que la violencia tiene distintas definiciones que se han ido estructurando al pasar del tiempo, la definición que se optó para este estudio es el de las Naciones Unidas la cual menciona que “aquella violencia que se produce en la pareja siempre y cuando exista o haya existido un vínculo afectivo entre sus miembros, sin importar el tipo de unión y la orientación sexual de sus miembros” (ONU, 1994). En este sentido se permite conocer que la violencia conyugal o de pareja, no es exclusivamente en el poder y el control masculino, y que no es un problema solo de relaciones heterosexuales; también refiere que no necesariamente debe estar presente algún vínculo afectivo en su actualidad, sino que pudo ser una relación afectiva del pasado.

Añadido a ello, la OMS (2016) destaca que la violencia a las mujeres puede manifestarse de diversas formas, de las cuales se evidencian: “violencia física, sexual y emocional, matrimonios forzados y precoces, mutilación genital femenina y feminicidio”. Se entiende que la violencia hacia la mujer no es expresada exclusivamente de forma física, sexual y/o emocional; sino que también mediante matrimonios o relaciones forzados por la familia que pueden ser a una temprana edad.

Según Ellis (1956) explica la violencia como “El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e inclusive la muerte”. En otras palabras, nos expresa cuando el uso consciente e intencional del poder de uno mismo contra otra persona, sea de manera física o psicológica que además pueda alterar el desarrollo de la víctima, siendo el límite la muerte.

Desde una perspectiva de género la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (2021), la violencia se observa como un abuso de poderes; debido a que el sistema cultural en el que vivimos se caracteriza por ser un sistema de poderes sobre otros, la cual tiene diferentes formas de poder ejercerla. Se traduce en las diferentes posibilidades de ejercer el poder y decidir e intervenir en la vida de otros que impidan y obliguen a otras personas hacer uso de sus libertades.

Tipos de Violencia

Para el Observatorio Nacional de la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar (2019) las mujeres pueden sufrir diferentes tipos de violencia por parte de sus parejas, las cuales son cuatro y se mencionarán a continuación.

Violencia Física

Es la acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal o a la salud. Se incluye el maltrato por privación a las necesidades básicas, que hayan ocasionado daño físico o que puedan llegar a ocasionarlo, sin importa el tiempo que se requiera para su recuperación.

Violencia Psicológica

Es la acción o conducta, tendiente a controlar o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla o avergonzarla y que puede ocasionar daños psíquicos.

Violencia Sexual

Son acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico. Asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación.

Violencia económica o patrimonial

Es la acción u omisión que ocasiona un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de las mujeres por su condición de tales, en el marco de relaciones de poder, responsabilidad o confianza a través de:

- La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes.

- Pérdida, sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales.
- La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensable para vivir una vida digna; así como la evasión del cumplimiento de sus obligaciones alimentarias
- La limitación o control de sus ingresos.

Modalidades de Violencia

Para el Observatorio Nacional de la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar (2019) se tiene 23 modalidades diferentes, entre las que se comprenden contra la mujer y los/las integrantes del grupo familiar; sin embargo, se mencionara solo aquella que converja alrededor de la mujer adulta y su pareja.

En Relación de Pareja

Es cualquier acción o conducta que, dentro de una relación íntima o posterior a ella, causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o afectación económica-patrimonial; en esta modalidad, es la más denunciada por ser la más visible; sin embargo, la más frecuente es la violencia psicológica, la misma que incluye la intimidación, la humillación, y los comportamientos controladores, como el aislamiento de una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información o asistencia. En el caso de la violencia sexual en las relaciones de pareja, debido a los estigmas asociados y a los patrones socioculturales discriminatorios contra las mujeres, es probable que los datos recogidos a nivel nacional por las encuestas sean mayores a los registrados.

La OMS sostiene también que, “aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas y también se dan actos violentos en parejas del mismo sexo, la violencia de pareja es soportada en mucha mayor proporción por las mujeres e infligida por los hombres”. Asimismo, señala que “Las mujeres son particularmente vulnerables al maltrato infligido por la pareja en las sociedades en las que existen importantes desigualdades entre hombres y mujeres, rigidez en los roles de los géneros, normas culturales que respaldan el derecho del hombre a mantener relaciones sexuales con independencia de los sentimientos de la mujer y sanciones blandas para estos comportamientos.

Esta modalidad de violencia no solo afecta individualmente a las mujeres que la sufren, sino que las afecta en sus relaciones parentales, existiendo relación entre las tasas más altas de depresión en mujeres maltratadas por la pareja sobre su capacidad de establecer vínculos.

Efectos de la Violencia Contra la Mujer

La Oficina para la Salud de la Mujer (OWH, 2021) explica las consecuencias que se puede generar a causa de la violencia contra la mujer en su salud mental y física a largo plazo.

Efectos Físicos

Corto Plazo

Puede incluir lesiones leves o afecciones graves, así como hematomas, cortes, huesos fracturados o lesiones a órganos y otras partes interiores del cuerpo, donde es necesario tomografías, radiografías u otras pruebas realizadas por un médico o enfermero para poder detectarse.

Corto Plazo en Violencia Sexual

Sangrado vaginal o dolor pélvico, embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH.

Largo Plazo

Entre los problemas principales para las mujeres víctimas de violencia sexual o física, podemos encontrar: Artritis, asma, dolor crónico, problemas digestivos tales como úlceras estomacales, problemas cardíacos, síndrome del intestino irritable, migraña, problemas sexuales como dolor durante las relaciones coitales y problemas con el sistema inmune.

Efectos Psicológicos

Las mujeres víctimas de violencias de pareja pueden sentir diferentes emociones, tales como: miedo, confusión, ira o hasta insensibilidad o no preocuparse por nada. Por lo contrario, también puede sentirse culpable o avergonzada por el abuso físico o sexual que sufrió.

Así también se conoce que pueden aislarse de otras personas, no disfrutar de las cosas que antes se disfrutaba, desconfianza y tener baja autoestima.

Por otra parte, en algunos casos se inicia con el consumo de sustancias para mejorar su estabilidad emocional, pero es de manera momentánea y a largo plazo se sienten peor. Entre el consumo más usual se tiene las drogas (marihuana, cocaína, etc.), el alcohol, tabaco o exceso de comida.

Entre los efectos a largo plazo sobre la salud mental de la violencia contra la mujer pueden incluir:

Trastorno por Estrés postraumático (TEPT)

Puede ser a causa de experimentar lesiones traumáticas o tener una experiencia impactante o atemorizante, con un abuso sexual o físico. Se puede sobresaltar fácilmente, sentirse tensa o al límite, tener dificultades para dormir o tener brotes de ira. También se puede tener problemas con la memoria (retención) o tener pensamientos negativos sobre si misma o los demás.

Trastorno de Ansiedad

Se puede tratar de ansiedad generalizada (TAG) o puede ser un ataque repentino de miedo intenso, la cual puede empeorar con el tiempo e interferir con su vida diaria.

Así mismo, se tiene la depresión que para la OMS (2021) es un trastorno de salud mental común, la cual está caracterizada por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que anteriormente eran gratificantes y placenteras. Adicional a ello, en algunos casos puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente que se acompañe de fatiga y falta de concentración.

