

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Fusión cognitiva y síntomas depresivos en pacientes
de un centro psicológico privado de Arequipa, 2023**

Julieta Isabella Maldonado Rimachi

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología

Arequipa, 2023

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TESIS

A : Eliana Mory Arciniega
Decano de la Facultad de Humanidades

DE : Sandro Alex Urco Cáceres
Asesor de tesis

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de tesis

FECHA : 21 de Julio de 2023

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado asesor de la tesis titulada: "FUSIÓN COGNITIVA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES DE UN CENTRO PSICOLÓGICO PRIVADO DE AREQUIPA, 2023", perteneciente a la estudiante JULIETA ISABELLA MALDONADO RIMACHI, de la E.A.P. de Psicología; se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 19 % de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Nº de palabras excluidas:) SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que la tesis constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido de la tesis sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Asesor de tesis

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, Julieta Isabella Maldonado Rimachi, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad No. 71566095, de la E.A.P. de Psicología de la Facultad de Humanidades la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. La tesis titulada: "Fusión cognitiva y síntomas depresivos en pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa, 2023", es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

21 de julio de 2023.



Julieta Isabella Maldonado Rimachi

DNI. No. 71566095

INFORME FINAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%	19%	6%	8%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%

10	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
11	www.educacion.gob.es Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.konradlorenz.edu.co Fuente de Internet	<1 %
13	Submitted to Universidad Rey Juan Carlos Trabajo del estudiante	<1 %
14	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	research.gold.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
16	Elena del Pilar Jiménez, Rafael Alarcón, María Isabel de Vicente-Yague. "Intervención lectora: correlación entre la inteligencia emocional y la competencia lectora en el alumnado de bachillerato", Revista de Psicodidáctica, 2019 Publicación	<1 %
17	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	<1 %
19	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

		<1 %
20	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
21	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
22	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
23	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
24	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1 %
25	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
26	sip2013.org Fuente de Internet	<1 %
27	upc.aws.openrepository.com Fuente de Internet	<1 %
28	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
29	idoc.pub Fuente de Internet	<1 %
30	1library.co Fuente de Internet	<1 %

		<1 %
31	repositorio.ujcm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
32	repositorio.upeu.edu.pe:8080 Fuente de Internet	<1 %
33	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
34	www.ugr.es Fuente de Internet	<1 %
35	Submitted to Universidad San Francisco de Quito Trabajo del estudiante	<1 %
36	up-rid.up.ac.pa Fuente de Internet	<1 %
37	www.amys.es Fuente de Internet	<1 %
38	blindcustomerservices.com Fuente de Internet	<1 %
39	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
40	vsip.info Fuente de Internet	<1 %
41	repositorio.ulima.edu.pe Fuente de Internet	

		<1 %
42	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
43	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
44	www.mayoclinic.org Fuente de Internet	<1 %
45	http://s/224-droit-de-la-culture/683-quest-ce-que-la-culturechronculture.com/.php/fr/ressources/dossiers/2-droit-de-la-culture/683-quest-ce-que-la-culture Fuente de Internet	<1 %
46	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1 %
47	revistainteracciones.com Fuente de Internet	<1 %
48	issuu.com Fuente de Internet	<1 %
49	mmhs.com Fuente de Internet	<1 %
50	www.funlam.edu.co Fuente de Internet	<1 %
51	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

52	Submitted to unhuancavelica Trabajo del estudiante	<1 %
53	Submitted to Universidad Pontificia de Salamanca Trabajo del estudiante	<1 %
54	Submitted to Universidad Privada del Norte Trabajo del estudiante	<1 %
55	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
56	repository.upb.edu.co Fuente de Internet	<1 %
57	Submitted to uniminuto Trabajo del estudiante	<1 %
58	www.ilae.edu.co Fuente de Internet	<1 %
59	Submitted to Universidad Señor de Sipan Trabajo del estudiante	<1 %
60	Submitted to Universidad de Málaga - Tii Trabajo del estudiante	<1 %
61	doku.pub Fuente de Internet	<1 %
62	http://80.34.8.41/administrac/corporacion/notcorporac offset=1260 Fuente de Internet	<1 %

63	mafiadoc.com Fuente de Internet	<1 %
64	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
65	repositorio.ulasamericas.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
66	repositorio.unife.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
67	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
68	Jesús M. Canto, Fabiola Perles, Jesús San Martín. "The role of right-wing authoritarianism, sexism and culture of honour in rape myths acceptance / El papel del autoritarismo de derechas, del sexismo y de la cultura del honor en la aceptación de los mitos sobre la violación", Revista de Psicología Social, 2014 Publicación	<1 %
69	congresopsicologiacolombia.com Fuente de Internet	<1 %
70	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
71	ijpsy.com Fuente de Internet	<1 %

72	www.psyconet.es Fuente de Internet	<1 %
73	Mauro Julio Mera-Posligua, Karina Arredondo-Aldana, Jhon Alexander Ponce-Alencastro. "Trastorno de ansiedad generalizada abordado desde la terapia de aceptación y compromiso: caso clínico", Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR, 2021 Publicación	<1 %
74	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
75	dspace.esPOCH.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
76	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
77	moam.info Fuente de Internet	<1 %
78	ojs.ciipme-conicet.gov.ar Fuente de Internet	<1 %
79	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
80	repositorio.esge.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
81	repositorio.pucesa.edu.ec	

	Fuente de Internet	<1 %
82	repositorio.uax.es Fuente de Internet	<1 %
83	repositorio.unajma.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
84	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
85	repositorio.unibague.edu.co Fuente de Internet	<1 %
86	repositorio.utp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
87	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
88	www.investigacion.biblioteca.uvigo.es Fuente de Internet	<1 %
89	"Identificación de interacciones metabólicas clave en consorcios de microbioma mediante la delección de especies", Pontificia Universidad Católica de Chile, 2019 Publicación	<1 %
90	Submitted to Aliat Universidades Trabajo del estudiante	<1 %
91	M. Busico, A. das Neves, F. Carini, M. Pedace et al. "Programa de seguimiento al alta de la	<1 %

unidad de cuidados intensivos", Medicina Intensiva, 2019

Publicación

92	copdfs.co Fuente de Internet	<1 %
93	dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
94	eprints.usm.my Fuente de Internet	<1 %
95	pt.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
96	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
97	repositorio.umch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
98	repositorio.une.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
99	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
100	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
101	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
102	repository.usta.edu.co Fuente de Internet	<1 %

103	revistas.ulcb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
104	risti.xyz Fuente de Internet	<1 %
105	s07cfbd77d2f7f654.jimcontent.com Fuente de Internet	<1 %
106	www.coloquio.ftsych.uanl.mx Fuente de Internet	<1 %
107	www.fsalazar.bizland.com Fuente de Internet	<1 %
108	www.old.psicothema.com Fuente de Internet	<1 %
109	www.revistaclinicacontemporanea.org Fuente de Internet	<1 %
110	Rosa Romero-Moreno, María Márquez-González, Andrés Losada, Virginia Fernández-Fernández, Celia Nogales-González. "Rumiación y fusión cognitiva en el cuidado familiar de personas con demencia", Revista Española de Geriátría y Gerontología, 2015 Publicación	<1 %

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias Apagado

DEDICATORIA

A Dios.

A mis padres, por su ayuda y comprensión.

A mi hermana, por su amor y compañía.

A mi tía Aura Luz, porque sin ella este logro no sería posible.

A todas las personas que día a día luchan con un problema de salud mental. Estamos aquí para ustedes.

AGRADECIMIENTOS

Deseo mostrar todo mi agradecimiento a mis padres por brindarme su apoyo constante, su paciencia inagotable, su orientación y su apoyo incondicional. También, agradezco a mi hermana, quien ha sido mi fiel compañera a lo largo de mi vida. Además, mi más profundo agradecimiento a mi tía Aura Luz, por permitirme lograr un desarrollo profesional y abrirme las puertas de un futuro lleno de objetivos por cumplir.

También, agradezco a la casa de estudios por la educación brindada en estos años de preparación académica y al asesor, Mag. Sandro Urco, por sus conocimientos y por el tiempo brindado para que pudiera completar esta investigación. Finalmente, agradezco a Tatiana Cárdenas, directora de la sede de prácticas preprofesionales, por la dedicación brindada para mejorar mi formación, por su asesoría durante este tiempo lleno de aprendizajes y por su amabilidad y apoyo para completar mi camino profesional.

RESUMEN

Con el tiempo, la depresión se ha consolidado como un gran problema en la población, debido a que, cada año, muchas personas se encuentran incapacitadas para vivir una vida plena; esta problemática genera la exigencia de investigar los factores que pueden estar involucrados con los síntomas depresivos a nivel emocional, conductual y cognitivo. Por tanto, el presente estudio tuvo como finalidad identificar la relación entre la fusión cognitiva y los síntomas depresivos en pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa.

La muestra comprendió a 150 personas que cumplieron los criterios de inclusión (66.7 % mujeres y 33.3 % hombres) de edades situadas entre los 18 y los 58 años; para el recojo de datos se usaron dos herramientas: el Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II); además el diseño metodológico utilizado fue el no experimental de corte transversal.

Tras el procesamiento estadístico se obtuvieron resultados que mostraron una alta y positiva correlación entre la fusión cognitiva y los síntomas de depresión ($r=0.786$); además la fusión cognitiva tuvo una alta correlación positiva con los síntomas cognitivos ($r=0.739$), emocionales ($r=0.717$) y conductuales ($r=0.663$) de este trastorno. También, se encontró que el promedio de fusión cognitiva de los participantes era de 32.68 (fusión clínica) y el promedio de síntomas depresivos era de 25.43 (depresión moderada); con base en estos hallazgos, se recomendó ampliar las respectivas investigaciones sobre estas variables y considerar el concepto de fusión en la comprensión y en el abordaje de la depresión.

Palabras claves: depresión, fusión cognitiva, síntomas depresivos, síntomas conductuales, síntomas cognitivos, síntomas conductuales, pacientes psicológicos.

ABSTRACT

Over time, depression has become a common problem in the population causing many people each year to become unable to live a full life, costing the world large amounts of money and putting people's lives at risk. This problem generates the need to investigate the possible contributing factors that may be implicated in the symptoms of depression at the cognitive, emotional, and behavioral levels.

The primary purpose in this research was to identify what type of relationship there is between depressive symptoms and cognitive fusion in patients of a private psychological center in Arequipa.

The study sample included 150 people who fulfilled the inclusion criteria (66.7% women and 33.3% men) between the ages of 18 and 58 years. Two instruments were used for data collection, the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). The methodological design used was non-experimental cross-sectional correlational.

After statistical processing, results were obtained that revealed a high and positive correlation between cognitive fusion and depressive symptoms ($r=0.786$), and cognitive fusion has a high positive correlation with cognitive ($r=0.739$), emotional ($r=0.717$) and behavioral ($r=0.663$) symptoms of depression. In addition, the mean cognitive fusion of the participants is 32.68 (clinical fusion) and the mean depressive symptoms is 25.43 (moderate depression). According to these findings, further research on these variables is recommended, as well as the consideration of techniques that decrease cognitive fusion as part of the approach to depression.

Keywords: depression, cognitive fusion, depressive symptoms, behavioral symptoms, cognitive symptoms, emotional symptoms, psychological patients.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Agradecimientos.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
INTRODUCCIÓN.....	21
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	24
1.1 Planteamiento del Problema	24
1.2 Formulación del Problema	28
1.2.1 Problema General	28
1.2.2 Problemas Específicos.....	28
1.3 Objetivos.....	29
1.3.1 Objetivo General.....	29
1.3.2 Objetivos Específicos	29
1.4 Justificación e Importancia.....	29
1.4.1 Justificación Teórica.....	29
1.4.2 Justificación Metodológica.....	30
1.4.3 Justificación Práctica	31
1.5 Hipótesis y Descripción de Variables.....	31
1.5.1 Hipótesis General	31
1.5.2 Hipótesis Específicas.....	31
1.5.3 Descripción de Variables.....	32
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	34
2.1 Antecedentes del Problema	34
2.1.1 Investigaciones Nacionales	34
2.1.2 Investigaciones Internacionales.....	34
2.2 Bases Teóricas	38
2.2.1 Depresión.....	38

2.2.2 Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck.....	40
2.2.3 Abordaje de la Depresión	42
2.2.4 Fusión Cognitiva	46
2.3 Teoría de los Marcos Relacionales.....	49
CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....	52
3.1 Método, Tipo y Nivel de la Investigación.....	52
3.1.1 Método de Investigación	52
3.1.2 Tipo de Investigación	52
3.1.3 Nivel de Investigación.....	52
3.2 Diseño de la Investigación.....	53
3.3 Población y Muestra.....	53
3.3.1 Población	53
3.3.2 Muestra	54
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	55
3.4.1 Cognitive Fusión Questionnaire (CFQ).....	55
3.4.2 Beck’s Depression Inventory (BDI-II).....	57
3.5 Procedimiento de Recolección de Datos	58
3.5.1 Aspectos Éticos	58
3.6 Análisis del Procesamiento de Datos	59
CAPÍTULO IV RESULTADOS	60
4.1 Descripción de Resultados	60
4.2 Contraste de Hipótesis.....	62
CAPÍTULO V DISCUSIÓN	67
CONCLUSIONES.....	72
RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS	75
ANEXOS.....	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	33
Tabla 2 Distribución de la edad de la muestra.....	55
Tabla 3 Distribución del sexo de la muestra.....	55
Tabla 4 Descripción de la variable de fusión cognitiva.....	60
Tabla 5 Descripción de la variable de síntomas depresivos	61
Tabla 6 Estadísticos de frecuencia según las categorías de fusión cognitiva	61
Tabla 7 Estadísticos de frecuencia según las categorías de depresión.....	62
Tabla 8 Prueba de Kolmogorov-Smirnov para los síntomas depresivos y fusión cognitiva ...	62
Tabla 9 Correlación entre la fusión cognitiva y los síntomas depresivos.....	63
Tabla 10 Correlación entre la fusión cognitiva y los síntomas emocionales de la depresión..	64
Tabla 11 Correlación entre fusión y síntomas cognitivos de la depresión	65
Tabla 12 Correlación entre la fusión cognitiva y los síntomas conductuales de la depresión.	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Relación entre pensamientos, conductas y emociones	43
Figura 2 Procesos que componen la flexibilidad psicológica	48
Figura 3 Representación gráfica del diseño de investigación	53

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Autorización de la Institución	80
Anexo 2. Aprobación del Comité de Ética	81
Anexo 3. Consentimiento Informado.....	82
Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....	83
Anexo 5. Cuestionario de Fusión Cognitiva	86
Anexo 6. Matriz de Consistencia	87

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el mundo está recuperándose de una crisis sanitaria mientras atraviesa una gran variedad de crisis políticas y económicas (Georgieva, 2022); de igual manera, Perú se enfrenta, día a día, a crisis de diversa índole, las cuales hacen peligrar la salud mental de los ciudadanos que intentan hacer frente a la inestabilidad constante en la que viven (Nizama, 2023). El interés por mejorar la salud mental se ha visto en el país, gracias a diversos estudios que han dado información sobre las dificultades de este tema (Nizama, 2023); es el caso de las cifras halladas desde la pandemia de la COVID-19 por el Ministerio de Salud (MINSA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi [INSM], 2020). Estas indicaron que siete de cada diez peruanos presentan sintomatología relacionada con enfermedades de carácter mental, siendo las más frecuentes la ansiedad y la depresión.

