

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**TESIS PARA OBTENER
EL TÍTULO PROFESIONAL DE
PSICÓLOGA**

**DISTORSIONES COGNITIVAS Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES, HOSPITAL REGIONAL “VIRGEN DE
FÁTIMA”, AMAZONAS, 2023**

Autora: Bach. Taisia Marlith Landacay Laulate

Asesora: Dra. Lady Yanide Medina Oliva

Registro: (...)

CHACHAPOYAS-PERÚ

2024

DEDICATORIA

A quienes se convirtieron en mis primeros héroes y me inspiraron desde pequeña para llegar a donde estoy ahora, a mis padres Martha Elena Laulate Souza y Cesario Landacay Merino, por sus esfuerzos, por su compañía a lo largo de mi vida universitaria, por ser quienes confiaron en mis capacidades, me apoyaron tanto económica, así como emocionalmente y me motivaron para alcanzar mis metas.

A mis hermanos Kelsy Eliana Landacay Laulate y Christian Omar Landacay Laulate por acompañarme y guiarme en mi camino.

AGRADECIMIENTO

A la asesora de esta tesis la Dra. Lady Yanide Medina Oliva por su orientación y apoyo en la elaboración del presente trabajo y al Lic. Wilfredo Portugal Maldonado por su guía y ayuda durante la elaboración del proyecto de tesis.

Al director ejecutivo del Hospital Regional Virgen de Fátima Dr. Jorge Arturo La Torre y Jiménez, así como al comité de ética de la institución por permitirme ejecutar mi investigación y darme las facilidades correspondientes.

A los pacientes del Hospital Regional Virgen de Fátima que participaron de manera voluntaria y que se mostraron colaboradores en todo momento.

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ
DE MENDOZA DE AMAZONAS**

Jorge Luis Maicelo Quintana Ph.D.

Rector

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres

Vicerrector académico

Dra. María Nelly Luján Espinoza

Vicerrectora de investigación

Dr. Yshoner Antonio Silva Diaz

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

VISTO BUENO DEL ASESOR DE TESIS



UNTRM

REGLAMENTO GENERAL
PARA EL OTORGAMIENTO DEL GRADO ACADÉMICO DE
BACHILLER, MAESTRO O DOCTOR Y DEL TÍTULO PROFESIONAL

ANEXO 3-L

VISTO BUENO DEL ASESOR DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL

El que suscribe el presente, docente de la UNTRM (X)/Profesional externo (), hace constar que ha asesorado la realización de la Tesis titulada DISTORSIONES COGNITIVAS Y DEPRESIÓN EN PACIENTES, HOSPITAL REGIONAL "VIRGEN DE FÁTIMA", AMAZONAS, 2023 del egresado TAISIA MARLITH LANDACAY LAULATE de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de PSICOLOGÍA de esta Casa Superior de Estudios.

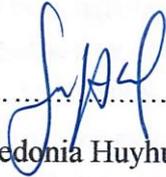
El suscrito da el Visto Bueno a la Tesis mencionada, dándole pase para que sea sometida a la revisión por el Jurado Evaluador, comprometiéndose a supervisar el levantamiento de observaciones que formulen en Acta en conjunto, y estar presente en la sustentación.

Chachapoyas, 03 de MAYO de 2024

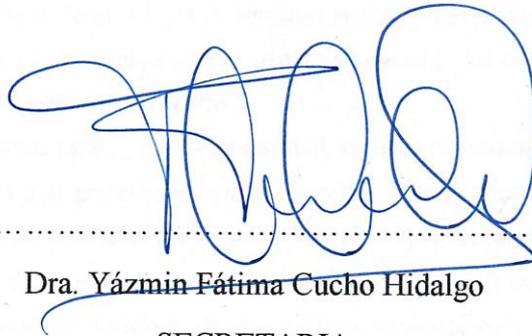
Firma y nombre completo del Asesor
LADY YANIDE MEDINA OLIYA



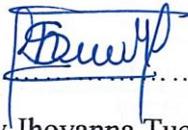
JURADO EVALUADOR DE LA TESIS
(Resolución de Decanato N°342-2023-UNTRM-VRAC/FACISA)



Ms. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez
PRESIDENTE



Dra. Yázmín Fátima Cucho Hidalgo
SECRETARIA



Ms. Shirley Jhovanna Tuesta Mendoza
VOCAL

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE LA TESIS



UNTRM

REGLAMENTO GENERAL
PARA EL OTORGAMIENTO DEL GRADO ACADÉMICO DE
BACHILLER, MAESTRO O DOCTOR Y DEL TÍTULO PROFESIONAL

ANEXO 3-Q

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE LA TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL

Los suscritos, miembros del Jurado Evaluador de la Tesis titulada:

DISTORSIONES COGNITIVAS Y DEPRESIÓN EN PACIENTES, HOSPITAL

REGIONAL "VIRGEN DE FÁTIMA", AMAZONAS, 2023

presentada por el estudiante ()/egresado (x) TASIA MARLITH LANDACAY LAULATE

de la Escuela Profesional de PSICOLOGÍA

con correo electrónico institucional 7577862887@untrm.edu.pe

después de revisar con el software Turnitin el contenido de la citada Tesis, acordamos:

- La citada Tesis tiene 21 % de similitud, según el reporte del software Turnitin que se adjunta a la presente, el que es menor (x) / igual () al 25% de similitud que es el máximo permitido en la UNTRM.
- La citada Tesis tiene _____ % de similitud, según el reporte del software Turnitin que se adjunta a la presente, el que es mayor al 25% de similitud que es el máximo permitido en la UNTRM, por lo que el aspirante debe revisar su Tesis para corregir la redacción de acuerdo al Informe Turnitin que se adjunta a la presente. Debe presentar al Presidente del Jurado Evaluador su Tesis corregida para nueva revisión con el software Turnitin.



Chachapoyas, 14 de JUNIO del 2024


SECRETARIO


PRESIDENTE


VOCAL

OBSERVACIONES:

.....
.....

REPORTE DE TURNITIN

DISTORSIONES COGNITIVAS Y DEPRESIÓN EN PACIENTES, HOSPITAL REGIONAL "VIRGEN DE FÁTIMA", AMAZONAS, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

21 %	21 %	5 %	8 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4 %
2	repositorio.untrm.edu.pe Fuente de Internet	4 %
3	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	1 %
4	repositorio.cfe.edu.uy Fuente de Internet	1 %
5	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	1 %
6	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
7	Submitted to Universidad Autonoma del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
9	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	


Ms. Sonia Celedonia Huayhua Gutierrez

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE LA TESIS



UNTRM

REGLAMENTO GENERAL
PARA EL OTORGAMIENTO DEL GRADO ACADÉMICO DE
BACHILLER, MAESTRO O DOCTOR Y DEL TÍTULO PROFESIONAL

ANEXO 3-S

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL

En la ciudad de Chachapoyas, el día 25 de JUNIO del año 2024, siendo las 11:30 horas, el aspirante: TAISIA MARLITH LANDACAY LAULATE, asesorado por Dña. LADY YANIDE MEDINA OLIVA defiende en sesión pública presencial () / a distancia () la Tesis titulada: "DISTORSIONES COGNITIVAS Y DEPRESIÓN EN PACIENTES, HOSPITAL REGIONAL " VIRGEN DE FÁTIMA" AMAZONAS, 2023, para obtener el Título Profesional de PSICÓLOGO, a ser otorgado por la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; ante el Jurado Evaluador, constituido por:

Presidente: MS. SONIA CELEDONIA HUMWA GUTIERREZ

Secretario: Dña. YAZMIN DE FÁTIMA CUCHO HIDALGO

Vocal: MS. SHIRLEY SHONANNA TUESTA MENDOZA

Procedió el aspirante a hacer la exposición de la Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones, haciendo especial mención de sus aportaciones originales. Terminada la defensa de la Tesis presentada, los miembros del Jurado Evaluador pasaron a exponer su opinión sobre la misma, formulando cuantas cuestiones y objeciones consideraron oportunas, las cuales fueron contestadas por el aspirante.

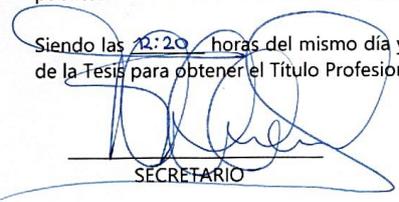
Tras la intervención de los miembros del Jurado Evaluador y las oportunas respuestas del aspirante, el Presidente abre un turno de intervenciones para los presentes en el acto de sustentación, para que formulen las cuestiones u objeciones que consideren pertinentes.

Seguidamente, a puerta cerrada, el Jurado Evaluador determinó la calificación global concedida a la sustentación de la Tesis para obtener el Título Profesional, en términos de:

Aprobado () por Unanimidad () / Mayoría () Desaprobado ()

Otorgada la calificación, el Secretario del Jurado Evaluador lee la presente Acta en esta misma sesión pública. A continuación se levanta la sesión.

Siendo las 12:20 horas del mismo día y fecha, el Jurado Evaluador concluye el acto de sustentación de la Tesis para obtener el Título Profesional.


SECRETARIO


PRESIDENTE


VOCAL

OBSERVACIONES:
.....

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS	iv
VISTO BUENO DEL ASESOR DE TESIS	v
JURADO EVALUADOR DE LA TESIS	vi
CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE LA TESIS	vii
REPORTE DE TURNITIN	viii
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE LA TESIS	ix
ÍNDICE	x
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
I. INTRODUCCIÓN	14
II. MATERIAL Y MÉTODOS	19
III. RESULTADOS	26
IV. DISCUSIÓN	34
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES	41
VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Población de estudio del Hospital Regional “Virgen de Fátima” de Chachapoyas.	20
Tabla 2.	Relación entre las distorsiones cognitivas y depresión en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023.	26
Tabla 3.	Tipos de distorsiones cognitivas según sexo en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023.	27
Tabla 4.	Tipos de distorsiones cognitivas según edad en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023.	30
Tabla 5.	Niveles de depresión según sexo en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023.	33
Tabla 6.	Niveles del trastorno depresivo presentes según edad en los pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023.	33

RESUMEN

El objetivo del estudio fue relacionar las distorsiones cognitivas con la depresión en pacientes que asisten al servicio de psicología del Hospital Regional Virgen de Fátima, fue una investigación básica en la que se utilizó el método deductivo, contó con un enfoque cuantitativo, con un alcance correlacional y un corte transeccional, asimismo, los participantes fueron 299 pacientes entre 20 a 64 años. Se recolectó información mediante el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) elaborado por Ruiz y Luján en el año 1991 y el Inventario de Depresión (BDI-II) desarrollado por Beck y colaboradores en el año 1979, posteriormente, en los resultados se demostró que existe una correlación positiva la cual fue significativa ($p = <0.05$), a su vez el tipo de distorsión según sexo que mayormente se presentó fue falacia de recompensa divina en mujeres con 31.1% y en varones con 12.4%, en cuanto al tipo de distorsión según edad, el grupo etario con mayor número de usuarios fue la distorsión falacia de recompensa divina con 24.1% en usuarios entre 20 a 29 años, por último, según los niveles del trastorno depresivo el sexo femenino fue el más afectado por el nivel mínimo con 49.5% en mujeres entre 20 a 29 años con 30.4%. Finalmente se concluyó que a mayor presencia de distorsiones cognitivas mayores serán los niveles de depresión.