Para el Instituto Nacional de Salud Mental (2020) se entiende como un síntoma que interfiere de manera constante desde su aparición con el desarrollo de las actividades de la persona que padece esta enfermedad; así mismo, se han identificado varios tipos de depresiones, siendo el trastorno depresivo grave y el trastorno sistémico los más comunes.

El DSM-5 (2013) refiere que el diagnóstico de depresión corresponde a una alteración emocional configurado en los trastornos relacionados con el estado del ánimo, expresado en un estado en el cual la persona afectada pierde de forma parcial o total el interés de sus actividades, ligada a una permanente tristeza, por lo cual se puede observar características a la desesperanza.

Según Aaron Beck (1997) refiere que se observa en la depresión un esquema cognitivo que se caracteriza por una visión negativa de la propia persona (sí mismo), del entorno y del futuro, el cual fue definido como la triada cognitiva. Esto nos quiere decir, que la persona depresiva se visualiza incompetente e interpreta el entorno en relación a pérdidas y presenta una visión desesperanzada del futuro. Esto supone que las personas que presenten depresión tendrán menor habilidad para modificar dicha triada cognitiva. En base a ello desarrolló el enfoque psicológico de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) centrándose en los pacientes depresivos, considerando que la depresión se caracteriza, en su lógica, como una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro.

La TCC es un enfoque considera centrado, directivo y estructurado, que se basa en la triada cognitiva. De esta forma, los pensamientos disfuncionales provocan cambios en los sentimientos y las acciones que, en consecuencia, interfieren en el funcionamiento psíquico del individuo de manera inapropiada. En conclusión, se hace hincapié en la sustitución de esos pensamientos distorsionados por otros más adaptable

y coherentes con la realidad, que proporcionen estrategias funcionales e influyan de manera positiva en todas las áreas de la vida del sujeto. (Beck, 2013)

En cuanto al abordaje psicoterapéutico enfocado en la TCC para el tratamiento de la depresión, es fundamental contar con una alianza terapéutica consolidada que favorezca el vínculo entre ambos, paciente – terapeuta para asegurar la eficacia del proceso (Beck, 2013). El terapeuta utilizará recursos y técnicas específicas para el seguimiento, considerando la conceptualización cognitiva realizada en un inicio, debido a que sólo a partir de ésta el profesional tendrá conocimiento y dominio de la demanda presentada por el paciente (Cizil & Beluco, 2019).

Sin embargo, teniendo en cuenta la complejidad de los trastornos depresivos, así como los cambios en las funciones psíquicas que se derivan de ellos, las funciones que se afectan principalmente la cognición, los estados de ánimo, como por ejemplo la melancolía y la tristeza y las actividades volitivas. En base a ello, el tratamiento de la TCC se centrará en la cognición para que, en consecuencia, las demás funciones produzcan mejoras clínicas significativas, considerando así la triada recomendada por el enfoque (Beck, 2013; Greenberger & Padesky, 2017).

Además, la activación del comportamiento se utiliza comúnmente en pacientes con un trastorno depresivo grave, ya que, debido a las distorsiones cognitivas que presentan, no solo se necesita reestructurar la cognición. De ese modo, a partir de la identificación del Pensamiento Automático disfuncional (PCA), el psicoterapeuta deberá actuar buscando comprender las actividades que el paciente entiende en la

condición de agradable y desagradable, que acciones solía realizar y ya no se esfuerza por hacer. A partir de eso, se iniciará una planificación de actividades, de manera práctica y efectiva, que apunte al proceso de activación práctica y efectiva, que apunte al proceso de activación comportamental, en el que el paciente podrá desarrollar conductas rutinarias, de acuerdo con la orientación terapéutica y el acuerdo entre ambos (Beck, 2013).

Por consiguiente, se utilizan habitualmente recursos terapéuticos como la psicoeducación, los registros de pensamientos disfuncionales (DPR), los deberes, la capacitación en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, el cuestionamiento socrático, entre otras. Además, se evalúa la asociación entre la psicoterapia y la farmacoterapia a fin de satisfacer las demandas presentadas y alcanzar los objetivos fijados para garantizar mejoras sustanciales en la calidad de vida y la salud psíquica del paciente (Beck, 2013).

A fin de poder terminar la gravedad de la sintomatología se debe utilizar alguna prueba psicométrica, en esta investigación se abordó a través de la Escala de Auto medición de la Depresión de Zung, en donde se encuentra 4 diferentes niveles de depresión: 1) No hay depresión presente, significa que no se identificó síntomas depresivos o son mínimos. 2) Desorden emocional, refiere a que la persona se haya con síntomas depresivos por cortos periodos de tiempo. 3) Depresión Situacional, implica que se detectó síntomas depresivos pero que es causado por un evento emocional de corta duración, como por ejemplo el duelo. 4) Depresión ambulatoria, presenta sintomatología depresiva que se mantiene en el tiempo, afectando de forma

perenne desde su aparición, la cual requiere de tratamiento de manera urgente, ya que podría afectar en mayor medida la vida de la persona.

Respecto a la justificación de la presente investigación, se justifica a nivel teórico por la actualización de la información recopilada en esta investigación la cual puede ser útil para otros investigadores. Asimismo, a nivel práctico, la presente investigación permite el desarrollo del programa que va permitir aplicar los principios de la terapia cognitivo conductual en las mujeres víctimas de violencia de pareja. De igual forma, la justificación metodológica se basa en el enriquecimiento del conocimiento por el tipo de investigación descriptivo – propositiva. Por último, relacionado con una justificación social, el aplicar un programa cognitivo conductual para reducir la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja y logrará mejorar la calidad de vida.

1.2 Formulación de pregunta

¿De qué forma el diseño de un programa cognitivo conductual reducirá la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja, Lima 2021?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Proponer un programa cognitivo conductual para reducir la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja, Lima Norte 2021.

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de depresión y el rango de edades de las mujeres víctimas de violencia de pareja, Lima Norte 2021.
- Identificar los aspectos teóricos del modelo cognitivo conductual para el diseño del programa para reducir la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja, Lima Norte 2021.
- Diseñar un programa cognitivo conductual para reducir la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja, Lima Norte 2021.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Esta investigación se enmarcó en el tipo descriptivo-Propositiva. Descriptiva ya que refiere que una investigación descriptiva es la que comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014), como la clasificación de la depresión evaluado mediante la escala de autoevaluación de Zung, con ello se interpretó los resultados en las mujeres víctimas de violencia de pareja de un centro de salud de Lima Norte.

Es una investigación propositiva debido a que es un proceso creativo y crítico, caracterizada por planear diferentes alternativas de solución a los problemas suscitados por una situación (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014), por ejemplo, las mujeres víctimas de violencia de pareja de un centro de salud de Lima Norte en el 2021 cuya propuesta será la de un programa cognitivo conductual.

Por consiguiente, en esta investigación se utilizó el tipo Descriptivo-Propositiva ya que, para Hernández, Fernández, & Baptista (2014) se trabajó sobre las realidades y sus características fundamentales para presentar una interpretación correcta de las variables de depresión y violencia conyugal, para poder proponer una alternativa diferente y creativa para la problemática hallada en un centro de salud de Lima Norte.

Diseño

La presente investigación fue de diseño no experimental, puesto que según Escamilla (2013), señala que las variables no se manipulan intencionalmente, sino que sólo se observa y se analiza el fenómeno tal y como es en su contexto natural.