La depresión es una de las condiciones psicológicas más recurrentes en la sociedad y constituye una de las primordiales causantes de discapacidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021); por lo tanto, no se puede tomar a la ligera una problemática como esta ni dejar de buscar información que ayude a disminuir las cifras de incidencia.

Una de las formas en la que se expresa la depresión es por medio del pensamiento; así la triada cognitiva de la depresión, presentada por Beck et al. (2010), detalló la alteración del pensamiento, al interpretarse a sí misma de forma negativa al mundo y al futuro. Sin embargo, la terapia de aceptación y compromiso estudió un concepto conocido como fusión cognitiva, que hace referencia a la tendencia de otorgarle mayor valor del necesario a los pensamientos y que planteó la alternativa de intervención centrada en disminuir la importancia dada al contenido mental y mejorar la relación de sí mismo con sus pensamientos, es decir, dejar de creer que estos son una realidad (Hayes et al., 2015).

Aunque la depresión es un término conocido y ha sido estudiada a través de los años, aún hay aspectos que pueden investigarse con mayor profundidad desde distintos enfoques, para poder comprender más a fondo los síntomas depresivos y servir de fundamento para el planteamiento de intervenciones eficaces basadas en evidencia científica, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población. De este modo, el presente trabajo pretendía determinar la relación entre la sintomatología depresiva y la fusión cognitiva en pacientes de un centro psicológico privado, para aportar información relevante que pudiera ayudar a profesionales de la salud mental, a la ciudadanía en general y a futuras investigaciones. Al profundizar en esta relación entre los síntomas depresivos y la fusión cognitiva, se esperó proporcionar una imagen más amplia y precisa de la depresión, así como contribuir al desarrollo de enfoques terapéuticos más efectivos y personalizados. Los hallazgos de esta investigación podrían tener implicaciones significativas en el ámbito de la salud mental, sentando una base sólida para futuros estudios y mejorando la comprensión global de la depresión

Asimismo, se utilizó un diseño de investigación no experimental correlacional de corte transversal y los instrumentos empleados para la recolección de datos fueron el Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Los resultados encontrados permitieron dar a conocer una nueva comprensión de la depresión, en relación con la fusión cognitiva y desde el enfoque de la terapia de aceptación y compromiso, para que diversos profesionales pudieran conocer acerca de este concepto y observen los síntomas depresivos desde esta propuesta, para brindar la posibilidad de futuras investigaciones.

El alcance principal de este estudio fue correlacional, al pretender identificar y describir la relación entre la fusión cognitiva y los síntomas depresivos en pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa. Por otro lado, las limitaciones halladas se vincularon con la falta de estudios previos a nivel local y que la población se encuentra reducida a un centro

psicológico privado y no fue posible tener en cuenta la población completa de centros de salud mental de Arequipa.

Esta investigación comprendió cuatro capítulos. En el primero de ellos se presentó el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación, la hipótesis y la descripción de las variables. Asimismo, en el segundo capítulo se recopiló todo el contenido teórico necesario para respaldar este estudio, al igual que los antecedentes a nivel nacional e internacional. Por su parte, en el tercer capítulo se planteó la descripción de la metodología utilizada, la cual delimitó el diseño y la realización de la investigación. Mientras que en el cuarto capítulo se expusieron los resultados encontrados luego del análisis y del procesamiento de los datos recolectados; de igual manera, se mostró la discusión y las conclusiones. Finalmente, en el apartado de anexos, se añadieron los documentos relevantes que permitieron el desarrollo de esta investigación como, por ejemplo, las autorizaciones pertinentes y los instrumentos utilizados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 Planteamiento del Problema

La humanidad sufre actualmente los estragos de una crisis sanitaria mundial que ha resultado en la pérdida de innumerables vidas y en numerosos casos de secuelas, debido a la COVID-19. Las medidas sanitarias producto de este virus fueron el confinamiento y el aislamiento social, lo que causó una gran crisis de adaptación para la población general. Asimismo, el poco contacto con los seres queridos, la inestabilidad económica y laboral y la imposibilidad de salir de casa de forma segura originaron un efecto importante en la salud psicológica de las personas con y sin antecedentes médicos (Frances, 2020). Debido a esto, la salud mental se ha vuelto un tema de suma relevancia dentro del campo de la investigación.

La OMS (2020) definió la salud como un estado de bienestar total a nivel social, físico y mental y no como la ausencia de enfermedad; por lo tanto, se puede decir que una buena salud mental permite que el ser humano se desempeñe de manera óptima. Uno de los más importantes inconvenientes de salud mental, que ha recibido gran atención a través del tiempo, es la depresión, que es una afección bastante común y que, año tras año, aumenta sus cifras en los diversos estudios epidemiológicos. Se puede decir que alrededor de 280 millones de habitantes padecen de este trastorno en todo el mundo y que es considerada como una de las principales fuentes de discapacidad; en este sentido, es posible estimar que un 3.8 % de la población sufre dicha enfermedad (OMS, 2021).

Los trastornos del estado de ánimo, entre los que se encuentra la depresión, se relacionan con perturbaciones patológicas de la afectividad, lo que abarca todos los problemas en los que la característica principal es una alteración del humor (Ortiz, 2019). La depresión, por su parte, hace referencia a una tristeza patológica, es decir, hay una alteración en la

intensidad, la duración y la relación con un estímulo externo, lo que ocasiona grandes inconvenientes y afecta la funcionalidad de la persona, puesto que dificulta su capacidad para desempeñarse en su área personal, social y laboral, algo que le cuesta a la esfera económica mundial un billón de dólares anuales (OMS, 2016).

Asimismo, una condición preocupante asociada con la depresión es el comportamiento suicida, que incluye también la ideación o planificación; en este sentido, es importante tener en cuenta que los trastornos psiquiátricos representan un factor de riesgo que pueden incrementar, hasta diez veces, la tendencia a este comportamiento (Llamoza et al., 2022). De esta manera, se estimó que unas 700 000 personas atentan contra su vida anualmente a nivel mundial (OMS, 2021) y en el Perú, se considera que el 80 % de los casos de suicidios se asocian con la depresión severa (Ministerio de Salud [MINSA], 2022), por lo que hay una necesidad de disminuir el grado de síntomas depresivos en la población.

En ese contexto, en el país hay altos índices de depresión y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi reportó una incidencia anual de 15.6 % de depresión en hospitales regionales (INSM, 2019). Cuando inició la pandemia de la COVID-19 y, por tanto, el confinamiento social, se estimó que siete de cada diez peruanos presentaban sintomatología relacionada con problemáticas de salud mental, siendo los más usuales la depresión y ansiedad (INSM, 2020). Sin embargo, a través del tiempo, las cifras se han incrementado y, por tanto, se sumaron 313 455 casos de depresión durante el 2021 (MINSA, 2022) y se sabe que los síntomas depresivos son una de las consecuencias más comunes producto del confinamiento y de la crisis sanitaria (Huarcaya-Victoria, 2020), debido al cambio drástico de estilo de vida para la humanidad.

Frente a ello, una de las metas fundamentales de la investigación en psicología es mejorar, de manera continua, los aportes teóricos de las afecciones de la salud mental y, en especial, de la depresión, debido al gran número de personas que son incapaces de llevar una

vida saludable. De igual manera, surgió la necesidad de abordar enfoques innovadores, que se adaptaran a la actualidad y más que nada, teniendo en cuenta que el peruano promedio gasta entre S/ 59.00 y S/ 692.00 en medicamentos antidepresivos (Llamoza et al., 2022), por lo que ampliar el conocimiento acerca de los síntomas depresivos es importante a fin de garantizar una mejora en la calidad de vida de ciertos ciudadanos que no disponen de los recursos económicos necesarios para optar por un tratamiento farmacológico.

Por otro lado, se encontró que Arequipa es la ciudad con mayor índice anual de problemas de salud mental (48.6 %), entre los que destacaron los trastornos depresivos en general, con una prevalencia anual de 45.4 %, (INSM, 2019). De igual forma, Arequipa fue la ciudad con mayor índice de suicidios desde enero hasta abril de 2022, dado que sumó 31 suicidios en cuatro meses y superó a Lima (Cruz, 2022); por lo que este se convirtió en un tema relevante para las autoridades, que decidieron implementar acciones con el propósito de mejorar el bienestar creando de nuevos centros de salud mental, promoviendo información para la prevención del suicidio y restringiendo las zonas peligrosas en las que se realizaban dichas prácticas (Gobierno Regional de Arequipa, 2022).

La depresión es un problema que está en constante estudio, debido a la necesidad de comprenderla y abordarla; sin embargo, no ha sido investigada lo suficiente en la realidad local, por lo que urge encontrar aportes que ayuden a la población como, por ejemplo, una alternativa a la terapia farmacológica, debido a que los días de trabajo de una persona que percibe un sueldo de S/ 930.00 (sueldo mínimo del 2021) para poder pagar un tratamiento con antidepresivos son mayores de los que debería realizar para tener acceso a los medicamentos de otras dolencias (Llamoza et al., 2022).

Además, lamentablemente, los centros psicológicos privados de la ciudad no cuentan con estudios científicos que puedan evaluar la prevalencia de los síntomas en casos de depresión. Es así como el centro psicológico privado elegido para este estudio tuvo que indagar

la cualidad de los síntomas depresivos de su población, que afectaran su desempeño profesional y fue necesario considerar opciones actualizadas y específicas que se adaptaran a las necesidades del paciente. Por otro lado, el número de casos de depresión en esta institución derivó en un interés por conocer nuevos aportes teóricos que relacionaran los síntomas del trastorno con la fusión cognitiva, concepto utilizado en la terapia de aceptación y compromiso y en dicha entidad.

La terapia de aceptación y compromiso (conocida como ACT por sus siglas en inglés) es una terapia contextual, variación de la terapia cognitivo conductual, que ganó reconocimiento gracias a los diversos estudios publicados que avalaron su eficacia de forma empírica y que generaron un sustento científico de sus teorías y métodos (Luciano et al., 2006). Es así como surgió la interrogante sobre la relación que tenían los conceptos presentes en dicho enfoque con los síntomas depresivos, para comprenderlos y mejorarlos.

Los principales síntomas relacionados con la depresión se ubican en siete esferas: afectividad, contenido del pensamiento, lenguaje, curso del pensamiento, conducta, motricidad y síntomas físicos (Jarne et al., 2006); en este sentido, se puede decir que este trastorno se manifiesta y evidencia a través de los pensamientos, los cuales son expresados en función del lenguaje aprendido y utilizado cotidianamente. Sin embargo, estos, muchas veces, no se presentan como tal, es decir, en vez de pensamientos, se convierten en su contenido; así, se puede decir que las personas tienen una conciencia más clara del mundo debido a las ideas sobre los hechos, que por los hechos mismos (Twohig y Hayes, 2019).

En ocasiones, los humanos no perciben los pensamientos como lo que son, sino como hechos reales o sentencias dictaminadas, es así que la terapia de aceptación y compromiso describe el concepto de fusión cognitiva como la literalidad de pensamiento, es decir, el otorgarle gran valor al contenido de estos, lo que los convierte en una realidad (Hayes et al.,

2015). Así, la fusión cognitiva podría estar relacionada con los síntomas depresivos, debido a su componente cognitivo.

Por lo tanto, surgió la necesidad de analizar en qué medida la fusión cognitiva se relacionaba con los síntomas depresivos, con el propósito de aportar datos que sirvieran de base para el conocimiento de los especialistas de la salud mental acerca de la depresión. Asimismo, se pretendió integrar el concepto de fusión cognitiva, inherente a la terapia de aceptación y compromiso, con los casos que presentaran síntomas depresivos independientemente del enfoque psicológico utilizado por el profesional. Finalmente, es necesario recalcar la necesidad del centro psicológico privado elegido, de conocer los niveles de síntomas depresivos y de fusión cognitiva para adaptarse a la información brindada y otorgar un óptimo servicio.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre la fusión cognitiva y los síntomas depresivos en pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa en el 2023?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la fusión cognitiva y los síntomas emocionales de la depresión en pacientes de un centro psicológico de Arequipa en el 2023?
- ¿Cuál es la relación entre la fusión cognitiva y los síntomas cognitivos de la depresión en pacientes de un centro psicológico de Arequipa en el 2023?
- ¿Cuál es la relación entre la fusión cognitiva y síntomas conductuales de la depresión en pacientes de un centro psicológico de Arequipa en el 2023?
- ¿Cuáles son los niveles de fusión cognitiva de los pacientes con síntomas depresivos de un centro psicológico de Arequipa en el 2023?

- ¿Cuáles son los niveles de síntomas depresivos de los pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa en el 2023?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Identificar la relación entre fusión cognitiva y síntomas depresivos en pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa en el 2023.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la relación entre la fusión cognitiva y los síntomas emocionales de la depresión en pacientes de un centro psicológico de Arequipa en el 2023.
- Identificar la relación entre la fusión cognitiva y los síntomas cognitivos de la depresión en pacientes de un centro psicológico de Arequipa en el 2023.
- Identificar la relación entre la fusión cognitiva y los síntomas conductuales en pacientes de un centro psicológico de Arequipa en el 2023.
- Identificar los niveles de fusión cognitiva de los pacientes con síntomas depresivos de un centro psicológico de Arequipa en el 2023.
- Identificar los niveles de síntomas depresivos de los pacientes de un centro psicológico de Arequipa en el 2023.