Palabras clave: Distorsiones cognitivas, trastorno depresivo, pacientes

ABSTRACT

The objective of the study was to relate cognitive distortions with depression in patients attending the psychology service of the Hospital Regional Virgen de Fátima, it was a basic research using the deductive method, it had a quantitative approach, with a correlational scope and a cross-sectional cut, likewise, the participants were 299 patients between 20 and 64 years of age. Information was collected using the Inventory of Automatic Thoughts (IPA) developed by Ruiz and Luján in 1991 and the Depression Inventory (BDI-II) developed by Beck and collaborators in 1979, subsequently, the results showed that there is a positive correlation which was significant ($p = <0.05$). As for the type of distortion according to age, the age group with the highest number of users was the divine reward fallacy distortion with 24.1% in users between 20 and 29 years of age. According to the levels of depressive disorder, the female sex was the most affected by the minimum level with 49.5% in women between 20 and 29 years of age with 30.4%. Finally, it was concluded that the greater the presence of cognitive distortions, the higher the levels of depression.

Keywords: Cognitive distortions, depressive disorder, patients

I. INTRODUCCIÓN

Una de las funciones que todo ser humano posee y que permite diferenciarlo del resto de seres vivos es el pensamiento, mediante esta función se logra el análisis e interpretación de sucesos que ocurren en la vida diaria, permitiendo clasificarlos como “bueno” o “malo”, desencadenado por un primer pensamiento denominado distorsión cognitiva (Oñate-Porras et al., 2023).

Las distorsiones cognitivas son definidas como pensamientos que ocurren de manera automática y que se caracterizan por ser poco funcionales para el individuo que las posee, suelen ser repetitivos frente a situaciones que generan desagrado o malestar (Beck et al., 1983). Asimismo, se consideran particulares en cada individuo pues varían desde maximizar un suceso negativo, pensar de manera dicotómica o enfocar la atención en un solo detalle negativo, obviando los aspectos positivos asociados a ese suceso, de esta forma contribuyen a la generación de conductas disfuncionales que perjudican el desarrollo de actividades de la vida diaria (García y Linares, 2020).

Esos pensamientos son conocidos también como errores al procesar la información, los cuales intervienen al momento de realizar la interpretación de una determinada situación, activando de esta forma una visión negativa de los hechos e influyendo en desarrollo de problemas de salud mental como la depresión, los trastornos ansiosos o los trastornos de la conducta alimentaria (Fernández-Tobar et al., 2022).

Se ha demostrado a través de diversos estudios la influencia que ejercen las distorsiones cognitivas en la salud mental, es así que en un estudio que se realizó en con 60 pacientes, que habían sido diagnosticados con depresión, descubrieron la presencia de distorsiones cognitivas que originaban actitudes disfuncionales (Kürümlüoğlugil y Tanrıverdi, 2022). De igual manera, en una investigación que se realizó con pacientes psiquiátricos de un hospital en Pakistán, se señaló que ante la existencia de distorsiones cognitivas se encontraban presentes problemas de salud mental como la paranoia y la depresión (Shakil et al., 2022).

Con respecto a América Latina, en pacientes de un hospital de Ecuador se evidenció la presencia de distorsiones cognitivas, entre las frecuentes se encontraban la falacia de recompensa divina, la falacia de control, la falacia de justicia, la interpretación del pensamiento y los debería, las mismas eran barreras frente a situaciones que les

generaban ansiedad, depresión, ideación suicida e inclusive trastornos de personalidad (Matute y Bravo, 2021). Asimismo, en un estudio que realizó con pacientes de un hospital de Colombia, se demostró que los pacientes poseían errores de procesamiento y por ende eran propensos a consumir sustancias psicoactivas, presentando comorbilidad con otros trastornos mentales como depresión y ansiedad (Quiñones, 2021).

En el Perú, Alvarez y Atencio (2023), señalan que las distorsiones aumentan la cantidad de pensamientos desadaptativos en usuarios de un Centro de Salud en Huancayo, estos a su vez se encuentran relacionados con sintomatología depresiva, ansiosa y dependencia emocional, además recalca que es importante destacar este componente de modo que se tomen medidas de contención emocional y bienestar psicológico en esta población. A esto se añade que la presencia de distorsiones cognitivas conlleva al aumento de diversos problemas emocionales generando un malestar a nivel psicológico y físico (Bautista, 2021).

Al ser los problemas de salud mental diversos y afectar no solo a la parte emocional de un individuo, sino que también repercutir en sus conductas, impidiendo el desempeño funcional ya sea en el hogar, en el trabajo o en las relaciones con los demás, uno de los más conocidos es la depresión, quien a partir del 2020 tuvo un ascenso en las cifras mundiales, debido a la adaptación a una nueva realidad y las pérdidas económicas, familiares o laborales (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Partiendo de ello, es necesario referirse al término “depresión”, considerado como un problema que afecta el estado emocional, acompañado con una serie de síntomas que alteran los pensamientos, las emociones y las conductas, mostrándose quienes lo padecen más tristes, fatigados, con sentimientos de culpa o de castigo, sin interés por actividades placenteras o en su capacidad para relacionarse y manifestando un cambio en el sueño y apetito (Beck et al., 1983).

Las cifras de personas afectadas por depresión en el mundo, se estiman que son 280 millones (3.8%), siendo las féminas quienes son más propensas a padecerlo, por otra parte, una de las consecuencias que tiene esta enfermedad es el suicidio, teniendo alrededor de 700 000 víctimas anualmente cuyas edades están entre los 15 a 29 años. Con el avance de la ciencia y la psicología, actualmente existen múltiples tratamientos

ante ello, que han sido eficaces para poder paliar sus efectos, no obstante, aún existe un gran porcentaje de afectados (75%) que no reciben un tratamiento, esto debido a diferentes causas como estigmas sobre el bienestar emocional, la deficiente inversión en salud mental y en especialistas en atención de los trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud , 2023).

En el Perú, al referirse a la salud mental, se tiene que hasta el 2021 los casos atendidos sobre afecciones al bienestar emocional son en suma más de 1 300 000, de ellos alrededor de 3 000 personas han sido afectadas por la depresión, siendo este uno de los más severos que afecta sin distinción alguna a individuos de cualquier edad, raza, sexo o posición económica (Ministerio de Salud, 2021) . Además, según un estudio que se realizó en las diferentes regiones del país, se presentaron los siguientes porcentajes, donde en la costa se encontró un 18,2 % de casos, en la sierra con 16,2% y mientras que el mayor porcentaje se concentró en la selva con 21,4% (Perú 21, 2023).

En Chachapoyas, se realizó un estudio con pacientes del hospital regional de la ciudad, en el que se dio a conocer a través de sus resultados que la depresión, ansiedad y estrés eran los padecimientos psicológicos más frecuentes, siendo el primero de ellos, el que cuenta con un 32.82 casos por cada 100 personas estudiadas, con 686 casos en total, por ende, siendo una de las afecciones con más casos en la población chachapoyana (Portocarrero y Silva, 2022).

Tras lo mencionado, se estima que la depresión es uno de los trastornos con mayor concurrencia y a la vez uno de los que genera una gran disfuncionalidad del individuo, es por ello, que es importante conocer el modelo que explica el funcionamiento del mismo, desde la perspectiva cognitiva planteada por Beck, cuando se da esta afectación se tiene como desencadenante los errores que se producen al procesar información o también conocidos como distorsiones cognitivas y esquemas de pensamientos que se tienen arraigados desde la infancia, los cuales al combinarse con situaciones importantes en el desarrollo del individuo generan como consecuencia una serie de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales (Ruiz et al., 2012 citado por Aguadelo et al., 2021).

Por ello, es que una persona con depresión se percibe a sí mismo como alguien defectuoso o inútil, al interpretar las situaciones negativas de manera errónea,

mediante las distorsiones que posee, genera un futuro desalentador, en el que piensa que su problema nunca tendrá fin, de esta manera se inician y mantienen múltiples emociones y conductas disfuncionales (Caro, 2009 citado por Fernández-Tobar et al., 2022).

Mediante el presente estudio se reunió información relevante acerca del tema de distorsiones cognitivas y depresión, enfocándose en los resultados que se encontraron al asociar ambas variables en pacientes de un hospital de Chachapoyas, de este modo se buscó llenar el vacío existente en disponibilidad de datos a nivel local acerca de esta problemática, además el aporte práctico que brindó el estudio fue que su desarrollo proporcionó datos necesarios para ser tomados en cuenta en la población aplicada, de esta forma proporcionar estrategias para su solución, para ello se administró instrumentos validados teóricamente. Asimismo, presentó aspectos relevantes a nivel social, debido a que fue esencial su estudio para la sociedad, así como en la comunidad científica, ya que contribuyó al fortalecimiento y la adquisición de conocimientos nuevos sobre este campo, sirve de base para futuras investigaciones con un alcance explicativo, predictivo o aplicativo, donde se considere variables sociodemográficas como la religión o el nivel educativo .

Por lo expuesto anteriormente, se consideró la siguiente interrogante en la investigación: ¿Cuál es la relación entre las distorsiones cognitivas y depresión en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023?, asimismo, se planteó como objetivo general relacionar las distorsiones cognitivas y depresión en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023; como objetivos específicos identificar los tipos de distorsiones cognitivas en pacientes del servicio de psicología según sexo, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023, identificar los tipos de distorsiones cognitivas según edad en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023, especificar los niveles de depresión en pacientes del servicio de psicología según sexo, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023 y especificar los niveles del trastorno depresivo presentes según edad en los pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023; por último, contó con la hipótesis nula la cual fue: No existe relación entre las distorsiones cognitivas y el trastorno depresivo en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”,

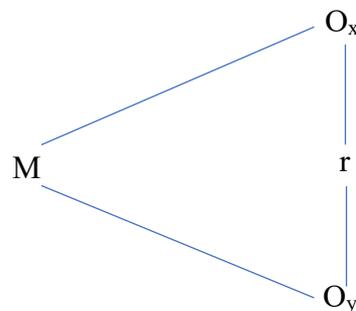
Amazonas, 2023 y como hipótesis alternativa fue: Existe relación estadísticamente significativa entre las distorsiones cognitivas y el trastorno depresivo en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Enfoque, método, alcance y corte de la investigación

El estudio fue de tipo básico, dado que tuvo como fundamentación una teoría la cual buscó ampliar los conocimientos sobre la temática planteada en la investigación sin llegar a la aplicación práctica de la misma, fue desarrollado desde un enfoque cuantitativo, ya que buscó valorar la ocurrencia de un evento y a su vez se comprobó una hipótesis, así como el método que se utilizó fue el deductivo, contó un alcance correlacional, pues se vincularon dos variables, además fue de corte transeccional, debido a que los datos se recolectaron en un momento único (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018)

Esquema del alcance correlacional:



Donde:

M: Muestra (299 participantes)

O_x : Variable 1 (distorsiones cognitivas)

O_y : Variable 2 (Trastorno depresivo)

r: Relación entre O_x y O_y

2.2. Población, muestra y muestreo

2.2.1. Población

Los usuarios que asistieron al servicio de Psicología del Hospital Regional “Virgen de Fátima” de Chachapoyas en suma fueron 1337 pacientes, divididos por 478 varones y 859 féminas.