Así mismo esta investigación presenta un corte transversal debido a que el estudio se realiza en una sola instancia, a diferencia de los estudios longitudinales, donde las variables pueden cambiar durante el periodo de investigación.

Participantes

Población

En la presente investigación se consideró una población finita, puesto que se conoce el número exacto de elementos que constituyen el estudio, el cual estuvo conformada por las personas que acudieron al centro de salud donde se realizó el estudio, logrando atender 209 mujeres mayores de edad que fueron víctimas de violencia por parte de su pareja, durante el mes de abril a julio del 2021.

Criterio de inclusión:

Presentar sintomatología depresiva en las últimas
dos semanas.

Ser mayor de edad.

Criterio de Exclusión:

Mujeres que no han presentado una relación de
pareja en el último mes.

Muestra

Se empleó el método no probabilístico por conveniencia (Otzen & Manterola, 2017) que consiste en seleccionar a los individuos que convienen al investigador durante los meses de abril a julio del 2021, las cuales fueron 42 mujeres víctimas de violencia de pareja que asisten a un centro de salud de Lima Norte.

Técnicas

Abril (2017) explica que las técnicas constituyen el conjunto de mecanismos, medios o recursos dirigidos a recolectar, conservar, analizar y transmitir los datos de los fenómenos sobre los cuales se investiga.

Por lo tanto, la técnica que se empleó para la recolección de datos en esta investigación es la encuesta (Abril, 2017), debido a que se aplicó el test de Autoevaluación de Zung; y entrevista, en primera se corroboró los datos de inclusión y con ello se quedaba incluida en el estudio.

Instrumentos

Para el recojo de la información en el presente estudio se utilizó la escala de Automedición de Depresión de Zung.

La escala de Automedición de Depresión de Zung tiene como autor a William W. K. Zung en el año 1965; siendo adaptada en el año 2012 por el autor Ruiz Grosso en pacientes del Hospital Nacional Cayetano Heredia, el objetivo de la prueba es medir los niveles de depresión presente en las pacientes. La aplicación es de tipo individual, con una duración de 10 minutos

aproximadamente. Cuenta con cuatro dimensiones: Afectividad, psicomotora, psicológica y fisiológica. Cada dimensión cuenta con 2, 2, 8 y 8 ítems respectivamente; cada uno de ellos es evaluado a través de la escala Likert de cuatro puntos. Las opciones de respuesta son: Muy pocas veces (1), Algunas veces (2), Muchas veces (3) y Casi siempre (4).

Respecto a las propiedades psicométricas se tiene los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92) y en relación con la validez los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia. Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85%) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

Procedimiento de recopilación de datos

En el presente estudio se inició con la llegada de la paciente por atención directa o interconsulta que podría haber sido derivado de algún otro centro de salud particular o del estado, en primer momento se comenzó con una entrevista individual y se utilizó la ficha sociodemográfica con el objetivo de recoger

información de los participantes tales como: Edad, lugar de nacimiento, año de nacimiento, ocupación. Adicional a ello, se indago sobre el motivo de consulta para identificar el grado de afectación, la duración y posibles secuelas, según lo establece el Centro de salud en donde se realizó la investigación. En una siguiente entrevista lo primero que se consultaba era si quisiera acceder a la investigación que se estaba realizando, de ser así se procedía a brindarle el consentimiento informado para que lo pueda firmar y continuar con la aplicación de la Autoevaluación de Depresión de Zung, con la finalidad de conocer el nivel de depresión de las participantes en la prueba.

Aspectos Éticos

Según la Asociación Psicológica Peruana (APA, 2017), se tomó en cuenta la veracidad del estudio reduciendo al máximo el plagio o similitud con otros estudios.

Así también, se empleó el Código de Ética del Investigador Científico de la Universidad Privada del Norte considerando la autonomía como un derecho fundamental de la entrevistada, para ello se consideró la utilización de un consentimiento informado resaltando la confidencialidad y la voluntariedad de participar en el estudio.

Además, se citó y referenció a todas las fuentes que han sido consultadas y consideradas para esta investigación, haciendo uso de Normas APA 7ma edición. También se solicitó la autorización del centro del centro de salud para recolectar la información necesaria; la cual se obtuvo directamente a través de la Lic. a cargo del servicio de psicología, quien a su vez estuvo presente en algunas

de las consultas psicológicas donde se aplicó la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung, donde se trabajó acorde el Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2018); la información recolectada será usada solo con fines académicos, basándonos en el método científico y sin dejar de lado valores que un investigador debe observar; todos los resultados se presentaran sin alterar datos reales.

CAPITULO III. RESULTADOS

Se presentarán los resultados del instrumento Escala para Automedición de la Depresión de Zung que se obtuvieron de la presente investigación, los cuales son producto del objetivo e hipótesis de esta.

TABLA 1

Análisis descriptivo de la depresión

	N° de	
	pacientes	%
No hay depresión	0	0%
Con depresión emocional	10	24%
Depresión situacional	17	40%
Depresión ambulatoria	15	36%
TOTAL	42	100%

Fuente: Escala de Auto Medición de la Depresión (EAMD)

Se puede apreciar en la tabla 1, que el 40% (17) de mujeres víctimas de violencia doméstica poseen depresión situacional, seguido de un 36% (15) con depresión ambulatoria y un 24% (10) padece depresión emocional; finalmente las pacientes que no tienen depresión son de un 0%, debido a que ninguna de las víctimas obtuvo dicho resultado.

TABLA 2

Frecuencia y porcentaje de pacientes por rango de edad.

	N° de	
	pacientes	%
Joven (18-29)	27	64%
Adulto (30 - 59)	15	36%
TOTAL	42	100%

Se evidencia en la tabla 2, que un 64% (27) de las mujeres víctimas de violencia doméstica son jóvenes (18 - 29 años), mientras que un 36% (15) son adultas (30 - 59 años).

TABLA 3

Técnicas efectivas del modelo cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia

Autor y años de publicación	Título de investigación	Conclusiones
Aburto, 2021.	Revisión Sistemática: Programas cognitivos conductuales en mujeres víctimas de violencia de pareja	Se selecciono 8 programas que muestran su efectividad luego de la aplicación del programa, donde el 100% de las investigaciones trabajaron la dimensión de la depresión; las técnicas más utilizadas son psicoeducación, reestructuración cognitiva y técnica de exposición con un 62.5%; tambien podemos encontrar técnicas de relajación con un 42.5%.
Rolim, Pereira, Sousa, Filho, Silva y Gomes, 2021	Notas sobre el tratamiento clínico de la psicología cognitivo-comportamental: un análisis de la depresión	La reestructuración cognitiva permite trabajar gradualmente en los patrones de cognición, emociones y comportamiento de las personas. La educación psicosocial está diseñada para enseñar sobre el modelo cognitivo, el trastorno y sus síntomas, mientras que el entrenamiento de habilidades sociales ayudará al paciente a desarrollar un repertorio comportamental para actuar y comportarse de manera más asertiva.
Castillo, 2017	Proceso de intervención psicoterapéutica desde la perspectiva cognitivo conductual para la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de	La modificación de esquemas cognitivos promueve una reducción significativa de la depresión y logra que las pacientes puedan adquirir herramientas para afrontar ideas que les causan malestar. Así mismo, lograron identificar las ideas irracionales de cada