1.4 Justificación e Importancia

1.4.1 Justificación Teórica

Esta investigación tuvo como finalidad conocer la relación entre los síntomas depresivos y la fusión cognitiva para comprender a la depresión y a sus síntomas desde un concepto utilizado por la terapia de aceptación y compromiso. Además, se pretendió encontrar

la evidencia empírica que pudiera aportar conocimiento acerca de los síntomas depresivos y su dimensión cognitiva, al proponer una alternativa para entender los pensamientos negativos de la depresión no desde su contenido, sino desde la relación del paciente con sus propios pensamientos.

Asimismo, se buscaba brindar aportes teóricos para promover futuras investigaciones acerca del conocimiento de los síntomas depresivos y su abordaje con base en el concepto de fusión cognitiva, independientemente del enfoque de psicoterapia que usara el profesional de la salud. De esta manera, sería posible observar a la depresión no como una enfermedad con una intervención preestablecida, sino como un conjunto de síntomas que pueden concebirse desde el concepto de fusión cognitiva, obtenido por medio de la terapia de aceptación y compromiso, introducida por Hayes, Strosahl y Wilson (1999).

1.4.2 Justificación metodológica

Para lograr el objetivo principal de este estudio se utilizaron dos instrumentos, que cumplieron con los estándares de confiabilidad y validez. En primer lugar, el Inventario de Depresión de Beck-BDI-II (Beck et al., 2006) permitió detectar los niveles de depresión y, a su vez, analizar las cualidades de la sintomatología del paciente, además de conocer en qué áreas es más importante intervenir; por su parte, el Cuestionario de Fusión Cognitiva-CFQ (Grillanders et al., 2014) permitió conocer en qué grado la persona le otorgaba mayor valor del necesario a sus rumiaciones mentales, al creer, a ciencia cierta, lo que sus pensamientos le decían. La finalidad metodológica de esta investigación era utilizar instrumentos que contaran con óptimos niveles de confiabilidad y validez en el contexto peruano y que brindaran una recolección sólida de datos, con el fin de permitir, en posteriores investigaciones, replicar la metodología utilizada en este estudio.

1.4.3 Justificación práctica

Se observó la necesidad de analizar los síntomas depresivos del centro psicológico privado evaluado y su relación con la fusión cognitiva, con el fin de que dicha institución pudiera adaptar su trabajo a los hallazgos obtenidos en el presente trabajo. De igual manera, los aportes teóricos que brindó esta investigación permitirán a los diversos profesionales e instituciones del país comprender la depresión desde un nuevo enfoque y desarrollar las contribuciones necesarias centradas en reducir los niveles de los síntomas en la población.

1.5 Hipótesis y Descripción de Variables

1.5.1 Hipótesis general

H_i. Existe una relación significativa entre la fusión cognitiva y los síntomas depresivos en pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa en el 2023.

H₀. No existe una relación significativa entre la fusión cognitiva y los síntomas depresivos en pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa en el 2023.

1.5.2 Hipótesis específicas

H₁. Existe una relación significativa entre la fusión cognitiva y los síntomas emocionales de la depresión en pacientes de un centro psicológico de Arequipa en el 2023.

H₀. No existe una relación significativa entre la fusión cognitiva y los síntomas emocionales de la depresión en pacientes de un centro psicológico de Arequipa en el 2023.

H₂. Existe una relación significativa entre la fusión cognitiva y síntomas cognitivos de la depresión en pacientes de un centro psicológico de Arequipa en el 2023.

H₀. No existe una relación significativa entre la fusión y los síntomas cognitivos de la depresión en pacientes de un centro psicológico de Arequipa en el 2023.

H₃. Existe una relación significativa entre la fusión cognitiva y los síntomas conductuales de la depresión en pacientes de un centro psicológico de Arequipa en el 2023.

H₀. No existe una relación significativa entre la fusión cognitiva y los síntomas conductuales de la depresión en pacientes de un centro psicológico de Arequipa en el 2023.

H₄. Los pacientes con síntomas depresivos de un centro psicológico de Arequipa presentan un nivel clínico de fusión cognitiva.

H₀. Los pacientes con síntomas depresivos de un centro psicológico de Arequipa no presentan un nivel clínico de fusión cognitiva.

H₅. Los pacientes con depresión de un centro psicológico de Arequipa presentan un nivel alto de síntomas depresivos.

H₀. Los pacientes con depresión de un centro psicológico de Arequipa no presentan un nivel alto de síntomas depresivos.

1.5.3 Descripción de variables

En la tabla 1 se observan las variables estudiadas en el presente estudio y se incluyó la definición conceptual y operacional.

Tabla 1*Operacionalización de variables*

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles	Instrumento
Síntomas depresivos	Según la OMS (2021), son los síntomas que expresa la depresión e incluyen sentimientos de melancolía, disminución de interés, culpa, falta de autoestima, alteraciones en el sueño o la alimentación, dificultad para concentrarse, letargo y fatiga.	La variable se midió a través de puntuaciones calificadas del BDI-II.	Síntomas emocionales Síntomas cognitivos Síntomas conductuales	Tristeza, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, pérdida de interés, irritabilidad y pérdida de interés en el sexo. Pesimismo, disconformidad consigo mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, indecisión, desvalorización y dificultad de concentración. Llanto, agitación, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, cambios en el apetito y cansancio o fatiga.	1, 3, 4, 5, 6, 12, 17 y 21 2, 7, 8, 9, 13, 14 y 19 10, 11, 15, 16, 18 y 20	No depresión (0-9) Depresión leve (10-18) Depresión moderada (19-29) Depresión grave (>30)	BDI-II
Fusión cognitiva	La fusión cognitiva es la predisposición para permitir que el pensamiento predomine frente a otras fuentes de regulación de la conducta, dado que se le concede más atención al proceso que al producto, es decir, se trata a los pensamientos como si fueran lo que dicen ser (Hayes, 2013).	La variable se midió a través de puntuaciones calificadas del CFQ.	Unidimensional	Angustia causada por los pensamientos, no actuar como se quisiera por estar enganchado a los pensamientos, analizar demasiado los eventos, enojo hacia sí mismo por ciertos pensamientos, enredarse con los pensamientos y dificultad para dejar pasar pensamientos molestos.	1, 2, 3, 4, 5, 6, y 7	Fusión no clínica: <29 Fusión clínica: >29	CFQ

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Problema

2.1.1 *Investigaciones nacionales*

En el Perú, la fusión cognitiva es un tema que ha sido poco estudiado, por lo que los aportes teóricos aún están en crecimiento; sin embargo, existe una investigación crucial para el desarrollo de este estudio, que sirvió como base de comparación de los resultados encontrados. En este sentido, Novoa (2019) desarrolló una investigación sobre la relación entre la sintomatología depresiva y la fusión cognitiva en alumnos de una universidad de Lima Metropolitana; la muestra constó de 229 estudiantes de los tres primeros ciclos académicos, estos fueron 95 hombres (41.5 %) y 134 mujeres (58.5 %) en edades entre 16 y 26 años, que se evaluaron con el CFQ y el BDI-II.

En esta, se obtuvo una correlación positiva y altamente significativa entre las dos variables y se hallaron diferencias importantes en los síntomas depresivos con base en el sexo de la muestra. De estos resultados se concluyó que la fusión cognitiva tenía una relación importante con la sintomatología depresiva en una población estudiantil y que las mujeres tuvieron un índice mayor que los hombres. Finalmente, luego de revisar repositorios y las bases de datos de las investigaciones, no se encontró un mayor número de estudios relevantes realizados a nivel nacional o local.

2.1.2 *Investigaciones Internacionales*

La fusión cognitiva y los síntomas depresivos son variables mayormente estudiadas a nivel internacional; diversos investigadores analizaron cómo se relacionan estas variables y si hay otros factores implicados en ellas; sin embargo, al no encontrar investigaciones

internacionales que contaran con los mismos instrumentos utilizados en este estudio, se consideraron antecedentes relevantes teniendo en cuenta las variables estudiadas, pero no los instrumentos aplicados.

Por su parte, Carvalho et al. (2019) realizaron una investigación sobre la relación de la fusión cognitiva y los síntomas depresivos en mujeres con dolor crónico. Para esto, desarrollaron un estudio longitudinal a lo largo de 12 meses con una muestra de 86 mujeres, con una edad promedio de 50.73 años. Para recolectar los datos utilizaron instrumentos como el CFQ, para medir la fusión cognitiva y Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) para medir la depresión. Los hallazgos obtenidos evidenciaron que la fusión cognitiva predijo significativamente el crecimiento de los niveles de los síntomas depresivos, lo que sugirió que la trayectoria de los síntomas en mujeres con dolor crónico no lo establecía la intensidad del dolor, sino la fusión cognitiva, es decir, la tendencia a engancharse con las experiencias internas. En conclusión, la fusión cognitiva cumplía un rol importante en la predicción de los síntomas depresivos y los autores recomendaron tomar en cuenta esta variable en el análisis, la evaluación, la interpretación y la intervención de la depresión.

Por otro lado, un estudio realizado por Pinto-Gouveia et al. (2018) sobre la fusión cognitiva y otros procesos psicológicos relacionados con la depresión, la ansiedad y el estrés tuvo como objetivo conocer la validez convergente con diversos indicadores psicológicos en una muestra de 408 personas: 123 hombres y 285 mujeres con una edad promedio de 25.19 años. Los datos obtenidos revelaron que la fusión cognitiva mantuvo un poder predictivo sobre los síntomas depresivos, aun cuando se estuvieran controlando otros procesos involucrados; los hallazgos sugirieron que la fusión cognitiva se relaciona con los síntomas depresivos, por lo que cumple una función relevante en la comprensión de estos.

En cuanto a Costa et al. (2018), estos investigaron la relación entre rumiación, fusión cognitiva y *mindfulness* con el afecto negativo, es decir, el estado afectivo en el que se

presentan los estados emocionales aversivos y los síntomas depresivos. Para esto se utilizó una muestra de 140 participantes (70 con trastorno depresivo mayor [57 mujeres] y 70 personas sin diagnóstico previo de depresión [44 mujeres]). Además, para recolectar la información se usó el CFQ, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-42), la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), la Escala de Respuestas Rumiativas y el Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ). Los investigadores hallaron una alta relación entre la fusión cognitiva y la depresión y se añadieron las variables de rumiación y afecto negativo, que aportaron datos interesantes, como los hallazgos que indicaron que la fusión cognitiva era el único mediador en la relación entre afecto negativo y depresión. Los afectos negativos por sí solos no se relacionan con los síntomas depresivos, sino que es la acción vinculante (fusión cognitiva), lo que desarrolla síntomas depresivos; asimismo se encontraron resultados que parecían indicar que la fusión cognitiva era la responsable de que la rumiación se mantuviera y de la evitación de comportamientos funcionales, principales síntomas cognitivos y conductuales de la depresión. Finalmente, se concluyó que una fusión cognitiva alta se relacionaba con altos niveles de síntomas depresivos.

Por su lado, Dinis et al. (2015) realizaron un trabajo sobre el rol de la evitación experiencial y la fusión cognitiva en la relación entre los recuerdos que producen vergüenza (con los cuidadores y recuerdos traumáticos con otros) y la depresión. Para esto se empleó una muestra de 181 sujetos de la población general, 66 hombres y 115 mujeres, con un promedio de edad de 32 años en hombres y 35 años en mujeres. Asimismo, los instrumentos que utilizaron fueron el Shame experiences Scale, Impact of Event Scale-Revised (IES-R), Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), el CFQ y la DASS-42. En esta investigación se recaudaron datos que evidenciaron una correlación alta y positiva entre la fusión cognitiva y los síntomas depresivos; además se mostró cómo los recuerdos que provocan vergüenza impactan en los síntomas de depresión, dado que estos no son prevalentes, sino que

es el vínculo con experiencias internas dolorosas (fusión cognitiva) y el intento de controlarlas (evitación experiencial), lo que generaría un efecto en la depresión. Estas memorias, incluso las que tienen contenido traumático, no impactan por sí mismas en los síntomas depresivos, sino que el proceso de fusión cognitiva es lo que causa un impacto. En conclusión, los autores recalcaron el importante papel de la fusión cognitiva al relacionarse con los síntomas depresivos y añadieron la gran importancia de planear una intervención enfocada en la fusión, para lidiar con este tipo de recuerdos en quienes padecen síntomas depresivos.

En cuanto a Grillanders et al. (2014), estos realizaron una investigación para desarrollar el CFQ; sin embargo, dentro de este estudio se analizó la relación entre la fusión cognitiva y los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Para esto, se seleccionaron siete muestras de 592, 447, 242, 215, 133, 26 y 219 personas, respectivamente. Los instrumentos utilizados fueron el CFQ, BDI-II, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Centre for Epidemiological Study of Depression Scale (CESD), Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE-OM), The Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R), General Health Questionnaire (GHQ-12), Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4), Maslach Burnout Inventory (MBI) y Warr-Daniels Affective Wellbeing Scales (WDAS & WDDS). Los hallazgos pusieron de manifiesto una alta correlación positiva entre la fusión cognitiva y la depresión y una relación alta y negativa con el bienestar, la calidad de vida y la búsqueda de éxito en las metas de vida. En conclusión, estos autores mostraron que la fusión cognitiva tenía relación con diversos síntomas psicológicos de ansiedad, depresión y estrés, que afectan la salud y calidad de vida y recomendaron tener en cuenta la variable de fusión cognitiva en la comprensión e intervención de los síntomas descritos. Además, este estudio mostró que los participantes de la población general (no pacientes clínicos) puntuaron entre 20 y 24 puntos, mientras que los pacientes clínicos que participaron del estudio tuvieron puntajes superiores a 29, datos que otorgaron una base de comparación para diversas investigaciones, incluyendo este estudio.

