



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

**Propuesta de programa cognitivo conductual para el tratamiento
de depresión en pacientes mujeres de un Policlínico de
Ventanilla, 2022**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Intervención Psicológica**

AUTORA:

Espinoza Jara, Hermelinda (orcid.org/0000-0003-4523-0283)

ASESOR:

Dr. Rodríguez Vega, Juan Luis (orcid.org/0000-0002-2639-7339)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Modelos de Intervención Psicológica

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2022

Dedicatoria

A Dios, por el regalo más hermoso la vida que me ha permitido transformar mi vida.

A mis padres, por darme la vida, cuidar e inculcar valores que me han permitido hacer lo correcto en la vida.

A mi persona, por mi fortaleza, perseverancia, sabiduría, creatividad e innovación y resiliencia para llegar a concluir mis metas.

A Aika y Alegra, mis dos amores incondicionales que son mi fortaleza y motivación diaria.

A Moisés y Ernesto, mis dos amores que siempre están en mi mente y corazón a pesar de la distancia son mi inspiración diaria.

Autora
Hermelinda Espinoza Jara

Agradecimiento

A Dios y a mis padres por darme la vida con la cual puedo seguir logrando mis sueños como esta, mi maestría.

Al Dr. Juan Rodríguez por su constante respaldo y apoyo en el proceso del desarrollo de mi investigación.

A la entidad Salud Integral Flores, que me brindo facilidades para poder ejecutar mi investigación sin contratiempos.

A mis familiares y amistades que siempre estuvieron ahí para escucharme y motivarme en este proceso de formación.

Finalmente, a toda la plana de docentes que me ayudaron en el proceso de formación de los cuales me llevo un hermoso recuerdo de su persona y profesionalismo con la cual pude ampliar y profundizar mis conocimientos en formación profesional.

Autora
Hermelinda Espinoza Jara

Índice de contenidos

	Pág.
Caratula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	13
3.1. Tipo y diseño de investigación	13
3.2. Variables y operacionalización	14
3.3. Población, muestra y muestreo	15
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	15
3.5. Procedimientos	16
3.6. Método de análisis de datos	16
3.7. Aspectos éticos	17
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN	24
VI. CONCLUSIONES	29
VII. RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS	31
ANEXOS	36

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1 Nivel de depresión en pacientes mujeres del Policlínico de Ventanilla, 2022	18

Resumen

La presente investigación fue de tipo descriptivo propositivo, la cual se denomina programa cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión en pacientes mujeres de un Policlínico de Ventanilla, 2022. Tuvo como objetivo diseñar un programa cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión, teniendo como base teórica el modelo de Beck. Con respecto a la población estuvo conformada por 30 mujeres cuyas edades fueron entre 20 a 40 años. El diseño fue descriptiva-propositiva, no experimental, de corte transversal. Los datos se recolectaron usando el Inventario de Beck (BDI-II) el cual fue validado por Aedo (2020) en su estudio de Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck II, con cual obtuvo su doctorado en Psicología la Universidad Cesar Vallejo.

Se diseñó un programa de 12 sesiones basado en el paradigma cognitivo conductual dejando evidencia los resultados satisfactorios en pacientes con depresión, debido a que se utiliza una serie de técnicas dirigidas a la modificación de pensamientos distorsionados, creencias irracionales y por lo tanto disminuir cualquier tipo de conducta disfuncional en las pacientes.

En relación a los resultados hallados fueron, el 46,7% (14) de las mujeres presenta depresión severa, el 40,0% (12) depresión moderada, y el 13,3% (4) depresión leve. Concluyendo así que la depresión en pacientes mujeres se evidencia tanto en niveles severa, moderada y leve. Por tal razón se propuso un programa bajo el enfoque cognitivo conductual que fue planteado por Beck.