<p>violencia intrafamiliar de la zona rural de Calderón abril-agosto 2016</p>	<p>una; se logró informar y educar sobre la sintomatología depresiva para poder identificarla.</p>
<p>Programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja: una revisión sistemática</p> <p>Cantillo y Mendoza, 2020</p>	<p>Clasificaciones más usadas para las técnicas de TCC, primera división Terapias racionales o de reestructuración cognitiva. Segunda división técnicas para el manejo de situaciones evocadoras de estrés; y tercera división técnicas destinadas al entrenamiento para el análisis y abordaje de problemas. Las técnicas que más se utilizaron según esta investigación, son la reestructuración cognitiva, psicoeducación, técnicas de relajación, solución de problemas y entrenamiento de control.</p>

Se muestra en la tabla 3, que las técnicas más utilizadas y que a su vez son efectivas para las mujeres víctimas de violencia de pareja son: psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnica de exposición, solución de problemas y técnicas de relajación

TABLA 4

Diseño de la propuesta de intervención

SESIONES	OBJETIVOS	TÉCNICAS	TIEMPO
1	Conocer la depresión, sus principales manifestaciones y cuál es su impacto en la vida diaria	➤ Psicoeducación	60
2	Reconocer la teoría cognitivo conductual como una alternativa de solución para la sintomatología depresiva	➤ Exposición y retroalimentación	60
3	Beneficiar al momento de tomar decisiones para afrontar la depresión.	➤ Entrenamiento en relajación. ➤ Tarea de casa	60
4	Aprender a registrar sus emociones y pensamientos automáticos.	➤ Retroalimentación de la tarea anterior ➤ Autorregistro ➤ Tarea de casa	60
5	Modificar la interpretación de las amenazas: Identificación y conocimiento de distorsiones cognitivas	➤ Debate ➤ Auto reforzamiento	60
6	Restructurar los pensamientos negativos	➤ Restructuración cognitiva ➤ Tarea de casa	60

7	Modificar el dialogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrenamiento en autoinstrucciones ➤ Tarea de casa 	60
	8	Aumentar la percepción de capacidad de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estrategias de solución de problemas
9	Mejoramiento de habilidades de afrontamiento y conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exposición con prevención de respuestas 	60
10	Valoración de avances Reforzamiento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de autorregistros y escalas de intensidad ➤ Prevención de recaídas. 	60

Se evidencia en la tabla 4 el diseño de la propuesta de intervención se propone para las mujeres víctimas de violencia de pareja que tengan depresión en base al modelo Cognitivo Conductual, para desarrollarlo en 10 sesiones, divididas en una sesión por semana de 60 minutos cada una, ya que las mujeres al que va dirigido la propuesta no disponen de tiempo para realizar dos sesiones seguidas durante una misma semana, puesto que realizan actividades domésticas, trabajan o están en un proceso judicial.

Objetivo General

Reducir los niveles de depresión en las mujeres víctimas de violencia de pareja, donde aprenderán a manejar adecuadamente sus pensamientos, emociones y conductas, brindándoles estrategias y recursos para mejorar su estilo de vida.

Objetivos Específicos

- Conocer sobre la depresión, sus principales manifestaciones y el impacto sobre el día a día.
- Reconocer la TCC como una alternativa de solución para la sintomatología depresiva.
- Beneficiar al momento de tomar decisiones para afrontar la depresión.
- Aprender a registrar sus emociones y pensamientos automáticos.
- Modificación de la interpretación de las amenazas: Identificación y conocimiento de distorsiones cognitivas.
- Restructurar los pensamientos negativos.
- Modificar el dialogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento.
- Aumentar la percepción de capacidad de afrontamiento.
- Mejoramiento de habilidades de afrontamiento y conductuales.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1 Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo principal proponer un diseño de intervención para mujeres víctimas de violencia de pareja, mediante la terapia cognitivo conductual en las pacientes de un centro de salud de Lima Norte del 2021. Este problema de investigación surgió de la observación de una casuística de una población concreta, que además se ratifica con lo planteado en las investigaciones que forman parte de los antecedentes de este estudio, con lo cual se considera que esta problemática se podría presentar también en otras poblaciones de similares características en nuestro país. Acorde a los resultados se obtuvo la justificación y elaboración de la propuesta del programa cognitivo conductual para reducir la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja; tal y como lo muestra Marcelo (2019) en su investigación donde presenta la propuesta del programa de intervención respecto a los resultados obtenidos que justifican su elaboración.

Se tuvo como primer objetivo específico se tuvo el determinar el nivel de depresión y el rango de edad de las mujeres víctimas de violencia de pareja, Lima 2021. Los resultados obtenidos son semejantes a los de la investigación realizada por Lescano y Salazar (2020) en Nuevo Chimbote, donde se evidenció una mayor manifestación de intensidad e incidencia de depresión en mujeres víctimas de violencia de 18 a 29 años de edad; al igual que en el presente estudio donde el 64% de las participantes de edades entre 18 y 29 años presentan depresión moderada y grave, frente a un 36% de las mujeres que oscila entre 30 y 59 años

de edad; por otro lado, los niveles más significativos de depresión fueron situacional y ambulatoria afectando al 76% de las mujeres que son víctimas de violencia de pareja. A pesar de no utilizarse el mismo instrumento, los resultados se relacionan con los de Marcelo (2019) donde el 78.5% de las mujeres víctimas de violencia de pareja presentaban depresión grave y moderada, evidenciando los niveles más altos y difíciles de tratar y manejar respecto a la depresión; en el corto, mediano y largo plazo, lo que coincide con lo mencionado por la OMS (2021) donde refiere sobre la incidencia de la depresión en las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja. Dando sustento válido para la propuesta de intervención de un programa cognitivo conductual para la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja

Respecto al segundo objetivo específico, el cual fue identificar los aspectos teóricos del modelo cognitivo conductual para el diseño del programa para reducir la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja, Lima 2021. Acorde a los datos recabados se tomó en cuenta las aplicaciones que se realizaron de manera más habitual y que a su vez mostraron mayor eficacia al realizar su aplicación, así como lo expresa Castillo (2017) quien, en su investigación buscó identificar el modelo cognitivo conductual para la elaboración de su modelo de intervención terapéutico acorde a los datos más relevantes que recopiló.

El tercer objetivo específico fue diseñar un programa para reducir la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja, Lima 2021. Según los datos recopilados por Habigzang, Ferreira & Zamagna (2019) se puede interpretar que debido a la reducción de la sintomatología depresiva en las mujeres víctimas de violencia conyugal, la propuesta de intervención resulta ser efectiva frente a su

aplicación. Este resultado es similar al reportado por Castillo (2017) donde planteó identificar la efectividad de su intervención y obtuvo una reducción significativa de la sintomatología depresiva en sus pacientes víctimas de violencia de pareja.

Respecto a las limitaciones que se tuvo con la investigación, no se encontraron más investigaciones descriptivo – propositivas de las que ya se mencionaron en este estudio por lo que no se pudo obtener más información de antecedentes; sin embargo, no fue impedimento para poder hacer un análisis comparativo con otros tipos de investigación. Así mismo, no se obtuvo el permiso para poder aplicar el test autoaplicativo de Beck, el cual se recomienda aplicar para este tipo de investigación, ya que en el centro de salud se aplicaba de manera estandarizada la Escala para Automedición de la depresión de Zung; Además se tuvieron diferentes dificultades a causa de la pandemia a nivel mundial ya que la interacción con las pacientes en algunos casos no pudo ser de manera presencial, teniéndose que adaptar a la modalidad virtual. Así mismo, debido a que la población es de un nivel económico bajo, en ocasiones se tenía que postergar la sesión por motivos de conectividad o trabajo.