Por otro lado, Bardeen y Fergus (2016) desarrollaron una investigación cuyo propósito fue conocer la relación entre la evitación experiencial, la fusión cognitiva y el distrés psicológico (ansiedad, depresión y estrés). La muestra contó con 955 personas (301 hombres y 654 mujeres) con un promedio de 36.1 años. Los instrumentos utilizados fueron el CFQ, para medir fusión cognitiva y DASS-21 para medir depresión, ansiedad y estrés. Los resultados mostraron que la fusión cognitiva tuvo una alta correlación positiva con los síntomas depresivos; además, al involucrar la variable de evitación experiencial, se evidenció que era un factor relacionado con la interacción entre la fusión cognitiva y la depresión. Por ende, se concluyó que, a mayor predisposición de fusionarse con los pensamientos, mayores los síntomas depresivos encontrados en la muestra.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Depresión

De acuerdo con la OMS (2021), la depresión consiste en una condición mental que presenta síntomas como tristeza, culpa, baja autoestima, pérdida de interés, alteraciones del sueño o el apetito, problemas para concentrarse y fatiga y, además, altera, de forma significativa, el desempeño diario de la persona. Este problema suele confundirse, de manera regular, con sentimientos de tristeza o decaimiento; sin embargo, la depresión es una dificultad mayor perjudica gravemente la calidad de vida de la población y que, para diagnosticarse, requiere que la sintomatología esté presente a lo largo de dos semanas, como mínimo, durante la mayor parte del tiempo (National Institute of Mental Health, 2016).

Los indicadores de la depresión son bastante diversos y el Ministerio de Salud del Perú y la Universidad Cayetano Heredia (2005) describieron los siguientes:

Sentirse triste, tenso, ansioso o nervioso, desesperanza y pesimismo, culpa, sensación de inutilidad e impotencia, pérdida de interés en actividades anteriormente placenteras

(incluida la practica sexual), poca energía, fatiga, agotamiento o lentitud, disminución de la concentración, memoria y toma de decisiones, cambios en el sueño y/o apetito, pensamientos o deseos de muerte, intentos de suicidio, inquietud, irritabilidad y síntomas físicos como cefaleas o problemas digestivos, que no responden a tratamientos de salud (p. 7).

Como se observa, los síntomas de la depresión pueden manifestarse de forma variada y en distintas dimensiones, por lo que Ortiz (2019) los agrupó en cinco categorías:

2.2.1.1. Síntomas afectivos y emocionales. Hacen referencia a la disminución del estado de ánimo o tristeza anómala, a la disforia, la anhedonia, la ansiedad, la soledad, el aislamiento, los sentimientos de culpa y fracaso, las ganas de llorar (en algunas personas, incapacidad de llorar o de sentir).

2.2.1.2. Síntomas cognitivos. Aquí se encuentran los problemas de atención, concentración y memoria, que alteran el desempeño diario, manifestándose en quejas de olvidos constantes. En contraparte, aumenta la atención autofocalizada y centrada en estímulos negativos, es decir, las personas deprimidas valoran de forma muy negativa a sí mismos, a los demás, a su entorno y a su futuro. Otra manifestación de los síntomas cognitivos es la dificultad para pensar, la confusión, el quedarse en blanco y la rumiación o preocupación constante.

2.2.1.3. Síntomas conductuales. Se refiere a actividad motora reducida, es decir moverse de forma lenta o evitar moverse en la medida de lo posible, abandonando paulatinamente actividades que antes realizaba.

2.2.1.4. Síntomas motivacionales. Hace referencia a la apatía, el aburrimiento, la indiferencia y la incapacidad de disfrutar actividades o sentir placer; en este sentido, la desmotivación conlleva al abandono de actividades cotidianas y a la incapacidad de tomar decisiones.

2.2.1.5. Síntomas somáticos. Aquí se encuentran todas las dolencias físicas características de la depresión, como dolor de cabeza, dolor muscular y molestias gastrointestinales; también están cambios en el sueño, los cambios en la alimentación, la ausencia de energía y el interés sexual disminuido.

2.2.2 Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck

El modelo cognitivo de la depresión se basó en que el mayor problema de la depresión era la forma en que se procesaba la información, dado que todos los indicios y sintomatología de la depresión son producto de patrones cognitivos negativos (Beck et al., 2010); de igual manera, se planteó que las conductas y emociones de los individuos responden a las percepciones de los eventos y no a los eventos mismos (Beck, 2015). Este modelo presentó tres definiciones particulares: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

2.2.2.1. La tríada cognitiva. Se refiere a los patrones cognitivos que llevan a la persona a tener una percepción negativa de sí mismo, su futuro y sus experiencias (Beck et al., 2010). Beck et al. (2010) describieron el primer elemento de esta tríada, como la percepción negativa de sí mismo, que hace referencia a que la persona se ve torpe, enferma o con poco valor, puesto que cree que, debido a estos defectos, es inútil y que no posee la capacidad de lograr la felicidad.

El segundo componente fue la percepción negativa de su futuro, dado que las personas con depresión tienen una gran dificultad para lograr metas u objetivos, lo que causa desesperanza e ideas de que su sufrimiento continuará de forma indefinida, lo que inevitablemente los lleva a la idea de fracaso anticipado ante cualquier pequeña tarea que quieran realizar; el tercer componente es la percepción negativa de sus vivencias o experiencias, dado que la persona considera que el entorno le exige demasiado y le pone obstáculos que le impiden lograr una meta. Esto último se relaciona con el ambiente en

términos de fracaso y derrota; sin embargo, es posible hacer que la persona reflexione sobre estas ideas y que encuentre interpretaciones distintas, más acordes con la realidad.

2.2.2.2. Esquemas. Los esquemas son la razón por la cual la persona mantiene actitudes contraproducentes que lo llevan al sufrimiento, a pesar de la evidencia de los aspectos positivos en su vida; un esquema es un patrón cognitivo estable, es decir, la persona tiende a conceptualizar situaciones similares de una forma consistente a través del tiempo, por lo tanto, estos patrones cognitivos representan la base de las interpretaciones que realiza acerca de determinadas situaciones (Beck et al., 2010).

En las personas con depresión, la conceptualización de determinados eventos se distorsiona y se ajusta a esquemas inadecuados que surgen, cada vez con más frecuencia, en situaciones que tienen cada vez menos relación entre sí. El procesamiento de información se ve alterado y son incapaces de recurrir a esquemas más funcionales y adaptativos. Así, mientras más grave sea la depresión, más absorto en sus pensamientos negativos se encontrará la persona, lo que dificulta su percepción de estímulos externos o su capacidad de tener actividad mental voluntaria (Beck et al., 2010).

2.2.2.3. Errores en el procesamiento de la información. Las personas que tienen depresión presentan errores en la forma de procesar la información, dado que sostienen una creencia en la veracidad de los conceptos negativos; es decir, se convencen de que lo que creen es cierto sin importar la evidencia que indique lo contrario (Beck et al., 2010). Beck (2015) describió un listado de seis errores en el procesamiento de la información:

- i. Inferencia arbitraria: adelantarse a una determinada conclusión sin hechos que la respalden o contradigan.
- ii. Abstracción selectiva: se refiere a focalizarse en un elemento fuera de contexto, mientras se omiten otros detalles más importantes y al conceptualizar toda la situación, solo con base en esa poca información.

- iii. Generalización excesiva: implicar crear una regla o conclusión, con base en los hechos aislados y al aplicarla a situaciones que se relacionan entre sí y que son completamente distintas.
- iv. Maximización y minimización: valorar de forma errónea la magnitud de un evento, agrandándolo o achicándolo, lo que resulta en una distorsión.
- v. Personalización: cuando la persona atribuye fenómenos externos a sí mismo sin sustento para poder realizarlo.
- vi. Pensamiento absolutista dicotómico: propensión a catalogar todos los acontecimientos en una o dos categorías, que son completamente opuestas.

2.2.3 Abordaje de la depresión

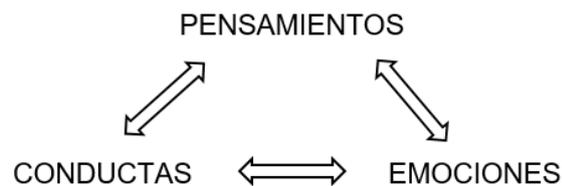
A lo largo de los años, la depresión ha sido materia de investigación de múltiples disciplinas que buscan una mejor comprensión de sus causas y estrategias eficaces de intervención. Los distintos resultados implican terapia farmacológica y terapias psicológicas utilizadas en conjunto, según la magnitud de los síntomas; en el caso de la psicoterapia cognitivo conductual, tiene una relación con la alteración de patrones de reforzamiento conductual y la depresión (Carrasco, 2017). Uno de los abordajes más populares es la terapia cognitiva desarrollada por Aaron Beck, basada en su modelo cognitivo; este es el tratamiento más usado y comparado con la medicación (Pérez, 2007).

2.2.3.1. Terapia cognitiva de Beck. En este caso, Beck et al. (2010) describieron esta terapia como un enfoque proactivo, directivo, sistemático y de tiempo limitado, utilizado para tratar diversas afecciones psiquiátricas, incluida la depresión. Su fundamento fue la suposición de que la manera de comportarse y los estados afectivos del ser humano se determinan, en gran medida, por el modo de organizar y percibir el mundo a su alrededor (Beck, 2015). Estas estructuras se conocen como esquemas y se desarrollaron con base en experiencias previas. Por

ende, se refiere a la interrelación entre los pensamientos, los estados afectivos y la forma de comportarse del ser humano.

Figura 1

Relación entre pensamientos, conductas y emociones



Nota. La figura muestra la relación entre las emociones, conductas y pensamientos. Tomado de *El ABC de la Terapia Cognitiva* (p. 8), por M. Camacho, 2003.

De igual forma, se pudo observar el papel que cumplen los pensamientos dentro de la trayectoria vital de los seres humanos y cómo el componente cognitivo puede influir en la forma en que sienten y actúan. La intervención de esta terapia se enfoca en identificar y en cambiar las distorsiones cognitivas y las creencias erróneas que se generan, para ayudar a la persona a superar dificultades que antes creía inalcanzables por medio del cambio de su percepción por un concepto más realista y adaptativo, lo que a largo plazo reduce los síntomas depresivos (Beck et al., 2010).

Para cumplir su objetivo utiliza técnicas cognitivas enfocadas en enseñar a la persona a manejar sus pensamientos automáticos negativos, reconocer las conexiones entre cognición, estados afectivos y comportamiento, analizar las pruebas a favor y en contra de las distorsiones cognitivas, reemplazar estos pensamientos por inferencias mucho más ajustadas a la realidad y saber distinguir y transformar las falsas convicciones que anteceden a las experiencias distorsionadas (Beck et al., 2010). La meta de esta terapia no es lograr que la persona pueda llegar a una conclusión más realista de un evento con ayuda del terapeuta, sino que pueda interiorizar este análisis lógico de pensamientos para que, ante la aparición de estos, pueda llegar a una percepción más real y adaptativa de una situación.

Además, utiliza técnicas conductuales, que incluyen cuestionarios de actividades semanales, cuestionarios de dominio y agrado y la asignación gradual de tareas (Beck et al., 2010). Su uso resulta relevante para la estructura de las sesiones y para llevar un orden de lo que se necesita trabajar durante el tratamiento; asimismo, la terapia cognitiva es capaz de tener efectos de prevención suicida a largo plazo, debido a que interviene directamente sobre los sentimientos de desesperanza (Beck et al., 2010).

2.2.3.2. Terapia de aceptación y compromiso. La terapia de aceptación y compromiso es una modalidad de terapia cognitivo conductual de tercera generación (Hayes, 2004) que ha evidenciado tener resultados positivos en el tratamiento de la depresión (Luciano y Valdivia, 2006). Bai et al. (2020) indicaron que esta redujo, de forma significativa la depresión, en contraste con el grupo del control; además, se encontró diferencia tres meses después de la intervención durante la etapa de seguimiento.

En la terapia de aceptación y compromiso, la depresión se concibe como un trastorno en el cual se observa la fusión cognitiva, que alude a una identificación excesiva con los pensamientos y emociones negativas. Desde esta perspectiva, la fusión cognitiva en la depresión implica que las personas se aferran y se identifican completamente con sus pensamientos y creencias depresivas, considerándolas como verdades absolutas y perdiendo la perspectiva de que son eventos mentales transitorios. Este enfoque terapéutico pretende que el ser humano desarrolle la capacidad de observar y distanciarse de sus pensamientos, permitiendo una relación más flexible con ellos y disminuyendo así el impacto negativo que pueden tener en su bienestar emocional (Hayes et al., 2015).

La terapia de aceptación y compromiso ofrece una perspectiva diferente acerca de la depresión al observarla como un trastorno de evitación experiencial, centrándose no solo en la disminución de los síntomas depresivos si no que reconoce que la evitación de las experiencias internas dolorosas aumentan la intensidad y duración del sufrimiento; además esta corriente

psicológica se considera una terapia adecuada para abordar los síntomas depresivos desde los componentes de la flexibilidad psicológica (aceptación, momento presente, valores, acción comprometida, yo contexto y defusión cognitiva) que busca desarrollar la capacidad de vivir plenamente el momento presente aceptando las emociones y pensamientos difíciles en lugar de luchar contra ellos (Chavez, 2020).

Mientras que un estudio de Ruiz et al. (2014), cuyo propósito fue analizar la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso en adultos mayores con depresión, describió las tres fases utilizadas en el protocolo diseñado, que fueron, en primer lugar, la detección de direcciones; en segundo lugar, el análisis funcional experiencial, la clarificación de valores y la desesperanza creativa y, en tercer lugar, la clarificación, la toma de conciencia y la defusión cognitiva. Si bien este fue un protocolo diseñado por los autores para su aplicación de forma breve (seis sesiones), los resultados fueron favorables.

Por otro lado, Barco (2021) observa que diversas investigaciones tuvieron como resultados la evidencia de que la terapia de aceptación y compromiso resulta eficaz en el tratamiento de la depresión y el aumento de la flexibilidad psicológica, es decir, desarrolla la capacidad de mostrar apertura a experimentar de manera plena y consciente el momento presente, en especial, tomando distancia de los pensamientos depresivos que generan sufrimiento.