Tabla 1

Población de estudio del Hospital Regional “Virgen de Fátima” de Chachapoyas

Sexo	20-29 A	30-39 A	40-49 A	50-59 A	60-64 A	Subtotal
Masculino	136	118	109	96	19	478
Femenino	289	260	148	139	23	859
Total	425	378	257	235	42	1337

Nota: Morbilidad general por categorías, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023

Criterios de inclusión

- Se incluyeron a todos los usuarios del servicio de psicología cuyas edades oscilaron entre los 20 a 64 años.
- Se incluyeron a todos los pacientes con enfermedades comórbidas de ambos sexos.
- Todos los pacientes que cuenten con Seguro Integral de Salud (SIS) del Hospital Regional “Virgen de Fátima” de Chachapoyas.
- Usuarios que asistieron a partir de la tercera sesión al servicio de psicología.

Criterios de exclusión

- Todos los pacientes que presentaron referencia de un puesto de salud fueron excluidos de la investigación.
- Pacientes que no concedieron el consentimiento informado.

2.2.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 299 pacientes que asistieron al servicio de psicología del Hospital Regional “Virgen de Fátima” de Chachapoyas durante los meses de Agosto y Setiembre del 2023, la misma fue obtenida a través de la aplicación de la fórmula de poblaciones finitas (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Fórmula que se usó para la selección de la muestra del estudio

$$n = \frac{K^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{[e^2(N-1)] + [K^2 p \cdot q]}$$

Donde:

n: Muestra

p: Proporción que cumple con lo estudiado (0.5)

q: Proporción que no cumple con lo estudiado (0.5)

N: Total de pacientes que asisten al servicio de psicología (1337)

e²: Margen de error

K²: Nivel de precisión

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.5) (0.5) \cdot (1337)}{[(0.05)^2 (1337-1)] + [(1.96)^2 \cdot (0.5) (0.5)]}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.25) (1337)}{[(0.0025) (1336)] + [(3.84) (0.25)]}$$

$$n = \frac{1283.5}{[3.34] + [0.96]}$$

$$n = \frac{1283.5}{4.3}$$

$$n = 298.48 \quad n = \mathbf{299}$$

2.2.3. Muestreo

Así mismo, se usó el muestreo probabilístico aleatorio simple, ya que los todos colaboradores que conformaron parte de la población poseían la probabilidad de ser seleccionados como parte del estudio (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

2.3. Variables de estudio

V1. Distorsiones cognitivas

V2. Trastorno depresivo

Operacionalización de las variables (Anexo N° 2)

2.4. Técnica

Se usó como técnica la encuesta (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

2.5. Instrumentos

V1: Distorsiones cognitivas

El Inventario de pensamientos automáticos (IPA) fue la prueba que se utilizó para identificar los errores al momento de procesar información, conocidos como distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos, en donde el evaluado encontró 45 proposiciones, que evaluaron 15 tipos de distorsiones divididas por 3 ítems cada dimensión, para responder debieron elegir entre las opciones que varían en frecuencias de 0 = “nunca pienso en eso”, 1= “algunas veces lo pienso”, 2= “bastantes veces lo pienso” y 3= “con mucha frecuencia lo pienso”.

Entre las dimensiones que conformaron el instrumento se encontraron: Filtraje compuesto por los ítems 1, 16 y 31, Pensamiento polarizado conformada por los ítems 2, 17 y 32, Sobregeneralización que contiene los ítems 3, 18 y 33, Interpretación del pensamiento compuesta por los ítems 4, 19 y 34, Pensamiento catastrófico conformada por los ítems 5, 20 y 35, Personalización compuesta por los ítems 6, 21 y 36, Falacia de control conformada por los ítems 7, 22 y 37, Falacia de justicia que contiene los ítems 8, 23 y 38, Razonamiento emocional que está conformado por los ítems 9, 24 y 39, Falacia de cambio compuesta por los ítems 10, 25 y 40, Etiquetas globales que contiene los ítems 11, 26 y 41, Culpabilidad compuesta por los ítems 12, 27 y 42, Los debería conformada por los ítems 13, 28 y 43, Falacia de razón que contiene los ítems 14, 29 y 44 y Falacia de recompensa divina conformada por los ítems 15, 30 y 45.

En cuanto a la clasificación por niveles y puntajes del inventario se dividió en: Presencia de distorsión en nivel alto: de 6 a 9 puntos, presencia de distorsión en nivel medio: de 2 a 5 puntos y ausencia de distorsión: de 0 a 1 punto.

Ficha técnica

Nombre: Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA).

Autores: Ruiz y Luján (1991).

Tiempo de aplicación: 10 a 15 minutos.

Objetivo: Evaluar 15 distorsiones cognitivas, cada dimensión contiene 3 ítems.

Dirigido a: Mayores de 15 años.

El inventario cuenta con un nivel de confiabilidad de 0.91 obtenido a través de la aplicación del Alpha de Cronbach, mientras que el nivel de validez interna se encontró entre los valores de 0.60-0.80 (Kuder-Richardson 21) (Ruiz y Caño, 2002).

V2. Trastorno depresivo

El Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), fue el instrumento que permitió evaluar los síntomas del trastorno depresivo, el cual puede ser aplicable en población adulta como adolescente, dentro del mismo se encontraron 21 interrogantes, las cuales tuvieron diversas opciones de respuesta (escala Likert) de 0 a 4 puntos, exceptuando a los ítems 16 y 17 cuya puntuación suma 7.

Entre las dimensiones que lo conforman se encontraron: Somática- Afectiva compuesta por los ítems: 1, 4, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21 y Cognitivo conformada por los ítems: 2,3,5,6,7,8 y 9.

Para la clasificación por niveles y puntajes del inventario se usaron los siguientes criterios: Mínimo de depresión: desde 0 a 13 puntos, depresión leve: de 14 a 19 puntos, depresión moderada: de 20 a 28 puntos y depresión severa: 29 a 63 puntos.

Ficha técnica

Nombre: Inventario de Depresión de Beck, segunda edición.

Autores: Aarón et al. (1979)

Tiempo de aplicación: 15 minutos

Objetivo: Evaluar sintomatologías depresivas desde tres dimensiones:

Cognitiva

Somática

Afectiva

Dirigido a: Adolescentes y adultos.

El instrumento fue creado en 1961 por Beck y sus colaboradores, sin embargo su segunda versión fue desarrollada en 1979 para su aplicación clínica en adolescentes y adultos, mediante el análisis factorial confirmatorio se identificaron tres dimensiones, cognitiva, somática y afectiva, además, se actualizaron los ítems en relación a los criterios diagnósticos del DSM IV, por tanto al no haber tenido cambios en los criterios en su versión posterior los síntomas que incluyeron en el inventario siguen siendo válidos. Respecto a la confiabilidad por consistencia interna con el Alpha de Cronbach identificó un coeficiente entre 0.78 y 0.92 para el nivel general, evidenciando que es altamente confiable. En este mismo estudio también se identificó validez de contenido para los 21 ítems del inventario con una V de Aiken con coeficientes altamente significativos en todos los reactivos. Los resultados presentados anteriormente evidencian que el Inventario de Depresión de Beck presenta propiedades

psicométricas aceptables por lo que se empleó para el desarrollo de este estudio (Beck et al., 1996).

2.6. Procedimiento de recolección de datos

Primeramente, se presentó una solicitud al director y al jefe de la Unidad de Docencia e investigación del Hospital Regional “Virgen de Fátima” de Chachapoyas, para el permiso correspondiente y realizar la ejecución del estudio (Anexo N° 3).

Una vez presentada la solicitud se esperó la respuesta por parte del director ejecutivo y de la Unidad de Docencia e investigación y tras obtener la autorización (Anexo N° 4), se procedió a coordinar con el jefe de servicio de psicología del centro para hacer llegar a cada usuario el consentimiento informado (Anexo N° 5) y los inventarios (Anexo N° 6 y Anexo N° 7).

Posteriormente, se dio inicio a la presentación de la investigadora a cada usuario para dar a conocer los objetivos del estudio y hacer firmar la hoja del consentimiento informado a aquellos pacientes que desean participar de manera voluntaria en el estudio. Asimismo, la administración de los inventarios en un inicio fue de manera autoaplicada, sin embargo, luego se realizó de manera heteroaplicada por la investigadora.

Finalmente, se recolectaron todas las pruebas desarrolladas, para su calificación y obtención de resultados.

2.7. Aspectos éticos de la investigación

Al participar seres humanos en la investigación, se tuvieron presente los principios bioéticos en todo momento del proceso de ejecución, partiendo desde el respeto por la autonomía de cada paciente, al ser ellos mismos quienes decidieron participar de manera voluntaria del estudio y confirmándolo a través de la firma en el consentimiento informado que se les proporcionó, de la misma manera bajo el principio de no maleficencia se garantizó la prevención de daños o efectos que puedan darse tras la realización del mismo, además tomando en cuenta el principio de beneficencia, se buscó el bienestar de la población participante con los resultados que se obtuvieron tras la investigación y con el principio de justicia, se brindó igualdad en las condiciones en cuanto a los derechos, beneficios y responsabilidades que les correspondan (Hincapié y Medina, 2019).

2.8. Análisis de datos

Una vez que la información fue recolectada a través de los inventarios, los datos que se obtuvieron se registraron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel por cada variable, luego se exportaron los datos para analizarse mediante el programa SPSS V.26, debido a que ambas variables de la investigación fueron categóricas se usó el estadístico de Tau-c de Kendall, que permitió confirmar la existencia de la relación planteada en la hipótesis. Posteriormente los resultados fueron llevados a tablas para su interpretación.