Los hallazgos encontrados tienen una implicancia práctica debido a que, se podría aplicar a futuro el programa que permite aplicar los principios del modelo cognitivo conductual en las mujeres víctimas de violencia de pareja. Por otro parte, a nivel teórico se recaba la información de la utilidad y eficacia de las técnicas mayormente utilizadas del modelo cognitivo conductual para el abordaje en mujeres víctimas de violencia de pareja; por último, respecto al nivel social esta investigación puede contribuir a mejorar de manera significativa la calidad de

vida de las mujeres con esta problemática, reconociendo las estrategias que se emplean y los estilos de afrontamiento empleados.

4.2 Conclusiones

- Se evidencia que 32 de las participantes presentan depresión entre moderada y grave, y 10 mujeres depresión emocional; por lo que se evidencia un deterioro significativo en el desenvolvimiento de estas personas en su vida diaria.
- Las técnicas más relevantes tomadas en cuenta del modelo cognitivo conductual fueron: psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnica de exposición, solución de problemas y técnicas de relajación.
- El diseño del programa cognitivo conductual se sustenta en los planteamientos teóricos del modelo cognitivo conductual y propone actividades dirigidas a tratar las áreas afectadas, buscando entrenar a las pacientes para discriminar o distinguir entre creencias y hechos del mundo 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 de ánimo.

REFERENCIAS

Abril, V. (2016). *Técnicas e Instrumentos de la Investigación*.

<https://docplayer.es/30483389-Tecnicas-e-instrumentos-de-la-investigacion-victor-hugo-abril-ph-d.html>

APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Arias, F. (2012) *El Proyecto de Investigación: Introducción a la metodología científica*. Venezuela. Sexta edición.

Cantillo, I.; Mendoza, M. (2020). *Programas de intervención cognitivo conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja: Una revisión sistemática*. Barranquilla, Colombia. Universidad de la Costa.

Castillo, M. (2017). *Proceso de intervención psicoterapéutica desde la perspectiva cognitivo conductual para la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de la zona rural de Calderón abril – agosto 2016*. Quito, Ecuador. Universidad Politécnica Salesiana.
<https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/14426>

Cisneros, A. (2021) *Indicadores de depresión y violencia en la relación de pareja en mujeres del distrito de Ate*. <https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.02>

Colegio de Psicólogos del Perú (2018). *Código de ética y deontología*.
https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

Dahab, J.; Rivadeneira, C.; Minici, A. (2002) *La Depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. Revista de terapia cognitivo conductual.*
<http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>

Generalí, V. (2020) *Efecto de la terapia cognitivo conductual sobre la depresión en mujeres que han sido víctimas de violencia de género.* Universidad de la Republica Uruguay.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/25195/1/ultimat_fg_29_02_20_.pdf

Habigzang, L.; Ferreira, M.; Zamgna, L. (2019). *Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples.* Scielo. Brasil. Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v13n2/1688-4221-cp-13-02-249-pt.pdf>

Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2014) *Metodología de la Investigación.* (6ª ed.). México: McGrwall Hill Education.

Hernández, S.; Fernández, C.; Baptista, P. (2013). *Metodología de la Investigación.* Sexta edición. México. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Herrera, S. (2015). *Terapia cognitivo conductual grupal, enfocada a disminuir la depresión en mujeres maltratadas por sus parejas.* Panamá, República de Panamá. Universidad de Panamá. <http://up-rid.up.ac.pa/id/eprint/259>

Huerta, R.; Bulnes, M.; Ponce, C.; Sotil, A.; & Campos, E. (2016). *Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de*

convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. Theorēma (Lima, Segunda época, En línea), (1), 123–136.

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11945>

INEI (2019) *Perú: Indicadores de Violencia Familiar y Sexual, 2012-2019*. Perú.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1686/libro.pdf

Iraizoz, A. (2012). *Violencia de género: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada*. *Acción Psicológica*, 9(1), 115-122.

Lescano López, G. S., & Salazar Roldan, V. del R. (2020). *Dependencia emocional, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia*. *DELECTUS - Revista científica, INICC-PERÚ*, 3(3), 1-13. <https://doi.org/10.36996/delectus.v3i3.81>

Oficina para la Salud de la Mujer (2021) *Efectos de la violencia contra la mujer*. <https://espanol.womenshealth.gov/relationships-and-safety/effects-violence-against-women>

Organización de Naciones Unidas (1994). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Ginebra: Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud (2021) *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Peña, C.; Vilchez, L.; Acho, R.; Loredó, R.; Ortiz, K.; Salazar, M. (2017). *Violencia contra la mujer en el distrito de Santiago de Surco – Lima*. Universidad Ricardo Palma. <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/4268/n/violencia-contra-la-mujer.pdf>

Plan Internacional (2021) *Conoce las estadísticas de violencia contra las mujeres durante la pandemia en 2021*. Prevención Contra la Violencia. Perú.
<https://www.planinternational.org.pe/blog/conoce-las-cifras-de-violencia-contra-las-mujeres-durante-la-pandemia>

Salas, N.; García, V.; Zapata, L.; Díaz, O. (2020) *Intervenciones en violencia de género en pareja: Artículo de Revisión de la Literatura*. Revista Cuidarte. 2020; 11(3): e980. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.980>

Saldaña, J. (2019) *Violencia de pareja y depresión en mujeres de la ciudad de Cajamarca*.
<http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1058>

Violence against women Prevalence Estimates (2018). *Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra la mujer y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual sufrida por la mujer por alguien que no es su pareja*. OMS, Ginebra, 2021.

ANEXOS

ANEXO 1

RESPONSABLE:
SERVICIO: PSICOLOGÍA
DNI:
PESO:
TALLA:
HC:

FICHA DE DATOS

I. DATOS DE FILIACIÓN:

APELLIDOS Y Nombres	
Lugar y Fecha de Nacimiento	
Edad	
Numero de Hermanos	
Lugar que Ocupa en la Familia	
Grado de Instrucción	
Ocupación	
Domicilio	
Referencia	
Con quienes vive	
Nombre de la pareja y Edad	
Ocupación	
Nombre de los hijos y Edad	
Ocupación	
Teléfono	
Correo	
Establecimiento de Salud	

Fecha de Evaluación	
---------------------	--

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS SQR – 18

Fecha de entrevista:

Establecimiento:

DATOS DEL USUARIO

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo: M F

Dirección:

IRRITABLE No, IMPACIENTE No, SENSIBLE No

	SI	NO
1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene mal apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Duerme mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se asusta con facilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le tiemblan las manos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se siente nervioso o tenso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Sufre de mala digestión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Es incapaz de pensar con claridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Se siente triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Llora Ud. Con mucha frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? Inseguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Tiene dificultad en disfrutar en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Se siente aburrido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18.	¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19.	¿Se siente Ud. Que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
20.	¿Es Ud. Una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?		
21.	¿Ha notado interferencias o algo en su pensamiento?		
22.	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
23.	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		
24.	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que Ud. Estaba bebiendo demasiado?		
25.	¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?		
26.	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?		
27.	¿Ha estado en peleas o lo han detenido estando borracho?		
28.	¿Le ha parecido alguna vez que bebía demasiado?		