Finalmente, en una exhaustiva revisión de la literatura realizada por Leon-Wong et al., (2022), se encontró evidencia que respalda la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el abordaje de la depresión, siendo una gran alternativa para disminuir su incidencia. Además, los resultados mostraron resultados favorecedores a largo plazo observando que los objetivos alcanzados se mantuvieron en el tiempo mostrando un buen pronóstico desde los 3 meses hasta los 18 meses posteriores a la intervención. Esta investigación respalda a la terapia

de aceptación y compromiso como una intervención efectiva a corto y largo plazo para el manejo y prevención de los síntomas depresivos.

Los pacientes que experimentan síntomas depresivos a menudo tienden a centrarse en sus acontecimientos internos dolorosos, como recuerdos, emociones y preocupaciones, ocupando sus esfuerzos en suprimirlos y eliminarlos para aliviar su malestar; sin embargo, la terapia de aceptación y compromiso ofrece una excelente alternativa, ya que ayuda a mostrar a las personas cómo estos intentos de evitar y controlar sus experiencias internas en realidad aumentan el sufrimiento y les alejan de los aspectos realmente importantes de su vida (Villamizar, 2019). Este enfoque terapéutico ayuda a los pacientes a desarrollar una conciencia plena en lugar de luchar contra sus experiencias difíciles a través de la aceptación y la apertura, empezando por tomar conciencia de la ineficacia de sus intentos de controlar y evitar sus experiencias internas que causan malestar al poner toda su atención en ellas y desviarlas del camino que los lleva a construir una vida significativa y valiosa a pesar de la presencia de pensamientos y emociones incómodas.

2.2.4 Fusión cognitiva

En cuanto a Hayes et al. (2015), estos indicaron que la fusión cognitiva se refiere al dominio verbal por encima de la regulación del comportamiento, lo que excluye otras fuentes de estímulos de control; esta está respaldada por la teoría de los marcos relacionales, debido a la omnipresencia de la literalidad, el raciocinio, la capacidad de solucionar problemáticas y la evaluación de contextos sostenidos por el lenguaje natural de las comunidades.

La fusión cognitiva, desde la óptica de la terapia de aceptación y compromiso, se refiere a un proceso en el cual una persona se identifica excesivamente con sus pensamientos y emociones, y los trata como si fueran hechos objetivos y verdades absolutas, implica una identificación total con el contenido de la mente, lo que reduce la flexibilidad psicológica y

genera mayor rigidez con sus pensamientos y experiencias internas (Hayes et al., 2015). Asimismo, se conceptualizó como una inclinación a creer el contenido literal de los pensamientos y una sobrerregulación del comportamiento por procesos verbales y reglas creadas por el lenguaje, en vez de tener en cuenta las eventualidades del entorno (Hayes et al., 2011, como se citó en Ramos et al., 2018).

Como su nombre lo dice, la fusión cognitiva implica fusionarse con el contenido verbal de los pensamientos para llegar a una identificación con ellos y a una construcción del mundo basado en experiencias pasadas y en expectativas representadas por el lenguaje; lo que conllevaría un comportamiento regulado por dichas representaciones en vez de responder directamente a los eventos externos.

Esta es una tendencia a considerar los pensamientos como una realidad y, si bien uno de los abordajes de la depresión bastante popular es la reestructuración cognitiva, la cual pretende cambiar los pensamientos desadaptativos por unos más funcionales; la terapia de aceptación y compromiso propone una variante conocida como defusión cognitiva, cuyo objetivo es modificar la manera en que la persona se relaciona con sus propios pensamientos, es decir, dejar de centrarse solo en el contenido y trabajar en que el paciente perciba sus pensamientos como pensamientos y no como hechos reales e irrefutables (Hayes et al., 2015).

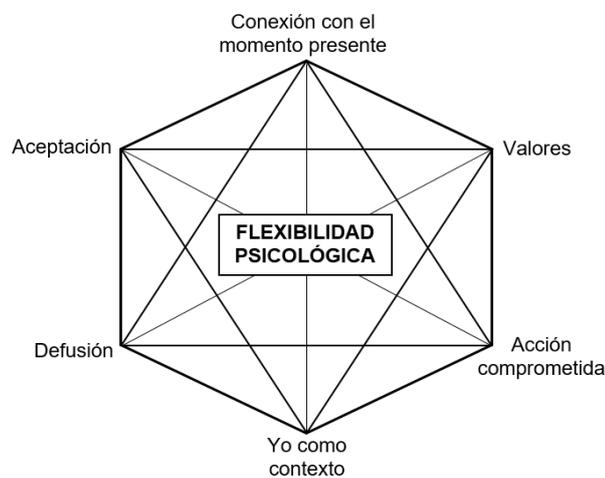
Por ende, la defusión cognitiva implica la creación de contextos no literales y no evaluativos, que disminuyan la innecesaria regulación de eventos cognitivos y que incrementen el contacto con el proceso en curso, en vez de sus resultados (Hayes et al., 2015). En otras palabras, esta implica concentrarse en el proceso de pensar y observarlo mientras ocurre, pero no en los resultados de este, es decir, no enfocarse en el contenido de los pensamientos. Esta terapia busca que el individuo responda de una manera más flexible y adaptativa ante eventos adversos de su vida y se centra en disminuir el impacto negativo que pueden tener los pensamientos. La fusión cognitiva es un concepto que no se ha explorado en la literatura y es

parte de un constructo teórico más amplio conocido como la flexibilidad psicológica (Romero-Moreno et al., 2015).

2.2.4.1. Flexibilidad psicológica. La meta principal de la terapia de aceptación y compromiso es la flexibilidad psicológica, la cual se define como la aptitud de vivir con plenitud el momento presente como un individuo consciente, percibir la realidad tal y como es y no con base en las propias creencias, examinar lo que la situación ofrece y guiar la conducta conforme a los valores elegidos (Hayes et al., 2015). La flexibilidad psicológica comprende seis procesos que regulan los patrones de comportamiento y que se han identificado como un modelo de patología, intervención y salud (Hayes et al., 2015). Todos los componentes de la flexibilidad psicológica se relacionan entre sí, lo que crea 30 conexiones importantes tanto para su comprensión teórica como para la práctica.

Figura 2

Procesos que componen la flexibilidad psicológica



Nota. La figura muestra los componentes de la flexibilidad psicológica. Tomado de *Terapia de aceptación y compromiso* (p. 86), por S. Hayes et al., 2015, Desclée De Brouwer.

2.2.5 *Teoría de los marcos relacionales*

La teoría de los marcos relacionales actúa como fundamento teórico de la terapia de aceptación y compromiso y tiene especial relación con el concepto de fusión cognitiva, debido a que abarca el funcionamiento del lenguaje (Hayes et al., 2001). Esta teoría es un análisis del lenguaje humano y de la cognición, que trata los comportamientos relacionales como conductas operantes generalizadas que han sido entrenadas (Hayes et al., 2001); estos comportamientos relacionales son conocidos como marcos, es decir, un conjunto o un patrón de relaciones que se ha aprendido a lo largo de la vida y que se expresan de forma verbal; en otras palabras, se evidencian por medio del lenguaje (Hayes et al., 2001).

En este sentido, Wilson y Luciano (2002) conceptualizaron un marco relacional, como un modelo particular de respuesta controlada contextual, aplicada deliberadamente, que cuenta con ciertas características y que se refuerza por medio de distintos ejemplos hasta el punto de que una persona no respondería al contenido físico, sino al marco relacional. Hayes et al. (2001) incluyó en esta teoría nueve tipos de marcos relacionales:

- **Coordinación.** Establece una relación entre estímulos iguales, similares o idénticos, expresados como A es B, A es igual a B o A es semejante a B.
- **Oposición.** Establece una relación de oposición o contrariedad, como, por ejemplo, A es contrario a B. Esto parece surgir luego de los marcos de coordinación, dado que primero surge la relación de igualdad, para poder hacer la relación diferencia. De esta oposición puede derivar otra relación como, por ejemplo, A es contrario a B y B es contrario a C entonces A y C son similares.
- **Distinción.** Establece relaciones que distingan dos elementos que no tienen nada en común, como A es diferente de B; esto no significa que haya oposición, sino que solo se remarcan sus diferencias.

- **Comparación.** Establece relaciones para comparar varios elementos expresados por “mejor/peor”, “más/menos”, etc.; por ejemplo, A es más grande que B y C es más pequeño que B.
- **Jerarquía.** Establece una relación entre elementos y cualidades que pertenecen a un evento, es decir, una relación de un todo y sus partes; por ejemplo, A es parte de B.
- **Temporalidad.** Se refiere a las relaciones desarrolladas para entender el transcurso del tiempo (pasado, presente, futuro, ayer, hoy, mañana, etc.) y posicionar eventos en distintos puntos de una línea temporal; por ejemplo, A es después que B.
- **Relaciones de espacio.** Establece relaciones sobre la ubicación de objetos o sus elementos en el espacio, en relación con otros (arriba/abajo, delante/detrás, etc.); por ejemplo, A esta delante de B.
- **Condicionabilidad y causalidad.** Hace referencia a las relaciones construidas mediante causas arbitrarias y no arbitrarias; por ejemplo, A es causa de B o en el caso de condicionabilidad, si ocurre A entonces B. Sin embargo, este marco de alguna forma también incluye el marco de jerarquía, dado que se puede establecer un orden de causalidad de varios eventos.
- **Relaciones *deictic*.** Hace referencia a las relaciones desarrolladas según la perspectiva de la persona, para discernir entre su propia identidad y su entorno (yo, tú, ella, mío, eso, etc.).

Para comprender esta teoría es importante recalcar que el ser humano tiene la facultad de aprender a través del lenguaje, al crear reglas de comportamiento que eviten resultados negativos, sin tener que experimentarlos directamente; sin embargo, estas reglas de comportamiento, por muy útiles que puedan ser, también pueden generar sufrimiento si es que resultan desadaptativas o disfuncionales (Hayes, 2013). Asimismo, para Hayes (2013), el sufrimiento humano radica en el uso de la mente racional, en especial, el lenguaje y la

capacidad de analizar y relacionar distintas experiencias externas o internas; en este sentido, las personas podrían desarrollar marcos relacionales dañinos expresados como reglas verbales extremadamente rígidas y poco flexibles, que repercuten desfavorablemente en la calidad de vida.

La teoría de los marcos relacionales presenta la manera en que se forman y aprenden los pensamientos de las personas, por lo que, si estos son producto de eventos dolorosos, pueden resultar en pensamientos negativos que, junto con un nivel alto de fusión cognitiva (creer que estos pensamientos son la realidad), podrían desencadenar un gran sufrimiento en la persona (Hayes, 2013). La parte aplicativa de esta teoría deriva en la terapia de aceptación y compromiso, la cual intenta encontrar cuáles son las reglas verbales creadas por la persona, que le ocasionan malestar o le impiden vivir una vida valiosa.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

2.3 Método, Tipo y Nivel de la Investigación

2.3.1 Método de investigación

El método de investigación utilizado fue el método hipotético deductivo. Por su parte, Hernández et al. (2014) mencionaron que dicho método se caracteriza por plantear hipótesis por comprobar o refutar. En este sentido, se eligió este método debido a las características relacionadas con la elaboración de interrogantes de estudio, la formulación de hipótesis y la revisión de antecedentes comparables.

2.3.2 Tipo de investigación

El tipo de estudio desarrollado fue básico, ya que se pretendió generar nuevo conocimiento y desarrollar teorías en el campo específico de estudio (Hernández et al., 2014). Por lo tanto, a través de este enfoque, se buscó expandir el cuerpo de conocimiento existente y establecer los cimientos para posteriores investigaciones y aplicaciones prácticas en el área de estudio.

2.3.3 Nivel de investigación

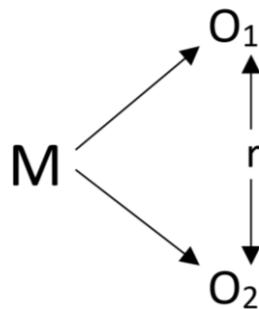
Dado que el objetivo del actual trabajo fue determinar la relación o el grado de asociación entre dos o más variables en un determinado ámbito, la investigación tuvo un alcance o nivel correlacional, que fue importante debido a que permitió a los investigadores predecir el comportamiento que tendría una variable, al conocer el comportamiento de las variables relacionadas (Hernández et al., 2014).

2.4 Diseño de la Investigación

Este trabajo presentó un diseño no experimental de corte transversal, puesto que no se intervino sobre el objeto de investigación, sino que se buscó describir la relación entre dos variables en un instante en particular (Hernández et al., 2014).

Figura 3

Representación gráfica del diseño de investigación



Nota. Elaboración propia

Donde:

M: pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa.

O1: sintomatología depresiva.

O2: fusión cognitiva.

r: relación entre la sintomatología depresiva y la fusión cognitiva.

2.5 Población y Muestra

2.5.1 Población

En relación con la población, de acuerdo con Hernández et al. (2014), esta hace referencia a un conjunto de casos que se ajustan a un determinado grupo de especificaciones. Siguiendo esta premisa, este estudio utilizó como población a los pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa, con un total de 245 individuos. El centro psicológico

estudiado contó con asistentes de diversas edades y género, que presentaban distintas sintomatologías y problemáticas; el número variaba debido a los nuevos ingresos y a los pacientes que se les daba de alta, lo que delimitó el número de la población obtenido en el momento dado de la investigación.

2.5.2 Muestra

La muestra constituye un subgrupo de la población, en otras palabras, es un conjunto de componentes que forman parte de esta, al seleccionar una muestra representativa, se busca obtener una muestra que refleje las características y la diversidad presentes en la población (Hernández et al., 2014). De acuerdo con lo anterior, el estudio contó con una muestra de 150 personas integrada por 100 mujeres y 50 hombres que tenían un intervalo de edad de entre 18 a 58 años. La muestra obtenida fue de tipo no probabilístico por conveniencia, dado que se eligió según la disponibilidad de los participantes y el alcance del investigador (Hernández et al., 2014) y se delimitó un tiempo determinado de tres meses, en el que se buscó la mayor cantidad de participantes disponibles, con lo que se obtuvo el número de integrantes descrito.

3.3.2.1. Criterios de inclusión

- Personas entre 18 y 60 años.
- Hombres y mujeres.
- Personas con sintomatología depresiva.

3.3.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes del servicio de terapia de parejas.
- Pacientes que no desean ser partícipes del estudio ni firmar el consentimiento informado.