III. RESULTADOS

Tabla 2

Relación entre las distorsiones cognitivas y depresión en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023

Distorsiones cognitivas	Depresión	
	Correlación	Significancia
Filtraje	0.388	p=0.000
Pensamiento polarizado	0.402	p=0.000
Sobregeneralización	0.398	p=0.000
Interpretación de pensamiento	0.363	p=0.000
Visión catastrófica	0.368	p=0.000
Personalización	0.422	p=0.000
Falacia de control	0.370	p=0.000
Falacia de justicia	0.400	p=0.000
Razonamiento emocional	0.328	p=0.000
Falacia de cambio	0.386	p=0.000
Etiquetas globales	0.301	p=0.001
Culpabilidad	0.426	p=0.000
Los debería	0.424	p=0.000
Falacia de razón	0.344	p=0.000
Falacia de recompensa divina	0.322	p=0.000

Nota: Base de datos de los inventarios

La tabla 2 muestra la relación entre las dimensiones de las distorsiones cognitivas y depresión, donde las dimensiones pensamiento polarizado ($\tau_c=0.402$), personalización ($\tau_c= 0.422$), falacia de justicia ($\tau_c=0.400$), culpabilidad ($\tau_c=0.4.26$), los debería ($\tau_c=0.424$) y la variable depresión presentan una correlación con dirección positiva y fuerza de asociación moderada, por otro lado, las dimensiones filtraje ($\tau_c=0.388$), sobregeneralización ($\tau_c=0.398$), interpretación de pensamiento ($\tau_c=0.363$), visión catastrófica ($\tau_c=0.368$), falacia de control ($\tau_c =0.370$), razonamiento emocional ($\tau_c=0.328$), falacia de cambio ($\tau_c =0.3869$), etiquetas globales ($\tau_c =0.301$), falacia de razón ($\tau_c =0.344$), falacia de recompensa divina ($\tau_c =0.322$) y el trastorno depresivo presentan una correlación con dirección positiva y fuerza de asociación baja, además el valor p de significancia fue < 0.05 , es decir, que la correlación es significativa .

Tabla 3

Tipos de distorsiones cognitivas según sexo en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023

Distorsiones cognitivas	Niveles	Sexo				Total	
		Femenino		Masculino		N°	(%)
		N°	(%)	N°	(%)		
Filtraje	Ausencia	136	(45.5)	40	(13.4)	299	(100)
	Presencia nivel medio	75	(25.1)	27	(9.0)		
	Presencia nivel alto	18	(6.0)	3	(1.0)		
Pensamiento polarizado	Ausencia	160	(53.5)	53	(17.7)	299	(100)
	Presencia nivel medio	60	(20.1)	16	(5.4)		
	Presencia nivel alto	9	(3.0)	1	(0.3)		
Sobregeneralización	Ausencia	149	(49.8)	47	(15.7)	299	(100)
	Presencia nivel medio	70	(23.4)	18	(6.0)		
	Presencia nivel alto	10	(3.3)	5	(1.7)		
Interpretación de pensamiento	Ausencia	138	(46.2)	44	(14.7)	299	(100)
	Presencia nivel medio	80	(26.8)	23	(7.7)		
	Presencia nivel alto	11	(3.7)	3	(1.0)		
Visión catastrófica	Ausencia	159	(53.2)	51	(17.1)	299	(100)
	Presencia nivel medio	61	(20.4)	17	(5.7)		
	Presencia nivel alto	9	(3.0)	2	(0.7)		
Personalización	Ausencia	153	(51.2)	48	(16.1)	299	(100)
	Presencia nivel medio	74	(24.7)	21	(7.0)		
	Presencia nivel alto	2	(0.7)	1	(0.3)		
Falacia de control	Ausencia	143	(47.8)	49	(16.4)	299	(100)
	Presencia nivel medio	83	(27.8)	20	(6.7)		
	Presencia nivel alto	3	(1.0)	1	(0.3)		

Distorsiones cognitivas	Niveles	Sexo				Total	
		Femenino		Masculino		N°	(%)
		N°	(%)	N°	(%)		
Falacia de justicia	Ausencia	143	(47.8)	53	(17.7)	299	(100)
	Presencia nivel medio	73	(24.4)	15	(5.0)		
	Presencia nivel alto	13	(4.3)	2	(0.7)		
Razonamiento emocional	Ausencia	174	(58.2)	55	(18.4)	299	(100)
	Presencia nivel medio	49	(16.4)	14	(4.7)		
	Presencia nivel alto	6	(2.0)	1	(0.3)		
Falacia de cambio	Ausencia	128	(42.8)	46	(15.4)	299	(100)
	Presencia nivel medio	93	(31.1)	22	(7.4)		
	Presencia nivel alto	8	(2.7)	2	(0.7)		
Etiquetas globales	Ausencia	178	(59.5)	58	(19.4)	299	(100)
	Presencia nivel medio	50	(16.7)	11	(3.7)		
	Presencia nivel alto	1	(0.3)	1	(0.3)		
Culpabilidad	Ausencia	153	(51.2)	50	(16.7)	299	(100)
	Presencia nivel medio	72	(24.1)	19	(6.4)		
	Presencia nivel alto	4	(1.3)	1	(0.3)		
Los debería	Ausencia	128	(42.8)	35	(11.7)	299	(100)
	Presencia nivel medio	93	(31.1)	32	(10.7)		
	Presencia nivel alto	8	(2.7)	3	(1.0)		
Falacia de razón	Ausencia	136	(45.5)	42	(14.0)	299	(100)
	Presencia nivel medio	89	(29.8)	27	(9.0)		
	Presencia nivel alto	4	(1.3)	1	(0.3)		
Falacia de recompensa divina	Ausencia	94	(31.4)	22	(7.4)	299	(100)
	Presencia nivel medio	111	(37.1)	37	(12.4)		
	Presencia nivel alto	24	(8.0)	11	(3.7)		

Nota: Base de datos de los inventarios

En la tabla 3, se observa los tipos de distorsiones cognitivas en los pacientes que asisten al servicio de psicología según sexo, donde las distorsiones que se presentan con mayor frecuencia en pacientes mujeres son: falacia de recompensa divina en nivel medio con 111 usuarios

(37.1%), seguido de falacia de cambio y los debería en nivel medio con 93 pacientes (31.1%), por otra parte, en el sexo masculino los tipos de distorsiones que se presentan mayormente son falacia de recompensa divina en nivel medio con 37 pacientes (12.4%), los debería en nivel medio con 32 usuarios (10.7%) y filtraje en nivel medio con 27 pacientes (9.0%).

Tabla 4

Tipos de distorsiones cognitivas según edad en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023

Distorsiones cognitivas	Niveles	Edad (Años)										Total	
		20-29		30-39		40-49		50-59		60 -64		N°	(%)
		N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)		
Filtraje	Ausencia	82	(27.4)	54	(18.1)	22	(7.4)	12	(4.0)	6	(2.0)	299	(100)
	Presencia nivel medio	49	(16.4)	36	(12.0)	10	(3.3)	6	(2.0)	1	(0.3)		
	Presencia nivel alto	13	(4.3)	6	(2.0)	1	(0.3)	1	(0.3)	0	(0.0)		
Pensamiento polarizado	Ausencia	96	(32.1)	72	(24.1)	25	(8.4)	14	(4.7)	6	(2.0)	299	(100)
	Presencia nivel medio	42	(14.0)	20	(6.7)	8	(2.7)	5	(1.7)	1	(0.3)		
	Presencia nivel alto	6	(2.0)	4	(1.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)		
Sobregeneralización	Ausencia	90	(30.1)	67	(22.4)	21	(7.0)	12	(4.0)	6	(2.0)	299	(100)
	Presencia nivel medio	44	(14.7)	24	(8.0)	12	(4.0)	7	(2.3)	1	(0.3)		
	Presencia nivel alto	10	(3.3)	5	(1.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)		
Interpretación de pensamiento	Ausencia	82	(27.4)	59	(19.7)	24	(8.0)	12	(4.0)	5	(1.7)	299	(100)
	Presencia nivel medio	52	(17.4)	34	(11.4)	8	(2.7)	7	(2.3)	2	(0.7)		
	Presencia nivel alto	10	(3.3)	3	(1.0)	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)		
Visión catastrófica	Ausencia	97	(32.4)	66	(22.1)	27	(9.0)	14	(4.7)	6	(2.0)	299	(100)
	Presencia nivel medio	40	(13.4)	27	(9.0)	5	(1.7)	5	(1.7)	1	(0.3)		
	Presencia nivel alto	7	(2.3)	3	(1.0)	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)		
Personalización	Ausencia	91	(30.4)	62	(20.7)	27	(9.0)	14	(4.7)	7	(2.3)	299	(100)
	Presencia nivel medio	52	(17.4)	33	(11.0)	5	(1.7)	5	(1.7)	0	(0.0)		
	Presencia nivel alto	1	(0.3)	1	(0.3)	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)		
Falacia de control	Ausencia	91	(30.4)	63	(21.1)	24	(8.0)	9	(3.0)	5	(1.7)	299	(100)
	Presencia nivel medio	52	(17.4)	31	(10.4)	9	(3.0)	9	(3.0)	2	(0.7)		
	Presencia nivel alto	1	(0.3)	2	(0.7)	0	(0.0)	1	(0.3)	0	(0.0)		

Distorsiones cognitivas	Niveles	Edad (Años)										Total	
		20-29		30-39		40-49		50-59		60-64		N°	(%)
		N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)		
Falacia de justicia	Ausencia	93	(31.1)	57	(19.1)	24	(8.0)	15	(5.0)	7	(2.3)	299	(100)
	Presencia nivel medio	43	(14.4)	34	(11.4)	8	(2.7)	3	(1.0)	0	(0.0)		
	Presencia nivel alto	8	(2.7)	5	(1.7)	1	(0.3)	1	(0.3)	0	(0.0)		
Razonamiento emocional	Ausencia	105	(35.1)	74	(24.7)	28	(9.4)	15	(5.0)	7	(2.3)	299	(100)
	Presencia nivel medio	34	(11.4)	20	(6.7)	5	(1.7)	4	(1.3)	0	(0.0)		
	Presencia nivel alto	5	(1.7)	2	(0.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)		
Falacia de cambio	Ausencia	78	(26.1)	55	(18.4)	24	(8.0)	11	(3.7)	6	(2.0)	299	(100)
	Presencia nivel medio	63	(21.1)	36	(12.0)	8	(2.7)	7	(2.3)	1	(0.3)		
	Presencia nivel alto	3	(1.0)	5	(1.7)	1	(0.3)	1	(0.3)	0	(0.0)		
Etiquetas globales	Ausencia	107	(35.8)	75	(25.1)	30	(10.0)	17	(5.7)	7	(2.3)	299	(100)
	Presencia nivel medio	36	(12.0)	20	(6.7)	3	(1.0)	2	(0.7)	0	(0.0)		
	Presencia nivel alto	1	(0.3)	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)		
Culpabilidad	Ausencia	91	(30.4)	66	(22.1)	27	(9.0)	13	(4.3)	6	(2.0)	299	(100)
	Presencia nivel medio	49	(16.4)	29	(9.7)	6	(2.0)	6	(2.0)	1	(0.3)		
	Presencia nivel alto	4	(1.3)	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)		
Los debería	Ausencia	72	(24.1)	52	(17.4)	21	(7.0)	6	(2.0)	6	(2.0)	299	(100)
	Presencia nivel medio	65	(21.7)	43	(14.4)	12	(4.0)	1	(0.3)	1	(0.3)		
	Presencia nivel alto	7	(2.3)	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)		
Falacia de razón	Ausencia	82	(27.4)	51	(17.1)	25	(8.4)	14	(4.7)	6	(2.0)	299	(100)
	Presencia nivel medio	60	(20.1)	43	(14.4)	8	(2.7)	4	(1.3)	1	(0.3)		
	Presencia nivel alto	2	(0.7)	2	(0.7)	0	(0.0)	1	(0.3)	0	(0.0)		
Falacia de recompensa divina	Ausencia	53	(17.7)	33	(11.0)	16	(5.4)	8	(2.7)	6	(2.0)	299	(100)
	Presencia nivel medio	72	(24.1)	55	(18.4)	15	(5.0)	5	(1.7)	1	(0.3)		
	Presencia nivel alto	19	(6.4)	8	(2.7)	2	(0.7)	6	(2.0)	0	(0.0)		

Nota: Base de datos de los inventarios

La tabla 4, muestra los tipos de distorsiones cognitivas en los pacientes que asisten al servicio de psicología según edad, donde los tipos de distorsión que se presentan con mayor frecuencia de acuerdo al grupo etario son en pacientes entre 20 a 29 años entre los que se encuentran falacia de recompensa divina en nivel medio con 72 usuarios (24.1%), seguido de los debería en nivel medio con 65 pacientes (21.7%) y falacia de cambio con 63 (21.1%).