Palabras claves: programa cognitivo conductual, depresión, propiedades psicométricas, mujeres

Abstract

The present investigation was of a purposeful descriptive type, which is called a cognitive behavioral program for the treatment of depression in female patients from a Ventanilla Polyclinic, 2022. Its objective was to design a cognitive behavioral program for the treatment of depression, based on theoretical Beck's model. With respect to the population, it was made up of 30 women whose ages were between 20 and 40 years. The design was descriptive-propositional, cross sectional. Data collected using the Beck Inventory (BDI.II) which was validated by Aedo (2020) in this study Psychometric properties of the Beck Depression Inventory II, with which he obtained his Ph.D. in Psychology from the University Cesar Vallejo.

A 12-session intervention program was designed based on the cognitive behavioral model, showing satisfactory results in users diagnosed with depression, because it uses a series of techniques aimed at modifying distorted thoughts, irrational beliefs and therefore reduced any type of dysfunctional behavior in the patients.

In relation to the results were, the 46,7% (14) of the women had severe depression, 40,0% (12) moderate depression, and 13,3 % (4) mild depression. Thus concluding that depression in female patients is evidence at doth severe, moderate and mild levels. For this reason, a program was proposed under the cognitive behavioral approach that was proposed by Beck.

Keywords: Cognitive behavioral program, Depression, Psychometric properties, Women

I. INTRODUCCIÓN

Nuestro país está pasando por momentos críticos y se afronta a un gran reto en lo referente al sistema sanitario, ya que la pandemia ha dejado una evidencia de una realidad angustiante para los peruanos: por un lado, es notorio la existencia de un sistema de salud colapsado el cual carece de equipos y estrategias para subsanar las secuelas de la endemia incitada por el COVID-19 y sus variantes del virus SARS-CoV-2. Esta situación adversa generó crisis emocional en la población y las redes sociales, la radio y la televisión se ocuparon de que esto sea agrave más logrando así que las personas experimentaran emociones y sensaciones displacenteras como tristeza, temor, desesperanza, angustia, pánico, todas ellas en respuesta a la incertidumbre sobre el futuro. Y a todo ello se suma las cifras exorbitantes de las personas que fallecieron dejando a numerosas familias con pérdidas irreparables de sus seres amados, lo que generó más el impacto emocional o problemas de salud mental a miles de personas a nivel nacional.

Y es por esa razón que surge la importancia de remarcar que existe una comunidad frágil, que engloba a niños y hasta adultos mayores, no importando el género ni condición económica-social, todos ellos hacen el esfuerzo denodado para hacerle frente a esta realidad adversa y para poder frenar la pandemia se tuvo que realizar medidas drásticas para mantener el distanciamiento social, con la finalidad de evitar el contagio, lo que fue desencadenando una serie de psicopatologías, causando síntomas en relación a problemas afectivos, entre ellos la depresión, que se caracteriza por sentimientos de soledad, desánimo, desesperación, llanto, estrés y preocupación, todos ellos no permiten el disfrute de actividades que antes solían ser placenteras. Todas las sintomatologías ya mencionadas se tornan aún más intenso y los casos son más elevados debido a que la población ya era muy vulnerable debido a la falta de cuidado y atención de su salud mental a ello se suma la evidencia de la insuficiente gestión de recursos personales, equipos y estrategias para hacer frente a una situación tan extrema como la que está viviendo.

La depresión, según la OMS (2021) es una enfermedad como consecuencia de interrelación entre los factores sociales, biológicos y psicológicos como los traumas, experiencias adversas, el estrés, y problemas de salud física; y es muy

frecuente y puede dañar a todos. Según estudios se aproxima que perjudica un aproximado de 322 millones de personas siendo la mayoría los más afectados las mujeres. Esta es una enfermedad que genera déficit del ánimo y de las respuestas breves a los problemas cotidianos. Es por esa que se torna en un problema, especialmente cuando estas son recurrentes y de niveles muy altos (moderada o severa), puede provocar mucho malestar y esta va afectar a las diferentes actividades laborales, académicos, familiares y en el peor de los casos lleva al suicidio.