Tabla 2*Distribución de la edad de la muestra*

	Media	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
Edad	30.47	18	58	10.177

Tabla 3*Distribución del sexo de la muestra*

	N.º	Porcentaje
Femenino	100	66.7 %
Masculino	50	33.3 %
Total	150	100 %

2.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Como principal técnica de recolección de datos se recurrió a la encuesta, específicamente a la modalidad de cuestionario; esta consiste en formular preguntas escritas de forma sistemática (Ñaupas et al., 2018). En este estudio, para recaudar los datos necesarios se utilizaron dos instrumentos (uno para cada variable) y estos se describieron en los siguientes apartados.

2.6.1 Cognitive Fusión Questionnaire (CFQ) (Gillanders, Bolderston, Bond, Dempster, Flaxman, Campbell y Remington, 2014)

Ficha técnica

- Nombre: Cuestionario de Fusión Cognitiva
- Nombre original: Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)
- Autores: Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F., Dempster, M., Flaxman, P., Campbell, L y Remington, B.
- Fecha de publicación: 2014
- Área de aplicación: Psicología Clínica

- Duración: cinco minutos.
- Número de ítems: siete ítems.
- Adaptación: Valencia y Falcón (2019), contexto peruano
- Objetivo: medir el nivel de fusión cognitiva.

Esta herramienta estuvo conformada por siete ítems con siete opciones de respuestas cada uno que iban desde uno hasta siete donde uno era “nunca es verdad” y siete, “siempre es verdad”. Además, la calificación se realizó por medio de la suma de los valores marcados por el evaluado; en este sentido, entre más puntos se obtuvieran, más elevado sería el grado de fusión cognitiva. Asimismo, el cuestionario tuvo dos niveles: fusión no clínica y fusión clínica, por lo que el punto de corte fue de 29. Por otro lado, la puntuación más baja posible fue de siete y la más alta de 49.

3.4.1.1. Propiedades psicométricas. La versión utilizada del CFQ presentó un alto nivel de consistencia interna ($0.90 < \alpha < 0.95$), con lo que se replicaron los resultados en su adaptación española (Romero, et al., 2015). En Colombia, Ruiz et al. (2017) analizaron las propiedades psicométricas del CFQ, lo que dio como resultado un nivel de consistencia interna alto ($0.89 < \alpha < 0.93$) y así, se pudo concluir como pertinente su utilización en dicho contexto.

Por otro lado, en el contexto peruano, la estructura factorial de este cuestionario fue investigada por Valencia y Falcón (2019) en un conjunto de 450 alumnos universitarios de Lima. Los resultados indicaron que los ítems fueron entendibles para la muestra, mientras que la matriz de covarianzas/correlaciones de los ítems de la prueba presentó una distribución normal y los valores de asimetría y curtosis se hallaron en un rango de -1 a +1, sin diferencias significativas entre las medias de mujeres y varones. Por consiguiente, el presente cuestionario reunió los requisitos de confiabilidad ($\alpha=0.915$) para su aplicación en la realidad peruana.

2.6.2 *Beck's Depression Inventory (BDI-II) (Beck, A., Steer, R. y Brown, G, 2006)*

Ficha técnica

- Nombre: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).
- Nombre original: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II).
- Autores: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
- Fecha de publicación: 1996
- Área de aplicación: Psicología Clínica, Forense y Neuropsicología.
- Duración: 10 minutos.
- Número de ítems: 21 ítems.
- Adaptación: Espinoza (2016)-contexto peruano.
- Objetivo: medir el nivel de gravedad de depresión, con base en los síntomas presentados.

La calificación se realiza por medio de la suma de todas las opciones marcadas y presenta los siguientes niveles: de cero a 13 indica mínima depresión, de 14 a 19 indica depresión leve, de 20 a 28 indica depresión moderada y de 29 a 63 hace referencia a depresión grave; en este sentido, el puntaje mínimo posible es cero y el puntaje máximo es de 63.

3.4.2.1. Propiedades psicométricas. El cuestionario utilizado en esta investigación fue, en un inicio, una adaptación argentina del cuestionario original, que fue traducida por Brenlla y Rodríguez (2006). Su validación se realizó en una muestra de 1045 individuos y se evidenció su confiabilidad por consistencia interna en la población clínica ($\alpha=88$) y en la población general ($\alpha=86$).

Por otro lado, esta adaptación se estandarizó en el contexto peruano gracias a Espinoza (2016) y sus propiedades psicométricas se analizaron por Carranza (2013), quien estudió una muestra de 2005 alumnos de una casa de estudios universitaria de Lima Metropolitana. Los hallazgos revelaron una alta correlación entre los puntajes test y retest ($r=0.996 / p<0.01$) y un

elevado coeficiente de consistencia interna ($\alpha=0.878$). Finalmente, tras la evaluación por criterio, por parte de los jueces y de la cuantificación mediante el coeficiente V de Aiken ($p=0.01$), se demostró la validez del contenido.

2.7 Procedimiento de Recolección de Datos

Inicialmente, se realizó la selección de pacientes que cubrieron los criterios de inclusión establecidos para el estudio, es decir, varones y mujeres de 18 a 60 años, que en la evaluación inicial mostraron al menos uno de los siguientes síntomas depresivos: sentimiento de tristeza intenso desde hace al menos dos semanas, disminución de interés en actividades que solían ser agradables, pérdida de energía o cansancio, pensamientos e ideación suicida e irritabilidad y sentimientos de inutilidad o culpabilidad. Para obtener los datos necesarios se administraron dos instrumentos (ver anexo 2 y anexo 3), que abordaron a los pacientes que reunieron los criterios de inclusión al finalizar su sesión programada de psicoterapia; en este sentido, se les entregó el material necesario (anexo 1, 2 y 3) con las instrucciones, el procedimiento y el consentimiento informado.

Los participantes visitaron el centro durante varios días y en distintas horas, por lo que no se contaba con la disponibilidad para acogerlos a todos a la vez para hacer la evaluación. Por ello, la recogida de datos se realizó a lo largo de tres meses, teniendo en cuenta un tiempo razonable para la evaluación, dado que algunos pacientes retrasaban las sesiones de psicoterapia debido a inconvenientes personales; de este modo, se obtuvo el número final de la muestra para procesar los resultados.

2.7.1 Aspectos Éticos

Para garantizar la ética de la investigación se consideró el Código de Ética presentado por la Universidad Continental (2018); en primer lugar, se informó a los participantes acerca de los objetivos, el uso de información recogida, los posibles riesgos y los beneficios de la

investigación de manera verbal y escrita. Asimismo, se entregó un consentimiento informado (ver anexo 1) que expresó los detalles de la investigación y por medio del que se solicitó la participación voluntaria de la persona, al igual que un apartado escrito en el que, en caso de aceptar, se constataba la voluntad de participar y el conocimiento de todos los aspectos mencionados.

Finalmente, se expresó el compromiso del investigador de salvaguardar la identidad, la confidencialidad y la información personal del participante, así como los resultados de los instrumentos utilizados a los que el participante tendría acceso, a través de su psicoterapeuta asignada para la revisión y la consideración durante el tratamiento.

2.8 Análisis del Procesamiento de Datos

En primer lugar, se utilizó la herramienta Microsoft Excel para gestionar los datos obtenidos de manera organizada; posteriormente, se usó la herramienta estadística SPSS v. 24, para analizar si los datos mostraban una distribución normal, por medio del estadístico Kolmogorov-Smirnov. Los resultados mostraron que los datos contaban con una distribución no normal y con dicha información se prosiguió a realizar el análisis de correlación entre la variable de los síntomas depresivos y la de fusión cognitiva, al emplear el estadístico de correlación Rho de Spearman; de igual manera, se aplicó este mismo estadístico para analizar la correlación entre las dimensiones de los síntomas depresivos y la fusión cognitiva.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

3.1 Descripción de Resultados

En cuanto a la descripción de los resultados, en primer lugar, se planteó la tabla 4, que evidencia los datos descriptivos de las puntuaciones obtenidas en relación con la variable de fusión cognitiva. Además, en esta se apreció que la muestra de 150 personas contaba con una media de 32.68, valor que indicaba que, en promedio, los participantes les daban gran importancia y valor a sus pensamientos; asimismo, este valor correspondió a la categoría de fusión clínica (índices de fusión cognitiva encontrados en la población clínica). De igual modo, se observó que el puntaje máximo era de 48 (fusión cognitiva clínica) y el puntaje mínimo era de ocho (fusión cognitiva no clínica).

Tabla 4

Descripción de la variable de fusión cognitiva

Variable	N.º	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Fusión cognitiva	150	32.68	8.551	8	48

Por otro lado, la tabla 5 mostró las puntuaciones obtenidas de la variable síntomas depresivos y se observó que la muestra tenía una media de 25.43 y una desviación estándar de 11.116, es decir, los participantes tenían, en promedio, un nivel de depresión moderada. De igual manera se observó que el valor mínimo encontrado fue de seis (depresión mínima) y el máximo es 48 (depresión grave).

Tabla 5*Descripción de la variable de síntomas depresivos*

Variable	N.º	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Depresión	150	25.43	11.116	6	48

En la tabla 6 se pudo observar las frecuencias halladas en la muestra de fusión cognitiva, dividida en sus dos categorías: fusión no clínica y fusión clínica; en este sentido, se pudo ver que un 71.3 % de la muestra tenía un nivel de fusión clínica y solamente un 28.7 % presentaba una fusión no clínica; lo que indicó que el 71.3 % de los participantes contaban con un nivel de fusión clínica que correspondía a una alta tendencia a actuar con base en sus pensamientos evaluativos y no con las demandas reales del entorno.

Tabla 6*Estadísticos de frecuencia según las categorías de fusión cognitiva*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Fusión no clínica	43	28.7 %
Fusión clínica	107	71.3 %
Total	150	100 %

La tabla 7 presentó las frecuencias de los síntomas depresivos obtenidos gracias al BDI-II. De acuerdo con esto, se encontró que el 16 % de la muestra tenía una depresión mínima; por otro lado, el 18 % presentaba un nivel leve de depresión, lo que significaba que sus síntomas eran mayores y afectaban algunas áreas de vida; el 28 % presentaba depresión moderada, es decir, tenían un mayor número de síntomas depresivos y, finalmente, el 38 % de los participantes tenía depresión grave, lo que indicaba que sus síntomas depresivos eran mayores y repercutían en diversas áreas de vida.

Tabla 7*Estadísticos de frecuencia según las categorías de síntomas depresivos*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Depresión mínima	24	16 %
Depresión leve	27	18 %
Depresión moderada	42	28 %
Depresión grave	57	38 %
Total	10	100 %

3.2 Contraste de Hipótesis

Para efectuar el análisis estadístico y encontrar la correlación existente entre las dos variables fue necesario, en primer lugar, analizar la distribución de los datos. En la tabla 8 se observaron los resultados de la prueba Kolmogorov-Smirnov, para analizar si los datos obtenidos contaban con una distribución normal. Para la variable de fusión cognitiva se encontró que el nivel de significancia era de 0.008 y para la variable síntomas de depresión era de 0.000; por tanto, al ser estos valores inferiores a 0.05 se rechazó la hipótesis nula y, por ende, se evidenció que los datos presentados no tenían una distribución normal.

Tabla 8*Prueba de Kolmogorov-Smirnov para los síntomas depresivos y fusión cognitiva*

	Estadístico	Sig.
Síntomas depresivos	0.086	0.008
Fusión cognitiva	0.107	0.000

Por consiguiente, la hipótesis general y la hipótesis nula presentadas en esta investigación fueron las siguientes:

- **H_i.** Existe una relación significativa entre los síntomas de depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa.

- **H₀**. No existe una relación significativa entre los síntomas de depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa.

En la tabla 9 se indicó el producto del coeficiente de correlación Rho de Spearman, el cual contó con un grado de confiabilidad del 99 %; en este sentido, se observó que el nivel de significancia fue de 0.000, lo cual indicó la existencia de una correlación entre ambas variables. Asimismo, el coeficiente de correlación de Spearman fue de 0.786, lo que reveló que la relación entre ambas variables era alta y positiva; en consecuencia, hubo evidencia estadística para afirmar que existía una relación entre la fusión cognitiva y los síntomas depresivos, en los pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa.

Tabla 9

Correlación entre la fusión cognitiva y los síntomas depresivos

		Síntomas de depresión	
Rho de Spearman	Fusión Cognitiva	Coeficiente de correlación	0.786
		Sig.	.000

Nota. La correlación fue significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

En relación con este planteamiento, la hipótesis y la hipótesis nula fueron las que se indicaron a continuación:

- **H₁**. Existe una relación significativa entre los síntomas emocionales de la depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa.
- **H₀**. No existe una relación significativa entre los síntomas emocionales de la depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa.

En la tabla 10 se mostró el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman con un grado de confiabilidad del 99 % y que tuvo un nivel de significancia de 0.000, al indicar que existía una correlación alta entre los síntomas emocionales de la depresión y la fusión

cognitiva (0.717). Por lo tanto, hubo evidencia estadística para afirmar que existía una relación alta y positiva entre la fusión cognitiva y los síntomas emocionales de la depresión en los pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa.

Tabla 10

Correlación entre la fusión cognitiva y los síntomas emocionales de la depresión

		Síntomas emocionales	
Rho de Spearman	Fusión cognitiva	Coefficiente de correlación	0.717
		Sig.	0.000

Nota. La correlación fue significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

En este sentido, de acuerdo con esta correlación se plantearon las siguientes hipótesis e hipótesis nula:

- **H₂.** Existe una relación significativa entre los síntomas cognitivos de la depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa.
- **H₀:** No existe una relación significativa entre los síntomas cognitivos de la depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa.

En la tabla 11 se evidenció el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman con el grado de confiabilidad del 99 %, el cual tuvo un nivel de significancia de 0.000, lo que indicó que existía una correlación alta entre los síntomas cognitivos de la depresión y la fusión cognitiva (0.739); por lo tanto, se contó con la evidencia estadística para afirmar que existía una relación alta y positiva entre ambas variables, en los pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa.