Tabla 5

Niveles de depresión según sexo en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023

Depresión	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Mínimo	148	49.5	57	19.1	295	68.6
Leve	32	10.7	6	2.0	38	12.7
Moderado	35	11.7	4	1.3	39	13.0
Severo	14	4.7	3	1.0	17	5.7
Total	229	76.6	70	23.4	299	100

Nota: Base de datos de los inventarios

En la tabla 5, se observa los niveles de depresión que presentan los pacientes que asisten al servicio de psicología según sexo, de los cuales en el sexo femenino, 148 féminas (49.5%) presentan depresión en nivel mínimo, seguido del nivel moderado con 35 pacientes mujeres (11.7%) que presentan la sintomatología depresiva, por otra parte, en el sexo masculino, 57 pacientes presentaban depresión en nivel mínimo (19.1%).

Tabla 6

Niveles del trastorno depresivo presentes según edad en los pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023

Depresión	Edad (Años)										Total	
	20-29		30-39		40-49		50-59		60-64			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mínimo	91	30.4	65	21.7	28	9.4	15	5.0	6	2.0	205	68.6
Leve	19	6.4	13	4.3	4	1.3	1	0.3	1	0.3	38	12.7
Moderado	22	7.4	14	4.7	0	0.0	3	1.0	0	1.0	39	13.0
Severo	12	4.0	4	1.3	1	0.3	0	0.0	0	0.0	17	5.7
Total	144	48.2	96	32.1	33	11.0	19	6.4	7	2.3	299	100

Nota: Base de datos de los inventarios

En la tabla 6, se muestra los niveles del trastorno depresivo según edad en pacientes que asisten al servicio de psicología, donde el grupo etario con mayores niveles de depresión presentados fue de 20 a 29 años con 91(30.4%) casos de depresión en nivel mínimo, seguido del grupo de 30 a 39 años con 65 (21.7%) pacientes que poseen depresión en nivel mínimo.

IV. DISCUSIÓN

El objetivo general que persiguió este estudio fue establecer la relación entre las distorsiones cognitivas y depresión de pacientes que asisten al servicio de psicología, tras el análisis de los datos se comprobó la existencia de una relación entre las variables ya mencionadas, de las 15 dimensiones de distorsiones cognitivas, 5 de ellas presentaron la existencia de una relación significativa, con dirección positiva y fuerza de asociación moderada, mientras que 10 mostraron una relación significativa con dirección positiva y fuerza de asociación baja, esto quiere decir que, mientras exista mayor presencia de distorsiones cognitivas más elevadas serán los niveles de depresión que se pueda presentar en los pacientes, a su vez, mediante la obtención de los resultados se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, sosteniendo la existencia de una relación entre ambas variables.

Según el modelo cognitivo planteado por Beck que hace referencia al surgimiento de la depresión, señala que existen elementos que intervienen en el proceso para que algunos individuos puedan padecer depresión y otros no ante situaciones consideradas como estresantes, la causal se debería a los errores al procesar la información (Beck et al., 1983).

Los resultados coinciden con lo planteado por Tanrıverdi y Özgüç (2022), quienes demostraron a través de sus resultados que a mayor uso de estas distorsiones mayores niveles de depresión se presentaron en los pacientes evaluados. De igual manera, Atún et al. (2021), en su investigación corroboraron la asociación entre dichas variables y que esta relación era positiva al igual que en el presente estudio. Asimismo, Song et al. (2020), en su estudio concluyeron que los niveles de depresión eran mayores por la existencia de distorsiones cognitivas, igualmente, Almache (2019), expuso que la asociación entre distorsiones cognitivas y el grado del trastorno coexistían, además era significativa (0,01).

Sumado a esto, Yesilyaprak et al. (2019), mostraron que el grupo que presentaba mayores puntajes en las pruebas de identificación de errores de procesamiento eran los que padecían del trastorno depresivo. En donde se concluyó que las cogniciones estaban presentes en el desarrollo de los trastornos de salud mental, específicamente en el desarrollo de un trastorno depresivo.

Las investigaciones previas conjuntamente con la teoría coinciden con los resultados encontrados en el presente estudio, pues el modelo planteado por Beck contribuyó en

primera instancia a conocer el surgimiento de la depresión y el papel que cumplen las distorsiones cognitivas en el desarrollo del mismo, partiendo de esta idea para sostener lo formulado en la hipótesis alternativa del estudio, la cual fue contrastada a través del análisis estadístico y por investigaciones previas que coinciden con la existencia de una relación con dirección positiva y estadísticamente significativa.

En cuanto a los tipos de distorsiones cognitivas según sexo, en las mujeres mayormente se presentaron las distorsiones falacia de recompensa divina 37.1%, seguido de falacia de cambio y los debería 31.1%, las cuales se encuentran presentes en nivel medio, por otra parte, en los varones los tipos de distorsiones que se presentaron mayormente fueron falacia de recompensa divina 12.4%, los debería 10.7% y filtraje 9.0%, es decir, el sexo femenino presenta mayor número de distorsiones cognitivas, siendo la distorsión de recompensa divina la más predominante en ambos sexos.

En el modelo cognitivo se considera a las distorsiones cognitivas como fallos que ocurren al procesar la información, ocurren de manera automática e inconsciente, a su vez influyen en el desencadenamiento de conductas disfuncionales en todos los individuos que las poseen (Beck et al., 1983). Además, es importante considerar la clasificación de las distorsiones cognitivas desarrollada por Ruiz y Luján para la creación del Inventario de Pensamientos Automáticos, basado en la teoría que postula Beck (Ruiz y Caño, 2002).

De manera similar, a los resultados que se obtuvo tras analizar los datos de esta investigación, Tahir y Sadiq (2022) coincide con lo encontrado, debido a que, en su investigación con pacientes de un hospital y una clínica privada de Lahore y Faisalabad, mostraron que 96 féminas (64%) reportaron mayor presencia de distorsiones cognitivas que 54 varones (36%) los cuales participaron en su estudio. Además, Tanrıverdi y Özgüç (2022), en su investigación demostraron en sus resultados la predominancia de una distorsión cognitiva la cual fue el enunciado debería (23.7%), así como, Inche y Paucar (2021), en su estudio con pacientes con ansiedad y depresión de un Centro Mental Comunitario de Huancayo, observaron ciertas distorsiones predominantes como filtraje (14.0%), los debería (8.0%), catastrofismo (6.0%) y falacia de recompensa divina (34.0%).

No obstante, los siguientes autores ofrecieron una visión distinta a la que se señaló en el presente estudio, Ouhmad et al. (2023), realizaron un estudio correlacional en pacientes de un hospital, mediante los resultados se demostraron que las distorsiones cognitivas que

se encontraban en estos pacientes fueron razonamiento dicotómico, minimización y maximización.

Las diferencias encontradas en este estudio con investigaciones previas, se deberían al marco teórico y al instrumento utilizado donde en este estudio se consideró el modelo cognitivo de Beck y la clasificación desarrollada por Ruiz y Luján, así como la integración de la variable sexo.

Por otra parte, según el grupo etario, en los pacientes entre 20 a 29 años el tipo de distorsión que se presenta comúnmente es falacia de recompensa divina 24.1%, seguido de los debería 21.7% y falacia de cambio 21.1%, es decir que, los pacientes que tienen entre 20 a 29 años presentan con mayor inclinación hacia el pensamiento de que las situaciones o eventos se resolverán por sí solas sin buscar a una solución, a diferencia de los demás grupos etarios.

Beck señala que las distorsiones surgen en la primera etapa de vida específicamente en la niñez y continúan desarrollándose en la etapa adulta, esto se da debido a que no existen muchas experiencias adecuadas que permitan un aprendizaje apropiado además que son orientadas por dificultades en el razonamiento del individuo (Beck et al., 1983).

Los resultados coinciden con lo expuesto por Matute y Bravo (2021), en su investigación con pacientes del departamento de salud mental de un hospital, demostraron que los usuarios entre 14 a 27 años padecen con mayor frecuencia las distorsiones cognitivas, principalmente la distorsión falacia de recompensa divina 75.0%.

El antecedente, el modelo teórico y las coincidencias con la presente investigación, evidencian que la presencia de distorsiones cognitivas se da desde edades tempranas, además un elemento importante a considerar es la influencia de factores como la cultura, las normas y reglas que se rigen en la actualidad, la familia, el establecimiento de relaciones con sus pares que hacen que el grupo etario que abarca la adultez temprana sea susceptible a presentar con mayor frecuencia las distorsiones cognitivas.

Respecto a los niveles de depresión que presentan los pacientes que asisten al servicio de psicología según sexo, de los cuales en el sexo femenino 49.5% presentaban depresión en nivel mínimo, mientras que en el sexo masculino 19.1% presentaban depresión en nivel mínimo, es decir que, en ambos sexos es predominante el nivel depresivo mínimo,

sin embargo, en las mujeres este nivel es el más frecuente, por ende es el grupo más propenso a desarrollar sintomatología depresiva que el sexo masculino.

Beck menciona que según los niveles de depresión el pensamiento y la interpretación de la realidad se van a ver cada vez más distorsionados, aquellos individuos que posean niveles más leves generalmente sus pensamientos serán más objetivos, pero a medida que el estado depresivo se agrave más los pensamientos negativos incapacitarán al individuo de concebir que sus interpretaciones son erróneas, además, encontró que las mujeres más padecían de síntomas depresivos a diferencia de los varones que era el grupo con menor número de casos (Beck et al., 1983).