A nivel de América Latina, este problema afectivo esta desatendido y las cifras son altas por ejemplo en: Brasil 5.8%, Cuba 5.5%, Paraguay 5.2%, Chile y Uruguay 5%, Perú 4.8%, Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana 4.7% (Telesur tv, 2017).

A nivel de Perú, el Instituto Nacional Honorio Delgado (2020) menciona que un millón 700 mil personas adolecen de depresión. De los cuales se tratan solo 425 mil personas del total y 34 mil admiten que tienen problema mas no toman medidas de atención médica. De las cuales el 70% son mujeres y pese a ello el número de los casos sigue ascendiendo y la mayor parte de la población no lo considera como un problema grave, aun cuando sus efectos pueden ocasionar el suicidio.

El 80% de los suicidios es causado por la depresión. Asimismo, según IPOPS (2020) la incidencia del problema depresivo se encuentra entre el 14% en zonas urbanas, y el 12,5% rurales. Los casos depresión va asciendo debido a la llegada del covid-19, causando problemas a todos los grupos etarios siendo el más vulnerable y afectado el sexo femenino. Muchas de estas personas afectadas lamentablemente terminan en suicidio.

A nivel de Lima según MINSA (2018) la depresión, constituyen la primera causa de enfermedad en el país. A ello se suma la llegada del Covid-19 lo que empeora y eleva la cifra. Según las declaraciones del Psiquiatra Kabar, en Lima, se considera de cada 10 personas adultos 7 han presentado síntomas vinculados a la depresión y ansiedad durante el aislamiento. Del total de esa cifra de personas sintomatológicos, el 12,8% refirió haber tenido pensamientos suicidas. Esto es probable debido a que la población en general no estaba preparada para hacer frente a una situación adversa de este tipo (Chumpitaz, 2021).

Además de todo lo mencionado la depresión también se evidenció en personas que padecieron covid-19 y pudieron superar el problema, según los estudios realizados por el Dr. Nizama (2021) alega que todos ellos presentaron diferentes síntomas como: 26% trastorno de sueño y el 23% ansiedad o depresión.

En el Policlínico de Ventanilla, con la llegada de la pandemia se pudo percibir e identificar un incremento considerable en los casos de depresión en sus diferentes niveles siendo casi la mayoría de nivel moderado y severo. Asimismo, la población afectada abarca desde niños hasta adultos mayores, siendo las más afectadas el género femenino. Todo ello se agravo más porque se suspendieron el tratamiento por falta de recursos económicos y también por la falta atención presencial en la entidad.

Desde el enfoque cognitivo de Beck (1967) los afectados con la depresión presenta esquemas que involucra una percepción negativa personal, de su entorno y del futuro. Es decir, estas personas se perciben incapaces e inútiles, despreciables o con alguna tara. En lo referente al entorno, se interpreta en términos negativos, pérdidas o daños y con respecto al futuro cree que vendrán tiempos difíciles de más fracasos y frustraciones.

Por todo lo antes mencionados la presente investigación tiene por finalidad crear un programa cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión en pacientes mujeres de un policlínico de Ventanilla, 2022. Para ello se plantea como problema de estudio: ¿Cómo sería el programa cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión de las pacientes de un Policlínico de Ventanilla, 2022?

Esta investigación hace su justificaron desde una presunción teórica pues proveerá datos específicos sobre las variables que han sido poco investigadas en similares situaciones. Así pues, también el criterio metodológico, permite disponer con un instrumento que pueden ser utilizados en futuros tratados y en procesos de evaluación de salud en la entidad.

De igual forma se justifica desde la óptica experiencial y social, los resultados servirán de mucha utilidad para terapias más efectivas y promover acciones preventivas y promoción de salud mental en la entidad, beneficiando a sus pacientes. En tal sentido el estudio plantea como objetivo general: Proponer un programa cognitivo conductual para el tratamiento de depresión en pacientes

mujeres de un policlínico de Ventanilla 2022. Asimismo, los objetivos específicos son: Conocer niveles de depresión de pacientes mujeres de un Policlínico de Ventanilla, 2022. Diseñar el programa cognitivo conductual para pacientes mujeres con diagnóstico de depresión de un Policlínico de Ventanilla, 2022. Fundamentar teóricamente el programa cognitivo conductual.