Tabla 11*Correlación entre fusión y síntomas cognitivos de la depresión*

		Síntomas cognitivos	
Rho de Spearman	Fusión cognitiva	Coefficiente de correlación	0.739
		Sig.	0.000

Nota. La correlación fue significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

En este sentido se pudo afirmar la siguiente hipótesis específica y negar la hipótesis nula correspondiente:

- **H₃.** Existe una relación significativa entre los síntomas conductuales de la depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa.
- **H₀.** No existe una relación significativa entre los síntomas conductuales de la depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa.

En la tabla 12 se presentó el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman con un grado de confiabilidad del 99 %, el cual tuvo un nivel de significancia de 0.000, lo que indicó que existía una correlación alta entre los síntomas conductuales de la depresión y la fusión cognitiva (0.663). Por lo tanto, hubo evidencia estadística para afirmar que existía una relación alta y positiva ambas variables, en los pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa.

Tabla 12*Correlación entre la fusión cognitiva y los síntomas conductuales de la depresión*

		Síntomas conductuales	
Rho de Spearman	Fusión cognitiva	Coefficiente de correlación	0.663
		Sig.	0.000

Nota. La correlación fue significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

En cuanto a esta correlación, se pudo afirmar la siguiente hipótesis específica y negar la hipótesis nula:

- **H₄**. Los pacientes con síntomas depresivos de un centro psicológico de Arequipa presentan un nivel clínico de fusión cognitiva.
- **H₀**. Los pacientes con síntomas depresivos de un centro psicológico de Arequipa no presentan un nivel clínico de fusión cognitiva.

En la tabla 4 se observó que la media de niveles de fusión cognitiva de los pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa fue de 32, puntaje que correspondió a la categoría de fusión clínica; sin embargo, en la tabla 6 se observó que el 28.7 % de los pacientes no contaban con una fusión clínica; dichos números podían deberse a diversos factores. Por otro lado, se afirmó que el porcentaje de pacientes con fusión clínica fue significativamente alto (72.3 %). De acuerdo con lo anterior, se tuvo la siguiente hipótesis específica e hipótesis nula:

- **H₅**. Los pacientes con depresión de un centro psicológico de Arequipa presentan un nivel alto de síntomas depresivos.
- **H₀**. Los pacientes con depresión de un centro psicológico de Arequipa no presentan un nivel alto de síntomas depresivos.

En la tabla 5 se pudo indicar que la media de niveles de síntomas depresivos fue de 25.43, valor correspondiente a la categoría de depresión moderada. Asimismo, el 38 % de pacientes de un centro psicológico privado contaba con un nivel de depresión grave, que representaba un porcentaje superior a los encontrados en las categorías de depresión, mínima, leve y moderada. Al considerar dichos hallazgos se evidenciaron niveles altos de depresión en los pacientes del centro evaluado.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos en el actual estudio presentaron datos relevantes por medio del proceso de comprensión de la depresión y aportaron, a nivel teórico, a los especialistas de la salud mental para posteriores aportes teóricos e investigaciones. Por su parte, con base en la hipótesis general de este estudio se encontró que la fusión cognitiva tenía una correlación alta y positiva con los síntomas depresivos, es decir, a mayor fusión cognitiva, mayores síntomas depresivos presentes en el paciente.

Estos resultados concordaron con los resultados obtenidos en el contexto peruano por parte de Novoa (2019), quien desarrolló una investigación sobre la relación entre la sintomatología depresiva y la fusión cognitiva, en la que tuvo resultados positivos y concluyó que estas tenían una correlación positiva. De igual manera, los resultados presentados estuvieron acorde con los datos presentados por Dinis et al. (2015), que encontraron una relación entre la fusión cognitiva y la depresión; además, añadieron la variable de recuerdos traumáticos, al encontrar que la fusión cognitiva era la responsable de que estos recuerdos traumáticos desencadenaran síntomas depresivos; por tanto, resulta interesante indagar acerca del papel de la fusión cognitiva en las distintas formas de manifestación de los síntomas depresivos.

En ese contexto, Carvalho et al. (2019) encontraron una relación entre la fusión cognitiva y los síntomas depresivos y concluyeron que la primera predice el incremento de los síntomas depresivos; dicha información sumada a los hallazgos presentados sirve como fundamento para próximas investigaciones que estén centradas en la intervención de la depresión, al aplicar técnicas que disminuyan la fusión cognitiva. De igual manera, Pinto-Gouveia et al. (2018) hallaron que la fusión cognitiva explicaba más que otras variables, el mantenimiento de los síntomas depresivos; por tanto, resultó interesante añadir esta

información a los datos encontrados, dado que podría indicar que los síntomas depresivos se podían comprender desde la fusión cognitiva, por lo que puede considerarse esta variable en posteriores estudios teóricos o en estudios de planes de intervención.

Con respecto a la terapia de aceptación y compromiso, cuenta con diversos conceptos interrelacionados que conforman la flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2015); por tanto, resultaría interesante plantear futuras investigaciones centradas en ella, teniendo en cuenta que los datos presentados concordaron con Bardeen y Fergus (2016), quienes encontraron que la fusión cognitiva tenía una relación alta y positiva con los síntomas depresivos; sin embargo, estos autores añadieron la variable de evitación experiencial, al notar que era un factor relacionado con la interrelación entre la fusión cognitiva y la depresión.

Estos hallazgos podrían sugerir que la flexibilidad psicológica junto con sus componentes clave como la fusión cognitiva y la evitación experiencial son áreas de investigación relevantes en relación a la depresión. Esta conexión podría motivar a los profesionales a continuar investigando los síntomas depresivos con mayor profundidad y, posteriormente, estudiar programas de intervención y prevención que integren los principios de la terapia de aceptación y compromiso. Al considerar estos hallazgos, se podría trabajar en la creación de intervenciones personalizadas y programas de prevención que integren los principios de la terapia de aceptación y compromiso, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de aquellas personas que sufren de cuadros depresivos.

Con respecto a las hipótesis específicas que relacionaron la fusión cognitiva con las distintas dimensiones de los síntomas depresivos (emocionales, cognitivos y conductuales), los resultados obtenidos otorgaron información relevante. Los síntomas cognitivos se relacionaron, de forma positiva y en un alto grado (0.739), con la fusión cognitiva y fueron los que tuvieron un mayor índice de correlación en vínculo con los síntomas emocionales (0.717) y conductuales (0.663); lo anterior quiere decir que la manifestación de la depresión en la esfera

cognitiva se relaciona, en gran medida, con la fusión cognitiva y así, las técnicas para disminuirla podrían ayudar a reducir los pensamientos negativos presentes en la depresión y que se explica, de forma amplia, en la teoría de la triada cognitiva (Beck et al. 2010).

Si bien no se encontraron investigaciones que relacionaran la fusión cognitiva con las distintas dimensiones de los síntomas depresivos, en el estudio llevado a cabo por Costa et al. (2018), se evidenció que la fusión cognitiva se relacionaba con la depresión y que cumplía un rol importante manteniendo la rumiación y en la manifestación de conductas poco funcionales en las personas deprimidas, síntomas que correspondían a los síntomas cognitivos y conductuales de la depresión; por ende, se podría sugerir una concordancia en los hallazgos encontrados en este estudio y los hallazgos obtenidos en la investigación descrita. En este contexto, sería recomendable utilizar esta información para proponer mayores estudios de planes de intervención para la depresión, basados en disminuir la fusión cognitiva para reducir los síntomas cognitivos y conductuales de este trastorno.

Por otro lado, no se encontraron investigaciones pasadas que relacionaran la fusión cognitiva con los síntomas emocionales de la depresión, por lo que los datos propuestos en este estudio podrían servir de base para un futuro análisis de ambas variables. Con respecto a la hipótesis específica que indicó que la muestra presentaba un nivel de fusión clínica, los datos aceptaron dicha hipótesis, al mostrar que el 71.3 % de participantes contaba con niveles de fusión, lo que correspondía con el tipo de población, es decir, pacientes de un centro de psicología clínica; esta información estuvo de acuerdo con el hallazgo de Gillanders et al. (2014), que al momento de llevar a cabo el instrumento de Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) encontraron que la fusión cognitiva en pacientes clínicos era superior a 29.

Por otro lado, el valor mínimo de fusión cognitiva encontrado fue de 8, el cual entró en la categoría de fusión no clínica y que fue un número por debajo de los niveles planteados como promedio en la población general (no clínica), por parte de Grillanders et al. (2014), quienes

indicaron que la población general tenía una puntuación entre 20 y 24. Por tanto, resulta importante analizar los motivos adyacentes, al suponer que el enfoque utilizado por el centro psicológico evaluado empleaba estrategias para disminuir la fusión cognitiva, por lo que podría suponerse que esto causó la disminución de dichos niveles.

En el análisis de la hipótesis sobre los niveles depresivos de la muestra analizada, se constató que el promedio de dichos síntomas entró en la categoría de depresión moderada (25.43); sin embargo, el mayor porcentaje de pacientes pertenecía a la categoría de depresión grave (38 %) frente a depresión moderada (28 %), leve (18 %) y mínima (16 %). Estos resultados presentaron un gran aporte teórico para la institución evaluada, dado que suponía una gran cantidad de pacientes con depresión, por lo que se podrían realizar evaluaciones e intervenciones con base en esto.

Gracias al hallazgo de la correlación alta y positiva, sería posible realizar futuras investigaciones que involucraran técnicas que reduzcan la fusión clínica en los pacientes para disminuir los síntomas depresivos y, en especial, los síntomas cognitivos de la depresión. Esto pone en manifiesto que el proceso de enlazarse con los pensamientos se relaciona con los síntomas de este trastorno, por lo que se presenta una información alternativa a la encontrada en la terapia cognitiva de Beck, que se centra en el contenido de los pensamientos y que intenta cambiarlos (Beck et al. 2010).

La terapia de aceptación y compromiso no tenía como objetivo reestructurar el contenido verbal de los pensamientos catastróficos y negativos del paciente depresivo, sino reducir la importancia otorgada a los pensamientos que surgen en la mente, así el enfoque principal no consistió en mantener únicamente pensamientos positivos y eliminar los negativos, sino en lograr que los pensamientos incómodos o pesimistas no afecten las respuestas al entorno ni la capacidad de vivir una vida valiosa. En este sentido, los resultados presentados

en esta investigación abrieron la puerta a futuras investigaciones, que evaluarán la eficacia de intervenciones basadas en los hallazgos descritos y en el enfoque planteado en la investigación.

La fusión cognitiva representa una herramienta al alcance de los psicólogos, por lo que se recomienda a dichos profesionales, el aprendizaje del concepto y de las técnicas que puedan reducirla, para favorecer la vida de los consultantes que muestren una serie de pensamientos negativos, que condicionan su forma de vivir la vida, puesto que esto podría ofrecerles una alternativa para disminuir el valor de esos pensamientos y acercarse a una vida importante que valga la pena vivirse.

Los diversos autores que encontraron hallazgos similares a los que presentó esta investigación, aportaron en conocimiento a futuras investigaciones sobre la comprensión, el tratamiento y el abordaje de una problemática bastante conocida, que cada vez más personas padecen. Gracias a esta investigación se abrió una nueva posibilidad de comprender los síntomas depresivos y la capacidad de utilizar una perspectiva multidisciplinaria que integrara distintos enfoques y estrategias, que sean útiles en disminuirlos. Cabe resaltar que la investigación se centró en los síntomas depresivos, dado que distintos problemas psicológicos pueden manifestar estos síntomas y, por tanto, sería recomendable trabajar en disminuirlos para elevar la calidad de vida de la persona, independientemente el diagnóstico único o múltiple que tenga el paciente.

Las limitaciones encontradas en esta investigación se relacionaron con el gran número de mujeres, que superaba a la cantidad de hombres en la muestra; asimismo, el no tomar en cuenta en qué fase del tratamiento psicoterapéutico se encontraba el evaluado, como, por ejemplo, si estaba iniciando las sesiones o si estaba finalizando el tratamiento. Por tanto, se recomienda tener en cuenta estas limitaciones en futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

1. Se observó que existía una relación entre la fusión cognitiva y los síntomas de depresión en los asistentes al Centro Psicológico Bienestar, ya que se consiguió obtener un coeficiente de correlación de Spearman de 0.786, el cual indicó que la relación era alta y positiva, es decir, a mayor fusión cognitiva mayores síntomas de depresión. Además, este coeficiente de correlación fue confiable al 99 %, puesto que el nivel de significancia fue de 0.000 ($p < 0.01$).
2. Existió una relación significativa entre los síntomas emocionales de la depresión y la fusión cognitiva en pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa; en este sentido, se obtuvo una correlación alta y positiva, que se evidenció con el coeficiente de correlación de Spearman de 0.717 en un nivel de significancia de 0.000.
3. Se halló una relación significativa entre los síntomas cognitivos de la depresión y la fusión cognitiva en pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa, con un coeficiente de correlación de Spearman de 0.739, mostrando indicios de una relación alta y positiva con un nivel de significancia de 0.000.
4. Existió una relación significativa entre los síntomas conductuales de la depresión y la fusión cognitiva en pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa con un coeficiente de correlación de Spearman de 0.663, que indicó una relación alta y positiva con un nivel de significancia de 0.000.
5. En el centro psicológico privado de Arequipa donde se llevó a cabo la actual investigación, se observó que el nivel de fusión cognitiva era alto y correspondía a la categoría de fusión clínica con una media de 32.68.
6. El nivel de síntomas de depresión de los pacientes de dicho centro psicológico privado fue alto y correspondió a la categoría de depresión moderada con una media de 25.43.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con la información presentada en esta investigación, surgieron las siguientes recomendaciones:

1. Se recomienda fomentar la difusión del conocimiento sobre los síntomas depresivos, tomando en cuenta el concepto de fusión cognitiva. De este modo, los profesionales de salud mental comprenderán de manera más efectiva esta enfermedad desde una perspectiva útil y, en consecuencia, mejorarán su desempeño profesional. Además, se sugiere promover esta comprensión entre los especialistas de la salud mental contribuirá a una atención más integral y efectiva de los trastornos depresivos, mejorando así los desenlaces del tratamiento terapéutico y la calidad de la trayectoria de vida de quienes los padecen.
2. Se pide concebir a la depresión como una serie de síntomas cognitivos emocionales y conductuales que tienen relación con la fusión cognitiva, para promover un enfoque que facilite la adaptación del trabajo profesional en el sector de la salud mental.
3. Se sugiere promover las investigaciones relacionadas con las dos variables presentadas aquí para expandir el conocimiento y elaborar estrategias que ayuden a la mejoría de los pacientes con depresión y a desarrollar investigaciones que indaguen el papel que cumple cada una de las variables presentadas y así descubrir cómo es que hay una influencia mutua o conocer si hay otros factores implicados en esta relación.
4. Se exhorta a que el centro psicológico privado, estudiado en esta investigación, adapte su labor a los resultados presentados, al concebir el concepto de fusión cognitiva en relación con los síntomas depresivos.