Los resultados coinciden con Torres et al. (2022), en su investigación con pacientes diagnosticados con Diabetes encontró que los síntomas depresivos eran más frecuentes en mujeres 72.2% que en varones. De igual manera, Merino-Martínez et al. (2019), realizaron una investigación en 122 pacientes con hemodiálisis del servicio de Nefrología de un hospital de Córdoba, mediante los resultados demostraron que la probabilidad de padecer depresión era mayor a la de ansiedad con 64 usuarios en el caso de depresión (52.5%), además que las mujeres eran más propensas a padecer del trastorno depresivo.

Agregando a lo anterior, Bonilla-Asalde et al. (2019), quienes realizaron un estudio donde se incluyeron como participantes a 110 pacientes, a través de los resultados se demostró que los evaluados presentaban algún nivel de depresión 54.5%, el nivel leve con un elevado número de casos mientras que el nivel severo con el menor número de casos, siendo ambos niveles predominantes en el sexo femenino.

Por su parte, Contreras et al. (2020), desarrollaron un estudio con pacientes de un hospital, donde a través de los resultados encontraron que desde el nivel alto hasta el nivel bajo de depresión se presentaban en ambos sexos, sin embargo, el nivel predominante fue el nivel alto 23.9% en el sexo femenino.

Los resultados hallados en este estudio coinciden con la información brindada por las bases teóricas y a su vez se confirman con investigaciones realizadas, de esta manera sostienen la afirmación que según el sexo, las mujeres son el grupo más vulnerable a padecer de depresión, la razón detrás de esta afirmación se encuentra en ciertas características identificadas como cambios a niveles hormonales, por presiones a nivel social y cultural a diferencia del sexo masculino que reprime sus emociones y es poco probable que expresen su malestar emocional, no obstante, las diferencias encontradas

con los niveles de depresión que se pueden presentar, se debieron al nivel de investigación empleado en su realización, además de la influencia de otros factores a considerar como el consumo de sustancias que está asociado a mayores niveles de depresión en quienes practican esa conducta a diferencia de los participantes de la investigación de Bonilla et al., y del presente estudio.

De acuerdo a los niveles del trastorno depresivo según edad en pacientes que asisten al servicio de psicología, el grupo etario con mayores niveles de depresión presentados fue de 20 a 29 años 30.4% casos de depresión en nivel mínimo, seguido del grupo de 30 a 39 años con 21.7% pacientes que poseen depresión en nivel mínimo.

En estudios previos realizados por Beck para proponer una terapia efectiva para el tratamiento de la depresión, señalaron que el 15 % de la población adulta posee un grado de depresión, específicamente entre los 18 y 50 años, además que la depresión es la causa del 75 % de hospitalizaciones (Beck et al., 2010). Asimismo, se señala que a partir de la pandemia entre la población con un mayor riesgo a padecer de sintomatología depresiva son los jóvenes, incrementándose estas cifras debido al consumo de sustancias (Nicolini, 2020).

Estos resultados guardan relación con lo mencionado por Melin et al. (2022), en su investigación realizada en pacientes con riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular, encontraron que las mujeres menores de 59 años tuvieron una mayor prevalencia de depresión 31.0% . De la misma forma, Beresford et al. (2021), en su estudio desarrollado con pacientes de un hospital encontraron que los síntomas depresivos se presentaban frecuentemente en usuarios menores de 40 años 47.10%.

En cuanto a los niveles de sintomatología depresiva los resultados coinciden con lo expuesto por Merino-Martínez et al. (2019), realizaron una investigación encontró que la población con mayor número de casos es de menores de 40 años en el nivel mínimo de depresión.

En ese sentido, bajo lo referido anteriormente y al analizar los resultados encontrados en el presente estudio, se confirma que la población que comprende adultez temprana es el grupo que presenta mayor prevalencia de síntomas depresivos, todo esto se debe a una combinación de factores que van desde lo genético, ambientales y factores considerados de riesgo para este grupo etario como el consumo de sustancias, estrés crónico y dificultades para relacionarse adecuadamente, además que en la actualidad existe una

mayor difusión en cuanto a la prevención de enfermedades mentales, lo que ha incrementado el número de adultos jóvenes que rompen estigmas sobre la asistencia al psicólogo. Por otra parte, las diferencias que pueden presentarse en los antecedentes con este estudio, pueden variar debido al nivel de investigación empleado para su realización al ser uno de ellos descriptivo, así como la influencia de otros factores en el mismo como que los pacientes tomados en cuenta en los estudios presenten enfermedades que poseen comorbilidad con otras patologías.

A diferencia de los estudios revisados y contemplados en esta discusión, la presente investigación hace un énfasis en características como sexo y edad para identificar los tipos de distorsiones y los niveles de depresión más comunes que se pueden presentar, ya que ambas variables y características como el sexo y la edad no son estudiadas de manera conjunta en los antecedentes en cuanto a su relación ni su impacto en las características sociodemográficas que pueden poseer los usuarios, de esta manera se ofrece una nueva visión en este nivel de investigación lo que genera una mayor contribución y expansión del conocimiento sobre cómo las distorsiones cognitivas generan niveles más altos de depresión en quienes lo presentan de acuerdo al sexo y la edad que el participante posea.

V. CONCLUSIONES

El coeficiente de correlación de Kendall permitió comprobar la relación significativa ($p < 0.05$) existente entre las dimensiones de las distorsiones cognitivas y depresión, la cual fue positiva con una fuerza de asociación moderada (en 5 dimensiones) y baja (en 10 dimensiones).

La muestra estuvo conformada por 229 participantes del sexo femenino, este grupo presentó con mayor predominancia la distorsión cognitiva falacia de recompensa divina (37.1%).

La distorsión cognitiva que se presentó con mayor frecuencia según edad fue falacia de recompensa divina en usuarios entre 20 a 29 años (24.1%).

De acuerdo a los niveles de depresión presentes según sexo, fue mayor el nivel mínimo en el sexo femenino (49.5%).

Por último, según los niveles de depresión presentes de acuerdo a la edad, fue predominante el nivel mínimo en pacientes entre 20 a 29 años (30.4%).

VI. RECOMENDACIONES

- Ejecutar programas orientados a la prevención de la depresión en los diversos grupos etarios que asisten al servicio de psicología del Hospital Regional “Virgen de Fátima”.
- Crear grupos de ayuda mutua dirigidos a pacientes que presenten sintomatología depresiva que acuden al servicio de psicología.
- Desarrollar actividades de difusión para concientizar sobre la importancia de la salud mental a usuarios que asisten al servicio de psicología.
- Promover en los estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología la realización de investigaciones centradas en relacionar las distorsiones cognitivas con otras características como nivel educativo o religión que permitan extender el conocimiento sobre esta problemática a nivel local, debido a la inexistencia de estudios de este tipo en Amazonas.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguadelo, L., Gómez, O., Ojeda, Y., y Rueda, K. (2021). *Distorsiones Cognitivas en jóvenes y adultos de la ciudad de Barrancabermeja*. [Tesis, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/36051>
- Almache, E. (2019). *Relación entre distorsiones cognitivas y depresión: Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón*. [Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio digital Universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/18674>
- Alvarez, J., y Atencio, V. (2023). *Dependencia emocional y distorsiones cognitivas en usuarias que acuden al Centro de Salud Huancan, 2023*. [Tesis de grado, Universidad Continental]. Repositorio Continental. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/13940>
- Atún, O., Balaban, O., Mutlu, C., Shamelikoglu, O., Bali, M., y Ermis, C. (2021). Depression and cognitive distortions in hemodialysis patients with end stage renal disease: A case-control study [Depresión y distorsiones cognitivas en pacientes en hemodiálisis con enfermedad renal terminal: estudio de casos y controles]. *The European Journal of Psychiatry*, 35(4), 242-250. doi:10.1016/j.ejpsy.2021.01.001
- Bautista, E. (2021). *Distorsiones y dependencia afectiva en víctimas de violencia de pareja de Chiclayo, 2021*. [Tesis de grado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9531/Bautista%20Fuentes%20Enrique%20%26%20Rengifo%20Secl%c3%a9n%20Peggy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée De Brouwer.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (1996). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck* (Segunda ed.). Paidós.

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión* (Diecinueveavo ed.). Desclée De Brouwer.
- Beresford, T., Teschke, P., Hipp, D., y Ronan, P. (2021). Psychological Adaptive Mechanism Maturity, Age, and Depression Symptoms in Advanced-Stage Cancer Patients [Mecanismo de adaptación psicológica: madurez, edad y síntomas de depresión en pacientes con cáncer en estadio avanzado]. *Front Psychol*, *12*, 478-489. doi:10.3389/fpsyg.2021.718476
- Bonilla-Asalde, C., Rivera-Lozada, I., y Rivera-Lozada, O. (2019). Depresión en pacientes con tuberculosis en una región del Perú: Un estudio transversal. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*, *1*(8), 43-51. doi:<https://doi.org/10.37768/unw.rinv.08.01.004>
- Brenlla, M., y Rodríguez, C. (2006). *Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Paidós.
- Caro, I. (2009). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Desclée de Brouwer.
- Contreras, Y., Miranda, O., y Torres, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, *49*(1), 71-85. <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/492>
- Fernández-Tobar, B., González-Moreno, J., y Cantero-García, M. (2022). Propiedades psicométricas del Children's Negative Cognitive Error Questionnaire en población española adolescente y joven. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, *9*(1), 137-157. doi:<https://doi.org/10.17979/reipe.2022.9.1.8999>
- García, C., y Linares, M. (2020). Efecto de la reestructuración cognitiva sobre las distorsiones cognitivas de los adolescentes frente al duelo por fallecimiento de sus padres. *Boletín Médico de Postgrado*, *36*(1), 38-42. <https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/2618>
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill.