II. MARCO TEÓRICO

Antecedentes a nivel internacional a: Lacomba, García y Sanz (2021) realizaron un estudio en España, con la intención de analizar la eficacia de una intervención cognitivo conductual en depresión. Con una población de 6 mujeres. Los cuestionarios utilizados fueron: ansiedad, depresión, satisfacción con la vida y satisfacción con la intervención. Dando como resultados previos al tratamiento evidencian niveles elevados de ansiedad y depresión y baja satisfacción vital. 6 meses después del tratamiento se logra reducir la sintomatología y aumento de su satisfacción con la vida.

Martínez et. al (2020) quienes realizaron un estudio en México, en donde evaluaron la terapia cognitivo-conductual grupal sobre la depresión y ansiedad. El estudio fue preexperimental con una muestra de 17 mujeres. Usaron como instrumentos de evaluación el BDI-II de Beck y la Escala de Hamilton. Dicho estudio dio como resultado posterior a la terapia una evidente baja de los síntomas de depresión ya ansiedad.

Antón (2016) ejecuto el estudio del caso de una mujer deprimida de 18 años, utilizando para el análisis el Inventario de Beck, Escala de Rosemberg, Inventario ISRA. Con intención de mitigar síntomas se realizó un plan de intervención de 12 sesiones con el paradigma cognitivo conductuales. Al finalizar la ejecución se realizó un post test en la cual se observa la baja de los síntomas.

Rubio (2015) concreto una exploración con la finalidad de saber la efectividad de la terapia cognitiva conductual, para ello asistió a una mujer de 29 años con depresión y distimia. El paradigma que se utilizo fue cognitivo conductual. Los resultados fueron satisfactorios ya que hubo una baja de los síntomas.

Espinoza (2019) realizo un estudio en Panamá, denominado Terapia cognitiva de Beck y síntomas depresivos. La población estaba conformada por 10 pacientes, entre 18 a 35 años. Se usó los Inventarios de Beck. Se aplicó un diseño preexperimental. El tratamiento se realizó en 15 sesiones, aplicados dos veces a la semana y se evaluaron un pretest en donde los resultados reflejaron niveles moderada y severa. En el postest de la terapia se obtuvo como resultado depresión leve y normal, lo que indica la disminución de los síntomas de depresión.

Antecedentes a nivel nacional a: Vázquez (2021) desarrollo un programa cognitivo conductual en usuarias diagnosticados con depresión, en Tumbes. Con una población de 30 usuarios entre 13 años en adelante. Tipo de investigación aplicada, diseño descriptivo-propositivo. Se empleó el BDI-II, validado por Carranza (2012). El diseño del programa fue cognitivo conductual en una cantidad de 10 sesiones. Los resultados indicaron evidencias satisfactorias en usuarios con diagnóstico de depresión. Asimismo, los resultados en relación a la población fueron que el 69% son mujeres, el 31 % varones, el 43% solteros y el 20% casados.

Huaynates (2020) ejecuto una investigación en Lima, con la intención de evaluar la eficacia del modelo terapéutico cognitivo conductual para reducir los síntomas depresivos en una mujer de 40 años. Se usaron como instrumentos: Escala de Eysenck y el BDI-II de Beck. Después de aplicar las técnicas se obtuvo como resultado una baja del nivel de depresión.