5. Se recomienda que la institución evaluada considere los niveles significativamente elevados de síntomas depresivos y de fusión cognitiva hallados en esta investigación y monitoree de cerca la evolución de los síntomas depresivos y la fusión cognitiva en los individuos atendidos, con el fin de proporcionar una atención continua y ajustar las intervenciones terapéuticas según sea necesario.
6. Se sugiere, en investigaciones posteriores, utilizar una muestra más homogénea y considerar la etapa de evolución y avance de los pacientes.
7. Se exhorta, a los psicólogos que ejercen la profesión, psicólogos en formación y ciudadanía en general, capacitarse respecto a los síntomas depresivos, la fusión cognitiva y las distintas técnicas de reducción de los niveles de esta, para aportar a la reducción del número de incidencia de cuadros depresivos en el país y a nivel mundial.

Referencias

- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728–737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Barco, R. (2021). *Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso sobre la depresión en pacientes adultos* [Tesis de grado]. Universidad de Lima. https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/13175/BARCO_TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bardeen, J., & Fergus, T. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress, and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de Beck*. Desclée De Brouwer
- Beck, J. (2015). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Brenlla, M. E., & Rodríguez, C. M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En A. T. Beck, R. A. Steer y G. K. Brown (Ed.), *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Paidós.
- Camacho, M. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Carranza, R. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en universitarios de Lima. *Revista de Psicología*, 15(2), 170-182. http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/219/128
- Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 181–189. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>
- Carvalho, S., Trindade, I., Gillanders, D., Pinto-Gouveia, J. & Castilho, P. (2019). Cognitive fusion and depressive symptoms in women with chronic pain: a longitudinal growth curve modelling study over 12 months. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(5), 616– 625. <https://doi.org/10.1002/cpp.2386>
- Chavez, A. (2020). *Depresión: Intervenciones innovadoras* [Tesis de grado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8129/Depresion_ChavezCarrillo_Ana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Costa, J., Pinto, J., & Marôco, J. (2018). The role of negative affect, rumination, cognitive fusion, and mindfulness on depressive symptoms in depressed outpatients and normative individuals. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 18(2), 207-220. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6476604>

- Cruz, C. (2022). ¿Por qué Arequipa es la ciudad con más casos de suicidio en todo el Perú? *El Búho.pe* <https://elbuhope/2022/04/por-que-arequipa-es-la-ciudad-con-mas-casos-de-suicidio-en-todo-el-peru/>
- Dinis, A., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., & Estanqueiro, C. (2015). Memories of shame experiences with others and depression symptoms: The mediating role of experiential avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15(1), 63–86. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56038720004.pdf>
- Espinoza, A. (2016). *Estandarización y propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur* [Tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma del Perú: <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/riu/article/view/743/713>
- Frances, S., (2020). El COVID-19 y la salud mental: ¿cuáles son las consecuencias? *Psicología Iberoamericana*, 28(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133963198003>
- Georgieva, K. (2022). *Una crisis tras otra: cómo puede responder el mundo*. Fondo Monetario Internacional. <https://www.imf.org/es/News/Articles/2022/04/14/sp041422-curtain-raiser-sm2022>
- Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F., Dempster, M., Flaxman, P., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gobierno Regional de Arequipa. (2022). *Plan regional apunta reducir tasa de suicidios en Arequipa* [Comunicado de prensa]. <https://www.gob.pe/institucion/regionarequipa/noticias/597867-plan-regional-apunta-reducir-tasa-de-suicidios-en-arequipa>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory*. Kluwer Academic.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso*. Desclée De Brouwer.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (Sexta edición). McGraw-Hill.

- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327–334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. (2019). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en hospitales regionales-2015. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 35(1).
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. (2020). *El virus COVID-19 estaría generando nuevos efectos neuropsiquiátricos sobre la salud mental* [Comunicado de prensa]. <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2020/035.html>
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E., & Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Editorial UOC.
- Leon-Wong, V., Heras-Benavides, D. & Polo-Martinez, M. (2022). Terapia breve centrada en soluciones y terapia de aceptación y compromiso para la depresión. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 7(1), 516-618. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8552209>
- Llamoza, J., Solís, R. & Zevallos, E. (2022). *Estado situacional de la depresión en el Perú*. Gobierna Consultores.
- Luciano M., Gutiérrez, O., & Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 173-202.
- Luciano, M., & Valdivia, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Ministerio de Salud & Universidad Nacional Cayetano Heredia. (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental 6: La depresión*. http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf
- Ministerio de Salud [MINSa]. (2022). *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>
- National Institute of Mental Health. (2016). *Depresión*. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp/19-mh-8079spdf_159009.pdf
- Ñaupas, H., Valdivia, M. R., Palacios, J.J. & Romero, H. E. (2014). *Metodología de la investigación, cuantitativa cualitativa y redacción de la tesis*. Ediciones de la U.
- Nizama, M. (2023). *Salud mental en tiempos de protestas sociales*. IDEHPUCP: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/analisis1/salud-mental-en-tiempos-de-protestas-sociales/>

- Novoa, B. (2019). *Fusión cognitiva y sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana* [Tesis de grado]. Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3297>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400 %*. <https://www.who.int/es/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Documentos básicos, 49ª ed.* <https://apps.who.int/gb/bd/s/index.html>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ortiz, M. (2019). *Psicopatología clínica: adaptado al DSM-5* (2.ª ed.). Ediciones Pirámide.
- Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 97–110. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1474.pdf>
- Pinto-Gouveia, J., Dinis, A., Gregorio, S., & Pinto, A. M. (2018). Concurrent effects of different psychological processes in the prediction of depressive symptoms—the role of cognitive fusion. *Current Psychology*, 39(2), 528–539. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9767-5>
- Ramos, J. M., Rodríguez, A., Sánchez, A., & Mena, A. (2018). Fusión Cognitiva en Trastornos de Personalidad: una Contribución a la Investigación sobre Mecanismos de Cambio. *Clínica y Salud*, 29(2), 49–57. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a8>
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Rumiación y fusión cognitiva en el cuidado familiar de personas con demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 50(5), 216–222. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.02.007>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the cognitive fusion questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.09.006>
- Ruiz, L., Cangas, A., & Barbero, A. (2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 445–458. <https://bit.ly/41ggrva>
- Twohig, M., & Hayes, S. (2019). *ACT en la práctica clínica para la depresión y la ansiedad*. Desclée De Brower.
- Universidad Continental. (2018). *Código de ética para la investigación*. UC. <https://ucontinental.edu.pe/investigacion/reglamento/>

- Valencia, P., & Falcón, C. (2019). Estructura factorial del Cuestionario de Fusión Cognitiva en universitarios de Lima. *Interacciones*, 5(2). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7047678>
- Villamizar, Dianey. (2019). *Evaluación e intervención clínica desde la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en una paciente con depresión mayor e intensidad moderada* [Tesis de grado]. Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga. https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6386/digital_38715.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Wilson, K. & Luciano, M. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ediciones Pirámide.

Anexos

Anexo 1. Autorización de la Institución

Arequipa, 24 de septiembre de 2022

Señorita:

JULIETA ISABELLA MALDONADO RIMACHI
Bachiller de psicología de la Universidad Continental

Presente.-

ASUNTO: AUTORIZA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con la finalidad de hacerle llegar un saludo cordial y brindar respuesta a su solicitud sobre el permiso para aplicación de instrumentos de evaluación como parte del desarrollo de la Tesis titulada "FUSION COGNITIVA Y SINTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES DE UN CENTRO PSICOLOGICO PRIVADO DE AREQUIPA" en la institución; este despacho **AUTORIZA**, la recolección de datos como parte del estudio de investigación previa coordinación con los delegados.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi consideración y estima personal

Atentamente;



LADY TATIANA CARDENAS SILVA
Directora del Centro Psicologico Bienestar

Anexo 2. Aprobación del Comité de Ética



Universidad
Continental

Huancayo, 15 de noviembre de 2022

OFICIO N° 217-2022-CE-FH-UC

Señor(es):
BACH. JULIETA ISABELLA MALDONADO RIMACHI

Presente-

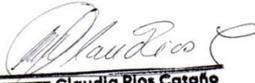
EXP. 217- 2022

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez manifestarle que el estudio de investigación titulado: **“Fusión cognitiva y síntomas depresivos en pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa”**, ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Humanidades, bajo las siguientes observaciones:

- El Comité de Ética puede en cualquier momento de la ejecución del trabajo solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas (mantener la confidencialidad de datos personales de los individuos entrevistados).
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atte,




Claudia Rios Cataño
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Humanidades
Presidenta
Universidad Continental

Anexo 3. Consentimiento Informado

Propósito del estudio:

Lo invitamos a participar en un estudio para evaluar la relación entre la sintomatología depresiva y la fusión cognitiva en los pacientes de este Centro Psicológico privado.

La presente investigación es desarrollada por **Julieta Isabella Maldonado Rimachi** (DNI: 71566095), Bachiller de Psicología de la Universidad Continental, como parte del proceso de obtención de Licenciatura en Psicología.

La evaluación es sencilla y consiste en la aplicación de dos instrumentos: Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), que deben ser llenados con la mayor honestidad y tomándose el tiempo que necesite para responder.

Si decide participar, se realizará lo siguiente:

1. Se aplicará el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), que cuenta con 21 ítems (aprox. 15 minutos)
2. Se aplicará el Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ), que cuenta con 7 ítems (aprox. 10 minutos).

Riesgos:

Ninguno.

Beneficios:

El participante obtendrá los resultados de la aplicación de dichos inventarios, los cuales pueden contener información relevante para él. Los resultados se informarán de manera confidencial a la psicoterapeuta asignada a su caso.

Costos y compensación

No supondrá un gasto económico para el participante ni recibirá un incentivo de ninguna índole.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos recogida serán completamente confidenciales y sólo se usaran para propósitos dentro de esta investigación. No se divulgará información que permita identificar a los participantes de este estudio.

Derechos del participante:

La participación es estrictamente voluntaria, por lo que el participante es libre de abandonar el estudio en cualquier momento sin inconvenientes

Puede hacer las preguntas necesarias en cualquier momento durante su participación.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado con el DNI _____, de _____ años de edad, accedo voluntariamente a participar en la presente investigación y estoy bien informado acerca de la misma. Conozco su procedimiento y confidencialidad, por ende responderé los instrumentos con la mayor honestidad posible.

Firma de la participante

DNI:

Firma del investigador

DNI:

Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Sexo: ____ Fecha: _____

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **SÓLO 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 de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo.

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

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11. Agitación

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

12. Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 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

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.

Anexo 5. Cuestionario de Fusión Cognitiva

CFQ

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis pensamientos me causan angustia o dolor emocional.	1	2	3	4	5	6	7
2. Me quedo tan enganchado a mis pensamientos que no soy capaz de hacer las cosas que más quiero hacer.	1	2	3	4	5	6	7
3. Analizo las situaciones demasiado, hasta el punto de que no me resulta útil.	1	2	3	4	5	6	7
4. Lucho contra mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enfado conmigo mismo por tener determinados pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
6. Tiendo a enredarme mucho en mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos molestos incluso cuando sé que hacerlo me ayudaría.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 6. Matriz de Consistencia

Problema general	Objetivo general	Hipótesis General	Variables	Marco metodológico
¿Qué relación existe entre los síntomas de depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa?	Establecer qué tipo de relación existe entre los síntomas de depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa	Existe una relación significativa entre los síntomas de depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa	Variable 1: Sintomatología depresiva Variable 2: Fusión Cognitiva	Método: Cuantitativo Tipo: Transversal Nivel: Correlacional
Problemas específicos	Objetivo específico			Diseño: No experimental transversal correlacional.
¿Cómo es la relación entre los síntomas emocionales de la depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa?	Establecer qué tipo de relación existe entre los síntomas emocionales de la depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa	Hipótesis específicas	Población y muestra	Técnicas e instrumentos de recolección de datos
¿Cómo es la relación entre los síntomas cognitivos de la depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa?	Establecer qué tipo de relación existe entre los síntomas cognitivos de la depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa	Existe una relación significativa entre los síntomas emocionales de la depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa	Población: 245 pacientes del Centro Psicológico Bienestar.	Para medir fusión cognitiva: CFQ (Cognitive Fusion Questionnaire) – Gillanders, D, Bolderston, H., Bond, F., Dempster, M., Flaxman, P., Campbell, L. & Remington, B. (2014). Para medir sintomatología depresiva:
¿Cómo es la relación entre los síntomas		Existe una relación significativa entre los síntomas cognitivos de la depresión y la fusión		

<p>conductuales de la depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa?</p> <p>¿Cómo son los niveles de fusión cognitiva de los pacientes con síntomas depresivos de un centro psicológico de Arequipa?</p> <p>¿Cómo son los niveles de síntomas depresivos de los pacientes de un centro psicológico privado de Arequipa?</p>	<p>Establecer qué tipo de relación existe entre los síntomas conductuales de la depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa</p> <p>Identificar los niveles de fusión cognitiva de los pacientes con síntomas depresivos de un centro psicológico de la ciudad de Arequipa.</p> <p>Identificar los niveles de síntomas depresivos de los pacientes con depresión de un centro psicológico de Arequipa.</p>	<p>cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa</p> <p>Existe una relación significativa entre los síntomas conductuales de la depresión y la fusión cognitiva en los pacientes de un centro psicológico de Arequipa</p> <p>Los pacientes con síntomas depresivos de un centro psicológico de Arequipa presentan un nivel clínico de fusión cognitiva.</p> <p>Los pacientes con depresión de un centro psicológico de Arequipa presentan un nivel alto de síntomas depresivos.</p>		<p>BDI-II (Beck's Depression Inventory) – Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006)</p>
---	---	---	--	--