Anexo 2

Matriz de operacionalización de la Escala de Automedición Depresión de Zung

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles y rangos
Afectiva	Deprimida	1	1: Muy pocas veces	Sin depresión: 0-27 Depresión leve: 28-41 Depresión moderada: 42-53 Depresión grave: 54 a +.
	Llorosa	3		
Psicomotora	Agitación	13	2: Algunas veces	
	Atraso mental	12	3: Muchas veces	
Psicológica	Confusión	11	4: Casi siempre	
	Soledad	18		
	Desesperación	14		
	Indecisión	16		
	Insatisfacción	15		
	Devaluación Personal	20		
	Pensamientos de suicidio	17		
Fisiológica	Variación diurna	19		
	Sueño	2		
	Apetito			
	Reducción de peso	4		
	Sexo	5		
	Gastrointestinal	7		
	Cardiovascular	6		
	Osteomuscular	8		
		9		
		10		

Anexo 3

Escala de Automedición de Depresión (EAMD)

Lea atentamente las siguientes frases y coloque en la columna el puntaje que, según Usted, refleje mejor cómo se sintió durante la última semana		COLOQUE AQUÍ EL PUNTAJE	OPCIONES DE PUNTAJES			
			MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1	Me siento triste y decaído		1	2	3	4
2	Por las mañanas me siento mejor		4	3	2	1
3	Tengo ganas de llorar y a veces lloro		1	2	3	4
4	Me cuesta mucho dormir en la noche		1	2	3	4
5	Como igual que antes		4	3	2	1
6	Aún tengo deseos sexuales		4	3	2	1
7	Noto que estoy adelgazando		1	2	3	4
8	Estoy estreñado (a)		1	2	3	4
9	El corazón me late más rápido que antes		1	2	3	4
10	Me canso sin motivo		1	2	3	4
11	Mi mente está tan despejada como antes		4	3	2	1
12	Hago las cosas con la misma facilidad		4	3	2	1
13	Me siento intranquilo y no puedo respirar		1	2	3	4
14	Tengo confianza en el futuro		4	3	2	1
15	Estoy más irritable que antes		1	2	3	4
16	Encuentro fácil tomar decisiones		4	3	2	1
17	Siento que soy útil y necesario (a)		4	3	2	1
18	Encuentro agradable vivir		4	3	2	1
19	Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto (a)		1	2	3	4
20	Me gustan las mismas cosas que antes		4	3	2	1

Anexo 4

Consentimiento informado

El objetivo del presente documento es otorgarle un conocimiento sobre la investigación que se busca realizar, así como el rol que desempeña en la misma:

La presente investigación es conducida por Jhonny Adler Rodriguez Romero, de la Universidad Privada del Norte. El objetivo de la presente investigación es proponer un diseño de intervención para mujeres víctimas de violencia doméstica.

Si usted accede a participar del estudio, se le solicitará completar la Escala de Automedición de Depresión de Zung.

La participación en el estudio es voluntaria, además la información que se recoja es anónima, ya que no es necesario registrar los nombres y apellidos.

Si tiene alguna duda de esta investigación, puede realizarlas en cualquier momento durante su participación. Además, puede retirarse de este cuando lo desee.

Anexo 5. SESIÓN 1:

OBJETIVO	ESTRUCTURA DE LA SESIÓN	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO	TÉCNICA	MATERIALES
Conocer la depresión, sus principales manifestaciones y cuál es su impacto en la vida diaria	INICIO	Se comienza la sesión con una dinámica de inicio “conociendo mis sentimientos”, que consiste en preguntar a la evaluada como se suele estar sintiendo, para luego mostrarle la palabra “depresión” y pueda explicar que significa para ella la depresión y cuáles serían sus manifestaciones en la vida diaria de una persona.	10	Dinámica de inicio	Cartulina / Imagen
	DESARROLLO	<p>1. Se responde a los anterior mencionado sobre la depresión. La palabra depresión se usa de muchas formas, puede significar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un sentimiento que dura unos cuantos minutos. • Un estado de ánimo que dura unas horas o unos cuantos días • Una condición clínica que dura al menos dos semanas. <p>2. Los criterios para las personas que sufren depresión, habitualmente 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). 	35	Psicoeducación	PPT

		<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>3. En base a lo ya expuesto, se continua con las siguientes preguntas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Has experimentado algunas de las manifestaciones? • ¿Qué haces cuando te sientes deprimida? • ¿Qué pensamientos o ideas tienes cuando estás triste o deprimida? <p>4. Depresión y Violencia de pareja Se aborda la violencia de pareja como una de las causas de depresión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de violencia de pareja. • Tipos de violencia: física, psicológica, sexual y económica. <p>5. Modelo cognitivo conductual de la depresión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visión negativa sobre sí mismo. • Visión negativa sobre el mundo. • Visión negativa sobre el futuro. 			
	CIERRE	Se le pedirá al paciente hacer un resumen de lo expuesto en la sesión y verificar que se comprendió los temas tratados, en caso haya duda o se necesite clarificar algún punto, se hará una vez haya terminado el resumen de la paciente y con ello darle fin a la primera sesión.	15	Retroalimentación y Resumen	PPT

<i>OBJETIVO</i>	<i>ESTRUCTURA DE LA SESIÓN</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>MATERIALES</i>
Reconocer la teoría cognitivo conductual como una alternativa de solución para la sintomatología depresiva	INICIO	<p>1. Se inicia la sesión con una dinámica de inicio “Las cartas” donde se repartirá cartulina de 3 colores distintos: Blanca, se escribe sobre los temores y/o dudas que tengan sobre la terapia; amarillas, se escribe los compromisos; azul, se escribe lo que esperan de las sesiones de terapia.</p> <p>2. Se realiza un breve recordatorio del tema tratado en la sesión anterior a fin de dar pie al desarrollo de la sesión.</p>	15	Dinámica de inicio	<p>Cartulinas</p> <p>Lápiz/Lapicero</p> <p>PPT</p>
	DESARROLLO	<p>1. Se iniciará con la siguiente pregunta: ¿Qué entiende por cognición y conducta?</p> <p>2. ¿Qué es el programa cognitivo conductual? Es un proceso de intervención donde se utilizan diferentes técnicas con el fin de modificar el pensamiento y conducta, logrando obtener un estado de ánimo favorable.</p> <p>3. Principales conceptos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La cognición. - La conducta. - Los cambios que se pueden hacer en la cognición y conducta. <p>4. Principales técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva. - Técnica de relajación. - Técnica de exposición. - Psicoeducación - Solución de problemas 	35	Exposición y retroalimentación	PPT

		5. Importancia del modelo cognitivo conductual.			
	CIERRE	Se explicará la tarea que se dejará “Termómetro del estado de ánimo” donde tendrá que marcar su estado de ánimo al finalizar cada día por una semana, donde 1 es el peor estado de ánimo y 9 es el mejor estado de ánimo; así mismo, enumerara el número de pensamiento dañinos y saludables, donde se recomienda apuntar las razones de ambas para que se platique una próxima sesión.	10	Tarea Autorregistro	PPT Hoja de autorregistro