Marcelo (2019) ejecuto una investigación en Lambayeque, denominado programa cognitivo conductual para la depresión. Siendo la muestra 102 mujeres entre 16 a 60 años. Dicho estudio fue descriptiva propositiva, transversal y no experimental. Para dicho se dispuso del Inventario de A. Beck (1978). Los resultados reflejaron los siguientes niveles: el 47.1% moderada, 31.4% grave, 12.7% leve y 8.8% mínima. En lo que concierne a las áreas se obtuvo: cognitivo afectivo, el 20.6% grave y somática conductual, el 19.6% grave, por lo que fue necesario elaborar un programa para la intervención terapéutica.

Céspedes (2017) ejecuto un estudio para precisar la repercusión de un plan cognitivo conductual en la depresión de los adolescentes y jóvenes de una entidad universitaria de Lima. Para ello la población fue de 120 alumnos de psicología, quedando como muestra 60. El tipo de investigación pre experimental con pretest y posttest, diseño experimental. Como instrumento se usó el BDI-II. Los resultados de dicho estudio concluyeron que hubo una disminución significativa de los síntomas cognitivos, afectivos y somáticos.

Seminario (2022) ejecuto un estudio descriptivo propositivo denominado programa cognitivo conductual para la depresión en adultos. Con una población de 30 adultos entre 20 a 60 años de ambos sexos. Instrumento empleado fue el BDI-II validado por Carranza (2012). Los resultados obtenidos fueron el 56,7% presente

depresión moderada, el 43,3% depresión severa, razón por la cual plantea el programa.

En lo referente a las bases teóricas se va a empezar por dar definición en primer lugar a la depresión; la OMS (2001) alega que es un trastorno de índole afectivo caracterizado por el desinterés en actividades de placer, alteración significativa en la funcionalidad del individuo en sus diferentes campos. Es vital precisar que la depresión puede presentar síntomas como: cambios en el ritmo del sueño y apetito, problemas motrices, déficit en la atención. concentración, en la toma de decisiones, inutilidad, inferioridad e inseguridad personal, culpa, y en casos extremos deseos e ideas o actos suicidas.

La OPS (2017) menciona que el problema depresivo es una de las principales causas de discapacidad y problemas de la salud tanto en la persona como su entorno, evidenciando una cifra bastante alarmante de 290 millones de personas que padecen de esta enfermedad, pero además va en aumento de 18% de casos entre el 2005 y 2015. De igual modo, según la OMS (2012) la depresión fue considerado como un trastorno que afecta las emociones de las personas y que conlleva a desvincularlo de sus quehaceres, alterando los patrones de sueño y apetito, lo cual van generando problemas en la atención y concentración; cabe resaltar que si los síntomas persisten en el tiempo y no son atendidos pueden afectar su función y conducir al suicidio.

De acuerdo a Hegeman et al. (2012) definieron a la depresión como un problema que afecta tanto a la comunidad infantojuvenil y adultos mayores, siendo el grupo etario con mayor predisposición entre 25 y 55 años; y estas irán manifestando sintomatología distinta según la fase en la que se están los sujetos. Es de vital importancia mencionar que existen algunos de riesgo entre ellas están los agentes personales, genéticos, cognitivos, familiares y sociales, que pueden ser los causales para el aumento del problema.

Asimismo, Reynolds (1987) define a la depresión como aquel déficit del ánimo que altera la funcionalidad normal y cambian los patrones de conducta asociados a la tristeza, lo cual se percibe en la disfuncionalidad de sus actividades más simples y las complejas.

De igual modo, Beck (1967) refirió algunas consideraciones para detectar un caso depresivo: a nivel emocional, explorar la presencia de la tristeza, displacer, desmotivación y evasión de dificultades e incluso acciones de su vida diaria. A nivel cognitivo, es fundamental identificar alteraciones en la atención, concentración, toma de decisiones, a nivel conductual, displacer en sus actividades cotidianas, disminución de la energía, finalmente a nivel fisiológico, se deberá tomar en cuenta alteración en el sueño y apetito, e incluso disminución del deseo sexual. Así pues, este problema depresivo es una agrupación de sintomatologías que afectan a nivel general (Beck, 1994).