- Hincapié, J., y Medina, M. (2019). *Bioética: teorías y principios*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Inche, R., y Paucar, E. (2021). *Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un centro de salud mental comunitario Huancayo 2021*. [Tesis, Universidad Continental]. Repositorio Institucional Continental. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/11994>
- Kürümlüoğlugil, R., y Tanrıverdi, D. (2022). The effects of the psychoeducation on cognitive distortions, negative automatic thoughts and dysfunctional attitudes of patients diagnosed with depression [Los efectos de la psicoeducación sobre las distorsiones cognitivas, los pensamientos automáticos negativos y las actitudes disfuncionales de pacientes diagnosticados con depresión]. *Psychology, Health and Medicine*, 27(10), 2085–2095. doi:<https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1944654>
- Matute, A., y Bravo, D. (2021). Distorsiones cognitivas y el intento suicida en jóvenes entre 14 y 27 años de edad. *RECIMUNDO*, 5(1), 4-13. doi:[https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(Suple1\).oct.2021.4-13](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(Suple1).oct.2021.4-13)
- Melin, E., Wanby, P., Neumark, T., Holmberg, S., Neumark, A., Johansson, K., Thunander, M. (2022). Depression was associated with younger age, female sex, obesity, smoking, and physical inactivity, in 1027 patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a Swedish multicentre cross-sectional study [La depresión se asoció con una edad más joven, el sexo femenino, la obesidad, el tabaquismo y la inactividad física en 1.027 pacientes con diabetes tipo 2 recién diagnosticada: un estudio transversal multicéntrico sueco]. *BMC Endocrine Disorders*, 22(1), 273-278. doi:10.1186/s12902-022-01184-3
- Merino-Martínez RM, M.-G., Sánchez-Cabezas, A., Gómez-López, V., y Crespo-Montero, R. (2019). Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enfermería Nefrológica*, 22(3), 274-283. doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842019000300006>
- Ministerio de Salud. (13 de Enero de 2021). *Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021*.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>

- Muñoz-Najar, A., Tejada, M., Gallegos, S., Obando, V., Guerra, M., Zeballos, E., Inofuente, A. y Ocharan, A. (2019). Ansiedad y depresión en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Perú. *Psicología de la Salud*, 7(1), 333-348. doi:<https://doi.org/10.21134/pssa.v7i1.874>
- Oñate-Porras, J., Placencia-Galeano, A., Muñoz.-Vaca, M., y Pesántez-Pazmiño, I. (2023). Distorsiones cognitivas en estudiantes universitarios en el año 2023. *Polo del Conocimiento*, 8(8), 2369-2385. doi:10.23857/pc.v8i8
- Organización Mundial de la Salud . (3 de Marzo de 2023). *Depresión*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Se%20estima%20que%20el%203,personas%20sufren%20depresi%C3%B3n%20\(1\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Se%20estima%20que%20el%203,personas%20sufren%20depresi%C3%B3n%20(1).)
- Organización Mundial de la Salud. (8 de Junio de 2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Ouhmad, N., El-Hage, W., y Combalbert, N. (2023). Maladaptive cognitions and emotion regulation in posttraumatic stress disorder [Cogniciones desadaptativas y regulación emocional en el trastorno de estrés postraumático]. *Neuropsychiatrie*, 37(2), 65 - 75. doi:10.1007/s40211-022-00453-w
- Perú 21. (24 de Febrero de 2023). *¿Cuál es la situación actual de la salud mental en el Perú?* [https://peru21.pe/vida/salud/cual-es-la-situacion-actual-de-la-salud-mental-en-el-peru-salud-mental-salud-mental-en-el-peru-trastornos-mentales-depresion-ansiedad-articulo-noticia/#:~:text=Seg%C3%BAn%20un%20estudio%20epidemiol%C3%B3gico%20realizado,Selva%](https://peru21.pe/vida/salud/cual-es-la-situacion-actual-de-la-salud-mental-en-el-peru-salud-mental-salud-mental-en-el-peru-trastornos-mentales-depresion-ansiedad-articulo-noticia/#:~:text=Seg%C3%BAn%20un%20estudio%20epidemiol%C3%B3gico%20realizado,Selva%20)
- Portocarrero, S., y Silva, Y. (2022). Prevalencia de problemas psicológicos en pacientes atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. *Revista Científica UNTRM: Ciencias Sociales Y Humanidades*, 5(2), 31-38. doi:<https://doi.org/10.25127/rcsh.20225.864>
- Quiñones, E. (2021). Distorsiones cognitivas en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en función de sus características sociodemográficas, en una

- IPS.[Tesis de grado, Universidad Antonio Nariño]. Repositorio Institucional UAN. <http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/6260>.
- Ruiz, A., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Ruiz, J., y Caño, J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. R&C Editores.
- Shakil, M., Ali, U., Ali, A., y Khan, B. (2022). Psychometric analysis of cognitive distortions scale-urdu on patients diagnosed with mental disorders [Análisis psicométrico de la escala de distorsiones cognitivas-urdu en pacientes diagnosticados con trastornos mentales]. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 72(1), 79-83. doi:10.47391/JPMA.1989
- Song, J., Kim, J., Oh, C., Kim, H., Lee, C., y Kang, W. (2020). Depression, Anxiety, Related Risk Factors and Cognitive Distortion in Korean Patients with Inflammatory Bowel Disease [Depresión, ansiedad, factores de riesgo relacionados y distorsión cognitiva en pacientes coreanos con enfermedad inflamatoria intestinal]. *Psychiatry Investigation*, 17(11), 1126-1136. doi:10.30773/pi.2020.0299
- Tahir, F., y Sadiq, R. (2022). Automatic negative thoughts as contributing factors to adults with conversion disorder [Pensamientos negativos automáticos como factores contribuyentes en adultos con trastorno de conversión]. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 72(9), 1708-1711. doi:10.47391/JPMA.2169
- Tanriverdi, D., y Özgüç, S. (2022). Metacognitive features and cognitive distortions of the patients with major depression [Características metacognitivas y distorsiones cognitivas de los pacientes con depresión mayor]. *Current Psychology*. doi:10.1007/s12144-022-03026-w
- Torres, D., Castillo, I., Rojas, I., Masot, A., Masot, S., y González, P. (2022). La depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay*, 12(3), 277-284. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000300277&lng=es&tlng=es.
- Victoria, L., Ayala, N., y Bascuñán, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio

descriptivo-correlacional. *Psicogente*, 22(41), 1-22.
<https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3308>

Yesilyaprak, N., Batmaz, S., Yildiz, M., Songur, E., y Akpinar, E. (2019). Automatic thoughts, cognitive distortions, dysfunctional attitudes, core beliefs, and ruminative response styles in unipolar major depressive disorder and bipolar disorder: a comparative study [Pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, actitudes disfuncionales, creencias fundamentales y estilos de respuesta rumiantes en el trastorno depresivo mayor unipolar y el trastorno bipolar: un estudio comparativo]. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 854 - 863. doi:10.1080/24750573.2019.1690815

ANEXOS

ANEXO N°1

Matriz de consistencia

Distorsiones cognitivas y depresión en pacientes, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
¿Cuál es la relación entre las distorsiones cognitivas y depresión en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023?	<p>General:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionar las distorsiones cognitivas y depresión en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023 <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los tipos de distorsiones cognitivas en pacientes del 	<p>H₀: No existe relación entre las distorsiones cognitivas y el trastorno depresivo en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023.</p> <p>H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre las distorsiones cognitivas y el trastorno depresivo en pacientes</p>	<p>V.1: Distorsiones cognitivas</p> <p>V.2: Trastorno depresivo</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Alcance de la investigación: Correlacional</p> <p>Corte: Transeccional</p> <p>Instrumento: Inventario</p> <p>Población: La población será constituida por usuarios que asisten al servicio de Psicología del Hospital Regional “Virgen de Fátima” de Chachapoyas en suma son 1337 pacientes.</p> <p>Presentación: Mediante tablas.</p>

	<p>servicio de psicología según sexo, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los tipos de distorsiones cognitivas según edad en pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023. - Especificar los niveles de depresión en pacientes del servicio de psicología según sexo, Hospital 	<p>del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023.</p>		
--	---	--	--	--

	<p>Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023.</p> <ul style="list-style-type: none">- Especificar los niveles del trastorno depresivo presentes según edad en los pacientes del servicio de psicología, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023.			
--	---	--	--	--

ANEXO N° 2

Operacionalización de las variables

Distorsiones cognitivas y depresión en pacientes, Hospital Regional “Virgen de Fátima”, Amazonas, 2023

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ITEMS	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE CALIFICACIÓN
Distorsiones cognitivas	Son pensamientos que se caracterizan por ser automáticos y equívocos que se presentan con frecuencia en las personas al hacer frente a una situación que resulta negativa o desagradable para quien la vive, éstas alteran la	Referido a aquellas ideas que no poseen un sustento verídico y que se dan de forma repetitiva cuando una situación desagradable aparece, las mismas provocan un malestar general en diversos ámbitos del desarrollo de	Filtraje	1,16 y 31	0-1= Ausencia de distorsión 2-5= Presencia de distorsión en nivel medio 6-9= Presencia de	Escala likert
			Pensamiento polarizado	2,17 y 32		
			Sobregeneralización	3,18 y 33		
			Interpretación del pensamiento	4,19 y 34		
			Visión catastrófica	5,20 y 35		
			Personalización	6,21 y 36		
			Falacia de control	7,22 y 37		

<p>realidad, desencadenando conflictos en el desarrollo de las personas. De igual manera, son considerados como aquellas ideas que no poseen un sustento verídico y que se dan de forma repetitiva cuando una situación desagradable aparece, las mismas provocan un malestar general en diversos aspectos</p>	<p>una persona. Se le puede denominar como diálogos internos disfuncionales. Se medirán con el Inventario de Pensamientos automáticos (IPA).</p>	Falacia de justicia	8,23 y 38	<p>distorsión en nivel alto</p>
		Razonamiento emocional	9,24 y 39	
		Falacia de cambio	10, 25 y 40	
		Etiquetas globales	11, 26 y 41	
		Culpabilidad	12,27 y 42	
		Los debería	13,28 y 43	
		Falacia de razón	14, 29 y 44	
		Falacia de recompensa divina	15,30 y 45	

	de la vida de quien las padece (Beck et al., 1983).					
Trastorno depresivo	Es un problema emocional que afecta a personas de cualquier edad, donde quienes la padecen se muestran abatidos o generalmente infelices, acompañado de tristeza, anhedonia, culpabilidad, alteraciones en el sueño, modificaciones en el apetito, fatiga o	Considerado un problema de salud mental, el cual se caracteriza por la presencia de síntomas como tristeza patológica, sentimientos de culpa, anhedonia, cansancio, variaciones en el sueño, apetito y procesos cognitivos, este trastorno puede generarse en personas de	Somática-Afectiva	1,4,10,11,12,13,15,16,17,18,19,20 y 21	0-13= Mínimo de depresión 14-19= Depresión leve 20-28= Depresión moderada 29-63= Depresión severa	Escala liket
			Cognitivo-conductual	2,3,5,6,7,8 y 9		

	<p>alteraciones en diversos procesos cognitivos, toda esa sintomatología se puede presentar por algunas semanas o inclusive por muchos años (Beck et al., 1983).</p>	<p>distintas edades y su duración varía entre semanas y años. Se medirá con el Inventario de Depresión Beck- (BDI-II).</p>				
--	--	--	--	--	--	--



ANEXO N° 3

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Señor Jorge Arturo La Torre Y Jiménez

DIRECTOR GENERAL

HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA- CHACHAPOYAS

Yo, Taisia Marlith Landacay Laulate, con DNI 75778628, con domicilio en Jr. Higos Urco N° 128, estudiante de psicología, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que teniendo el deseo de desarrollar el protocolo de investigación: “Distorsiones cognitivas y depresión en pacientes, Hospital Regional Virgen de Fátima, Amazonas, 2023”, solicito la evaluación, aprobación y autorización del protocolo de investigación presentado.