<i>OBJETIVO</i>	<i>ESTRUCTURA DE LA SESIÓN</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>MATERIALES</i>
Beneficiar al momento de tomar decisiones para afrontar la depresión.	INICIO	1. Se iniciará con una pregunta rompe hielo. 2. Se evaluará la actividad dejada la sesión anterior, donde se enfocará en preguntar: ¿Qué día fue el mejor? ¿Por qué? ¿Qué pensamientos tuvo ese día saludables / dañinos? ¿Qué día fue el peor? ¿Por qué? ¿Qué pensamientos tuvo ese día saludables / dañinos?	10	Rompe hielo Retroalimentación	Hoja de autorregistro
	DESARROLLO	1. Entrenamiento en relajación. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es la relajación? • ¿Qué beneficios tiene la relajación? • Tipos de técnicas de relajación <ul style="list-style-type: none"> - Relajación autógena. - Relajación muscular progresiva. - Visualización. - Respiración profunda. - Musicoterapia o terapia artística. - Aromaterapia. - Hidroterapia, entre otras. Tener en cuenta la comodidad de la paciente y proponer una técnica acorde a la paciente. <ul style="list-style-type: none"> • Práctica de la técnica de relajación por 5 minutos. 	40	Entrenamiento en relajación Parada del pensamiento Análisis funcional	PPT

		<p>2. Parada del pensamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es la parada de pensamiento? • ¿Para qué sirve? • Pasos que realizar para la parada de pensamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los pensamientos negativos. - Crea pensamientos positivos sustitutivos. - Elige un estímulo de parada, puede ser físico y/o palabra (por ejemplo, una palmada), si se quiere que se tenga más fuerza, se recomienda utilizar físico más palabra acompañado de su nombre. • Cambiar el foco de atención. <p>El orden de esquema sería el siguiente: Pensamiento intrusivo → Estímulo de corte → Pensamiento alternativo / Actividad distractora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica. 			
	CIERRE	<p>1. Llenar el autorregistro hasta la próxima sesión, tal y como se enseñó anteriormente.</p> <p>2. Practicar las técnicas de respiración en los siguientes días, a fin de mejorar su tranquilidad y estado de ánimo.</p> <p>3. Entrenar la parada de pensamiento, ya que para que sea efectiva precisa de automatización, a medida que se domine la técnica no será necesario que se diga verbalmente la palabra, sino que con solo pensarla será suficiente.</p>	10	Tarea de casa	Hoja de autorregistro

<i>OBJETIVO</i>	<i>ESTRUCTURA DE LA SESIÓN</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>MATERIALES</i>
Aprender a registrar sus emociones y pensamientos automáticos.	INICIO	<p>1. Se inicia con una pregunta rompe hielo.</p> <p>2. Preguntar si se practicó alguna técnica de respiración, si la respuesta es afirmativa, profundizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Logro tranquilizarse? - ¿Cómo se sintió después de realizar la técnica? - ¿Cuántas veces pudo utilizarla? <p>Si la respuesta es negativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preguntar la razón de ello. - Recalcar su importancia para la mejora. - Practicar en caso de haber olvidado la técnica. 	10	Retroalimentación de las actividades	PPT
	DESARROLLO	<p>1. Revisar el autorregistro dejado la sesión anterior y conversar de ello con el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué día fue el mejor? ¿Por qué? • ¿Qué pensamientos tuvo ese día saludables / dañinos? • ¿Qué día fue el peor? ¿Por qué? • ¿Qué pensamientos tuvo ese día saludables / dañinos? <p>2. Debate socrático.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es el debate socrático? • Estructura del debate socrático. • Beneficios del debate socrático 	40	Debate socrático Autorregistro Psicoeducación	Hoja de autorregistro PPT

		<ul style="list-style-type: none"> Trabajar el debate socrático en base a cada punto del autorregistro que elaboro en su ficha. 			
	CIERRE	<ol style="list-style-type: none"> Continuar con la práctica de la respiración de manera diaria. Continuar practicando la parada del pensamiento de manera diaria. Continuar con el registro de pensamiento. Resumen de lo trabajado durante la sesión. 	10	Tarea de casa Retroalimentación	Hoja de autorregistro PPT

<i>OBJETIVO</i>	<i>ESTRUCTURA DE LA SESIÓN</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>MATERIALES</i>
Modificación de la interpretación de las amenazas: Identificación y conocimiento de distorsiones cognitivas	INICIO	1. Iniciar con pregunta rompe hielo. 2. Preguntar sobre cómo le fue con parada del pensamiento. 3. Preguntar sobre cómo le fue con la técnica de relajación.	15	Rompe hielo Retroalimentación de actividades	PPT
	DESARROLLO	1. El ABC de Albert Ellis <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es? • Tipos de pensamientos distorsionados. • Partes del ABC: A: Acontecimiento activador. B: Sistema de creencias y pensamientos. C: Consecuencias emocionales. • Interacción entre A B y C. • Se le brindará una hoja para que pueda llenar donde estarán los siguientes puntos: Situación, pensamientos, emoción(es) y conducta, puede apoyarse de la hoja de registro de la semana anterior o de situaciones que recuerde. 2. Una vez el paciente haya completado la hoja se iniciará con el debate de cada uno de los	35	Debate Auto reforzamiento Autorregistro del ABC	Hoja de autorregistro PPT

		puntos, en donde se plantea modificar una distorsión cognitiva por un pensamiento adaptativo.			
	CIERRE	<p>Realizar las siguientes actividades en casa.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar con la técnica de relajación en casa. 2. Continuar practicando la parada de pensamiento. 3. Trabajar el autorregistro del ABC. 4. Clarificación de dudas. 	10	Tareas Clarificación	Hoja de autorregistro ABC PPT

<i>OBJETIVO</i>	<i>ESTRUCTURA DE LA SESIÓN</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>MATERIALES</i>
Reestructurar los pensamientos negativos	INICIO	1. Iniciar con pregunta rompe hielo. 2. Preguntar sobre cómo le fue con parada del pensamiento. 3. Preguntar sobre cómo le fue con la técnica de relajación.	15	Rompe hielo Retroalimentación	PPT
	DESARROLLO	1. Se trabajará acorde al registro de pensamientos del paciente, tomándose el tiempo necesario para poder indagar a fondo cada acápite y utilizar la técnica “¿Qué pasaría si...?” e hipotetizar el escenario catastrófico o irracional de la paciente. Seguido a ello, se trabajará acorde al ABC para realizar la reestructuración cognitiva de dicho punto. Aplicar esto para cada situación que el paciente haya colado en su hoja de autorregistro. 2. Si fuese acompañar el proceso con la parada del pensamiento y las técnicas de relajación aprendidas en las anteriores sesiones.	35	Reestructuración cognitiva ¿Qué pasaría si...? Técnica de relajación Parada del pensamiento.	PPT Hoja de autorregistro ABC

	CIERRE	<p>1. Continuar con la técnica de relajación en casa.</p> <p>2. Continuar practicando la parada de pensamiento.</p> <p>3. Llenar el autorregistro de pensamiento del ABC, acorde a ello tratar de realizar la reestructuración de pensamientos negativos como lo realizó durante la sesión.</p> <p>4. Clarificación de dudas.</p>	10	Tarea de casa	<p>Hoja de autorregistro ABC</p> <p>PPT</p>
--	--------	---	----	---------------	---