Chinchilla (2008) refiere que este problema afectivo se caracteriza por un deficiente estado de ánimo y energía lo cual le genera problemas en su vida cotidiana, por consiguiente, le causa más tristeza y desesperación. Los cambios cognitivos más acentuados es la de creer o sentirse incapacitado al no poder cumplir sus peticiones a diferencia de otros. De igual modo posee actitud fatalista y displacer, asimismo carece de autoestima y seguridad personal, todo ello al perdurar en el tiempo puede originar serios problemas (Garza, 2004).

De igual forma Ríos (2016), refiere que existen 4 fases en la depresión, siendo la primera, el desencadenante (causa). Segundo, el asentamiento de la depresión (tiempo y los pensamientos limitantes como “no sirvo para nada” “para que luchar”). Tercero, abandono de actividades placenteras. Cuarto, incumplimiento de las responsabilidades.

Por último, según Torres et al. (2019) refieren que la depresión se distingue por un deficiente estado de ánimo persistente, pensamientos irracionales y síntomas somáticos.

En relación a la terapia cognitiva, es importante mencionar que es uno de los paradigmas más utilizados en el proceso del abordaje terapéutico en pacientes diagnosticados con trastornos mentales ya que permite modificar su pensamiento, emociones y conducta. Este modelo tiene sus bases teóricas en el condicionamiento clásico y operante, la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis.

Este paradigma se caracteriza porque es un método estructurado y de tiempo limitado que se suele usar para tratar las diferentes alteraciones

psiquiátricas, entre ellas la depresión, siendo efectivo para lograr la identificar aquellos aspectos desfavorables de índole personal, de pensamientos distorsionados emociones negativas y la alteración de conductas.

En ese sentido Beck (1967) refiere que la manifestación depresiva está determinada por una agrupación de cogniciones, actitudes, desarrolladas a partir situaciones ya experimentadas, donde el rol del terapeuta es ayudar al doliente a darse cuenta sobre su cognición y conducta; con el propósito que se está convierta en algo más funcional en relación a los problemas que le afligen, de ese modo los síntomas se podrán reducir de manera progresiva y en otros eliminarlos.

Por consiguiente, este método cognitivo conductual cuenta con un conjunto de estrategias cuya finalidad es identificar y delimitar pensamientos y creencias irracionales que alteran el adecuado u óptimo desarrollo en las diferentes áreas de la persona. A parte de ello también ayuda a conocer la vinculación entre cognición, afecto y conducta, para sustituirlos por otros más funcionales.

De esta manera Beck (1967) postula tres conceptos que permita explicar la depresión las cuales son: La triada cognitiva, la cual se enfoca en la visión negativa del doliente, sobre su entorno y futuro, lo que genera como consecuencia baja autoestima, sentimientos de inferioridad, minusvalía, y la idea carecer de atributos para lograr la felicidad. La organización estructural de los esquemas y del pensamiento, es decir las distorsiones del pensamiento, hace que las personas se sientan invadidos por ideas pesimistas y negativas que no son acorde al razonamiento ni a la realidad, lo que genera una distorsión de la interpretación de una situación. Los errores cognitivos, se caracteriza por aceptar y adjudicar conclusiones desde una percepción desfavorable a pesar de que hay evidencia de lo opuesto, esto no permite que la persona tenga otras opciones de visualizar más posibilidades.

De igual forma Rosello y Bernal (2007) indican que este paradigma permite identificar cogniciones y emociones que afectan considerablemente el estado de ánimo de las personas. Caro (2013) refiere que el modelo de Beck es el que más ha predominado en el proceso terapéutico sobre todo en aquellos cuadros clínicos asociados a trastornos afectivos como la depresión, esto se logra mediante el uso de las técnicas que han demostrado su efectividad.

Asimismo, Beck et al. (2010) refieren que el paradigma cognitivo se fundamenta en la percepción que tienen las personas en relación a sus experiencias pasadas, la manera de pensar sobre sí mismo, el pasado y el futuro.