El estudio propuesto corresponde a:

- 1. Tesis de universidad.
- 2. Otros:

Asimismo, se utilizará (al finalizar), para presentarlo en:

- 3. Publicación científica
- 4. Congreso

Se ha coordinado con el profesional del HRVF-CH (psicólogo Wilfredo Portugal Maldonado) del Servicio de Psicología para que apoye y monitoree durante la ejecución del estudio, para lo cual:

Se requerirá usar historias clínicas del HRVF-CH SI NO

Se requerirá equipos/laboratorio del HRVF-CH SI NO

Para la ejecución del proyecto será financiado por:

Autofinanciamiento Laboratorio Asociación ONG Otros

Atentamente,

Taisia Marlith Landacay Laulate
75778628

Cargo	Nombres y apellidos	Correo electrónico	Celular
Estudiante de psicología	Taisia Marlith Landacay Laulate	7577862881@untrm.edu.pe	901423108



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Chachapoyas, 11 de agosto del 2023

Señora Tania Hernández Quiroz

JEFE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Yo, Taisia Marlith Landacay Laulate, con DNI 75778628, con domicilio en Jr. Higos Urco N° 128, estudiante de psicología, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que teniendo el deseo de desarrollar el protocolo de investigación: “Distorsiones cognitivas y depresión en pacientes, Hospital Regional Virgen de Fátima, Amazonas, 2023”, solicito la evaluación, aprobación y autorización del protocolo de investigación presentado.

El estudio propuesto corresponde a:

- 1. Tesis de universidad.
- 2. Otros:

Asimismo, se utilizará (al finalizar), para presentarlo en:

- 3. Publicación científica
- 4. Congreso

Se ha coordinado con el profesional del HRVF-CH (psicólogo Wilfredo Portugal Maldonado) del Servicio de Psicología para que apoye y monitoree durante la ejecución del estudio, para lo cual:

Se requerirá usar historias clínicas del HRVF-CH SI NO

Se requerirá equipos/laboratorio del HRVF-CH SI NO

Para la ejecución del proyecto será financiado por:

Autofinanciamiento Laboratorio Asociación ONG Otros

Atentamente,

Taisia Marlith Landacay Laulate
75778628

Cargo	Nombres y apellidos	Correo electrónico	Celular
Estudiante de psicología	Taisia Marlith Landacay Laulate	7577862881@untrm.edu.pe	901423108



CARTA DE COMPROMISO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

Yo, Taisia Marlith Landacay Laulate, en calidad de investigador principal, del protocolo de investigación “Distorsiones cognitivas y depresión en pacientes, Hospital Regional Virgen de Fátima, Amazonas, 2023”, que se realizará en el Hospital Regional Virgen de Fátima, asumo los siguientes compromisos:

1. Seguir estrictamente el protocolo sin alterar los procedimientos aprobados mientras el proyecto se realice.
 2. Cumplir con las buenas prácticas clínicas y los principios de ética en investigación.
 3. Si hubiera alguna variación, comunicaré a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación (UADI) y al Comité Institucional de Ética en Investigación del HRV-CH del cambio propuesto para poder ser evaluado desde el punto de vista metodológico y ético.
 4. Presentar a la UADI los informes de avance de la ejecución del protocolo, según cronograma.
 5. Solicitar la renovación de la aprobación por parte del Comité de Ética, por lo menos un mes antes de culminar la vigencia de la aprobación.
 6. Entregar una copia del informe final con los resultados de la investigación.
- Atentamente,

Chachapoyas, 11 de agosto del 2023

Taisia Marlith Landacay Laulate
75778628



ANEXO N° 4



GOBIERNO REGIONAL } HOSPITAL REGIONAL
AMAZONAS } "VIRGEN DE FÁTIMA"
CHACHAPOYAS

Nuestro **DEBER**
es **SERVIR**

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA DE CHACHAPOYAS

CERTIFICA:

Que, el Proyecto de Investigación denominado "*Distorsiones Cognitivas y Depresión en Pacientes, Hospital Regional "Virgen de Fátima", Amazonas, 2023*", presentado por la estudiante de Psicología Taisia Marlith Landacay Laulate, con Proveído N°452 de la Unidad de Docencia e Investigación fue **Aprobado** en la sesión Plenaria del día 25 de Agosto del 2023, esta aprobación se otorga por su Validez Científica, respeto a las normas legales vigentes, reglamento de investigación institucional y la satisfacción de los requisitos exigidos por la Ética en investigación.

El **Presente Certificado** tendrá una vigencia de 01 año a partir de emisión de esta constancia y obliga al investigador a ser responsable, notificar la fecha de inicio de ejecución del Proyecto, los avances trimestrales, así como el Informe Final en cumplimiento del Reglamento de Investigación.

Dado en la Ciudad de Chachapoyas, con fecha 25 de agosto del 2023

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
HOSPITAL REGIONAL "VIRGEN DE FÁTIMA" - CHACHAPOYAS

Dra. VIANNEY MILAGRITOS DÍAZ ILQUÍN
COP: 21705 - REG: 102
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA



ANEXO N° 5

HOSPITAL REGIONAL “VIRGEN DE FÁTIMA” DE CHACHAPOYAS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DISTORSIONES COGNITIVAS Y DEPRESIÓN EN PACIENTES, HOSPITAL REGIONAL “VIRGEN DE FÁTIMA”, AMAZONAS, 2023

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o señor/señora:.....

Estoy llevando a cabo un estudio de investigación a fin de medir la presencia de distorsiones cognitivas y los niveles de depresión en los usuarios del servicio de psicología del Hospital Regional “Virgen de Fátima”. Su participación es voluntaria e incluirá solamente a los usuarios que deseen participar. Antes de decidir su participación, por favor tome su tiempo y lea detenidamente esta información y para responder cualquier duda que usted tenga sobre su participación en esta investigación, puede preguntarle a la persona que le ha remitido el presente formulario.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE ESTUDIO?

- El propósito de esta investigación es establecer la relación entre distorsiones cognitivas y depresión , ya que se conoce muy poco a nivel nacional y local acerca de este tema, la información recolectada en el presente estudio me permitirá conocer cómo las distorsiones cognitivas pueden influir en la aparición y desarrollo de la depresión en los usuarios del servicio de Psicología.

¿QUIÉNES PUEDEN PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN?

- Participarán todos los usuarios cuyas edades oscilen entre los 20 a 64 años
- Se incluirán a todos los pacientes de ambos sexos
- Todos los pacientes que cuenten con Seguro Integral de Salud-SIS del Hospital Regional “Vigen de Fátima” de Chachapoyas.

¿EN QUÉ CONSISTIRÁ SU PARTICIPACIÓN?

- La participación consistirá en el llenado de dos formularios que durará aproximadamente de 20 a 30 minutos, donde como participante deberá responder a algunas preguntas generales y datos específicos mediante dos pruebas para la medición de distorsiones cognitivas y depresión.



¿QUÉ BENEFICIOS OBTENDRÁ DE ESTA INVESTIGACIÓN?

- Los resultados encontrados tras la información recolectada serán entregados al servicio de Psicología del Hospital Regional “Virgen de Fátima” de Chachapoyas, para una mejora en la atención que usted pueda recibir, a su vez, tendrá la satisfacción de estar ayudando a la ciencia.

¿ME COSTARÁ PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN?

- Formar parte de esta investigación no generará ningún costo para usted.

¿A QUIÉN PUEDO RECURRIR PARA PREGUNTAR ACERCA DE ALGUNA DUDA O QUEJA?

- Usted podrá recurrir al señor Wilfredo Portugal Maldonado, jefe del servicio de Psicología del Hospital Regional “Virgen de Fátima” de Chachapoyas.
- Taisia Marlith Landacay Laulate, DNI:75778628, Correo electrónico:7577862881@untrm.edu.pe, Celular:901423108

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS COMO PARTICIPANTE DE ESTE ESTUDIO?

- Su participación será totalmente voluntaria, ya que usted, en cualquier momento, puede decidir no realizar los formularios y elegir ya no seguir participando de esta investigación, además sus datos personales no serán revelados en esta investigación, de incumplir con esto, usted puede proceder legalmente por revelar ese tipo de información.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

“Yo he leído y he entendido la información escrita en estas hojas. Firmando este documento, no renuncio a mis derechos que como usuario del servicio de Psicología de este hospital”

Nombre de paciente:.....

Firma de paciente:.....

Fecha:



CERTIFICADO DE LA PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

Yo he dado una explicación al participante sobre este estudio de investigación y he motivado a hacer preguntas para que obtenga información adicional acerca de este estudio.

Firma de la persona que recibe el consentimiento:.....

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:.....

Fecha:



ANEXO N° 6

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Validado por Arriga (2006)

Edad : entre 20 a 29 años () entre 30 a 39 años () entre 40 a 49 años () entre 50 a 59 años () entre 60 a 64 años ()

Sexo : Masculino () Femenino () **Fecha:**.....

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

NUNCA PIENSO EN ESO	ALGUNAS VECES LO PIENSO	BASTANTES VECES LO PIENSO	CON MUCHA FRECUENCIA LO PIENSO
0	1	2	3

N°		0 = Nunca plenso en eso	1= Algunas veces lo plenso	2= Bastantes veces lo plenso	3=Con mucha frecuencia lo plenso
1	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan				
2	Solamente me pasan cosas malas				
3	Todo lo que hago me sale mal.				
4	Sé que piensan mal de mí				
5	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?				
6	Soy inferior a la gente en casi todo				
7	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor				
8	No hay derecho a que me traten así				
9	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.				

10	Mis problemas dependen de los que me rodean				
11	Soy un desastre como persona				
12	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa				
13	Debería de estar bien y no tener estos problemas				
14	Sé que tengo la razón y no me entienden				
15	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa				
16	Es horrible que me pase esto				
17	Mi vida es un continuo fracaso				
18	Siempre tendré este problema				
19	Sé que me están mintiendo y engañando				
20	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?				
21	Soy superior a la gente en casi todo				
22	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean				
23	Si me quisieran de verdad no me tratarían así				
24	Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo				
25	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas				
26	Alguien que conozco es un imbécil				
27	Otros tienen la culpa de lo que me pasa				
28	No debería de cometer estos errores				

29	No quiere reconocer que estoy en lo cierto				
30	Ya vendrán mejores tiempos				
31	Es insoportable, no puedo aguantar más				
32	Soy incompetente e inútil				
33	Nunca podré salir de esta situación				
34	Quieren hacerme daño				
35	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?				
36	La gente hace las cosas mejor que yo				
37	Soy una víctima de mis circunstancias				
38	No me tratan como deberían hacerlo y merezco				
39	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo				
40	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas				
41	Soy un neurótico				
42	Lo que me pasa es un castigo que merezco				
43	Debería recibir más atención y cariño de otros				
44	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana				
45	Tarde o temprano me irán las cosas mejor				

Gracias por su participación



ANEXO N° 7

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Validado por Brenlla y Rodríguez (2006)

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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



2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Sulcidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.



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 lo habitual

3ª. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje total:

Gracias por su participación

ANEXO N° 8

APLICACIÓN DE INVENTARIOS A PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “VIRGEN DE FÁTIMA”