<i>OBJETIVO</i>	<i>ESTRUCTURA DE LA SESIÓN</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>MATERIALES</i>
Modificar el dialogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento.	INICIO	1. Se inicia la sesión con una pregunta rompe hielo. 2. Preguntar cómo le fue con las actividades durante la semana. 3. Se analizará el auto registro de pensamientos para realizar debate socrático.	15	Rompe hielo Retroalimentación	Hoja de autorregistro ABC
	DESARROLLO	1. Entrenamiento en autoinstrucciones. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es el entrenamiento en autoinstrucciones? • ¿Cuáles son los objetivos de las autoinstrucciones? • ¿Cómo se entrenan las autoinstrucciones? - Modelado Cognitivo. - Modelado cognitivo participante. - Autoinstrucciones en voz alta. - Autoinstrucciones en voz baja. - Autoinstrucciones encubiertas. <ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica durante la sesión con las situaciones que este pasando el paciente o situaciones que puedan causar una recaída. 	35	Entrenamiento en autoinstrucciones	PPT

	CIERRE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Practicar durante la semana el entrenamiento en autoinstrucciones según lo aprendido en sesión 2. Continuar con la técnica de relajación en casa. 3. Continuar con el autorregistro de pensamiento del ABC. 4. Clarificación de dudas. 	10	Tarea de casa	<p>PPT</p> <p>Hoja de autorregistro ABC</p>
--	--------	--	----	---------------	---

<i>OBJETIVO</i>	<i>ESTRUCTURA DE LA SESIÓN</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>MATERIALES</i>
Aumentar la percepción de capacidad de afrontamiento	INICIO	1. Se inicia la sesión con una dinámica rompe hielo breve para dar paso al siguiente punto. 2. Preguntar cómo le fue con las actividades durante la semana. 3. Se analizará el auto registro de pensamientos para realizar debate socrático.	5	Dinámica rompe hielo Análisis de autorregistro de pensamientos.	PPT Hoja de autorregistro ABC
	DESARROLLO	1. ¿Qué es la resolución de problemas? Los cuatro pasos para la resolución eficaz de problemas: ➤ Identificar el problema que se debe resolver. Se deben responder preguntas tales como: Quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo. Hacer este tipo de preguntas ayudara a definir una declaración clara del problema y se pueda ver de manera objetiva y crear un plan respecto a esa situación. ➤ Lluvia de ideas para obtener varias soluciones, donde se aceptarán todas las posibles alternativas para garantizar que se obtendrá un abanico de soluciones. ➤ Definir cuál será la solución. Luego de la lluvia de ideas será momento de analizar que opción es la mejor para el problema en cuestión, si tenemos muchas opciones podemos recortarla a las tres más relevantes y	40	Estrategias de solución de problemas Exposición imaginada Jerarquización de situaciones estresantes y conductas de protección	PPT Hoja Lapicero / lápiz

		<p>luego de ello tener en cuentas la siguiente pregunta: ¿Cuál es el resultado deseado de esta solución?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementa la solución y evalúa los pros y contras de esta, si fue necesario corregir algún punto para que la solución sea la más efectiva. <p>2. ¿Qué es la exposición? ¿Qué es la exposición imaginada? ¿Es eficaz? ¿Cómo se aplica?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar la capacidad del individuo para generar representaciones mentales vívidas. ➤ Realizar una jerarquía de estímulos ➤ Se comienza la exposición imaginando las situaciones que generan menos malestar. ➤ Se continúa avanzando con el resto de los ítems. 			
	CIERRE	<p>1. Se hace un breve resumen de lo trabajado en la sesión para dar pie a la tarea.</p> <p>2. Tarea</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilizar las estrategias aprendidas durante la sesión en su vida cotidiana. ➤ Continuar practicando la relajación y entrenamiento en autoinstrucciones. ➤ Practicar los ejercicios realizados en casa. 	10	Tarea Resumen	Hoja de autorregistro ABC

<i>OBJETIVO</i>	<i>ESTRUCTURA DE LA SESIÓN</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>MATERIALES</i>
Mejoramiento de habilidades de afrontamiento y conductuales	INICIO	1. Se inicia la sesión con una dinámica rompe hielo breve para dar paso al siguiente punto. 2. Preguntar cómo le fue con las actividades durante la semana. 3. Se analizará el auto registro de pensamientos para realizar un debate socrático.	10	Pregunta rompe hielo Análisis de autorregistro de pensamientos.	Hoja de autorregistro ABC
	DESARROLLO	1. ¿Qué es el EPR? 2. Importancia del EPR en el tratamiento. 3. Se realizará en conjunto (terapeuta y paciente) una jerarquía de estímulos ansiógenos y/o depresivos que pueden ir con un puntaje del 0 al 100. Se debe iniciar con niveles intermedios y es importante que se reduzca al menos al 50% dentro de la consulta y, sino es así, no debemos pasar al siguiente ítem de la jerarquía. Del mismo modo, no es conveniente llevar a cabo la exposición fuera de la consulta si los primeros pasos de la habituación no se han dado dentro y esta está encaminada.	40	Psicoeducación Exposición con prevención de respuestas	PPT Hoja Lapicero / lápiz

	CIERRE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retroalimentación de lo trabajado en la sesión y del progreso que se ha tenido durante la sesión. 2. Practicar los ejercicios de exposición según lo revisado en cada sesión. 3. Planificar y realizar actividades sociales. 4. Continuar practicando la relajación, entrenamiento en autoinstrucciones y autorregistro de pensamiento. 	10	Tarea Retroalimentación	PPT Hoja de autorregistro ABC
--	--------	---	----	----------------------------	--------------------------------------

<i>OBJETIVO</i>	<i>ESTRUCTURA DE LA SESIÓN</i>	<i>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>MATERIALES</i>
Valoración de avances Reforzamiento	INICIO	1. Se inicia la sesión con una pregunta rompe hielo breve para dar paso al siguiente punto. 2. Se analizará el auto registro de pensamientos para realizar debate socrático. 3. Preguntar sobre las actividades dejadas en la sesión anterior.	10	Rompe hielo Análisis de autorregistro de pensamientos.	Hoja de autorregistro ABC
	DESARROLLO	1. Se le compartirá a la paciente una hoja con ejemplos de acontecimientos desencadenadores, donde también tendrá que marcar al que mejor describa a la situación o evento que ha provocado o aumentado sus síntomas en el pasado. En caso la casilla que se haya marcado siga afectando a la paciente en su actualidad se desarrollará un plan de acción en base a lo aprendido en las sesiones anteriores para evitar una recaída. 2. Se le dará un cuestionario de señales de alerta, donde tendrá que marcar con una "X" en las cuales se sienta identificada. Si estas señales se siguen presentando en la actualidad de la paciente intervenir acorde a las	35	Prevención de recaídas.	PPT Ficha técnica Lapicero / lápiz

	<p>sesiones previas, además apoyar este trabajo a la red de apoyo que tenga la paciente.</p> <p>3. Se le brindara una hoja donde tendrá que rellenar con las personas que puedan ayudarla a reconocer señales de alerta de manera temprana.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amigos. - Miembros de familia. - Miembros de grupo de apoyo. - Colegas. - Persona significativa. - Otros. 			
CIERRE	<p>1. retroalimentación de lo avanzado en las sesiones anteriores.</p> <p>2. Continuar con las herramientas aprendidas en las sesiones.</p>	15	<p>Retroalimentación</p> <p>Tarea</p>	PPT