De igual modo Beck, menciona que, durante el proceso de intervención con este paradigma, se pretende reconocer los pensamientos automáticos para ser reemplazados por otros más racionales, facilitando de ese modo transformar la triada cognitiva (Chávez-León y otros, 2014).

Por su parte, Puerta y Padilla (2011) aluden que esta terapia cognitiva pretende explorar el origen y mantenimiento del problema. Para lograr dicho propósito suelen utilizar diversas destrezas o estrategias que servirán para cambiar los pensamientos automáticos. Se puede mencionar que en estas circunstancias el paradigma aborda la depresión de una manera global; en donde el terapeuta invita e impulsa al doliente a que por sí mismo se dé cuenta de la percepción distorsionada que tiene sobre su realidad.

En otra orden, Ruiz y otros (2012) indican que el paradigma cognitivo conductual, permite identificar la causa de su origen, precisar los pensamientos irracionales y para ello se requiere trazar una proyección a corto y largo plazo; en tal sentido la primera, esta direccionada a eliminar o disminuir las ideas irracionales. La segunda, es desarrollar aquellas destrezas de afrontamiento que permitirá utilizar en adelante; lo que quiere decir que el paciente podrá poner en práctica todo lo aprendido durante la intervención terapéutica. De esta forma, el paradigma mencionado, es efectivo para la intervención terapéutica de la depresión y también para reforzar o desarrollar las destrezas o capacidades sociales (Puerta y Padilla, 2011).

Por otro lado, Chávez-León y otros (2014) indican que esta terapia logra ser exitosa por las intervenciones y también por la relación terapeuta – paciente, el cual cumple un rol muy importante ya que el terapeuta deberá proporcionar confianza, rapport, empatía y comunicación fluida y funcional, en un ambiente seguro y confidencial de esa manera se puede asegurar el éxito.

En conclusión, los paradigmas cognitivos realizan su abordaje de los desórdenes mentales desde la causa, así como las manifestaciones que repercuten en la conducta de las personas que se aquejan (Knapp y Beck, 2008).

Así pues, Mahoney y Arnkoff (1978) plantean algunas de las técnicas a seguir en el proceso de la terapia:

Reestructuración cognitiva, facilita reconocer las ideas irracionales, los pensamientos automáticos aquellos que siguen originando que el problema siga latente. Para ello se inserta el modelo creado por Ellis (1962). Otra técnica es la gestión de situaciones, esta invita al paciente a que explore sus capacidades de afrontamiento para saber cómo maneja situaciones desfavorables. En tal sentido Meichenbaum (1971) utiliza el entrenamiento de auto instrucciones. Asimismo, otra técnica mencionada es solución de problemas, las cuales son habilidades que están guiadas para transformar la forma en que la persona soluciona los problemas. Para ello se usan las estrategias como: la Terapia de Solución de Problemas de D'Zurilla y Golfried (1971), posteriormente el modelo de Solución de Problemas Interpersonales de Spivack y Shure (1974) y la Ciencia Personal de Mahoney (1974).

Sin embargo, a pesar de la eficacia de la terapia cognitiva en la intervención de trastornos mentales, surgen algunas controversias como:

Avia, y Hagerman, (1985) cuestionan el parecido de términos entre contenidos cognitivos, procesos cognitivos y estructuras cognitivas.

Por su parte, Seligman (1988) como Mahoney (1995) hacen la referencia de la insuficiente sustentación de conocimientos sobre la psicología cognitiva, por no haber considerado al paradigma cognitivo conductual como desarrollo tecnológico de la psicología ya que ambos surgieron en el mismo tiempo.

Por su lado, Ruíz (1993), refiere que, a lo largo del tiempo, la terapia cognitiva ha demostrado su eficacia a través de diferentes bases teóricas, no obstante, Mahoney, Gabriel, Perkins (1987) refieren que no se puede dejar de lado el enfoque epistemológico constructivista que también ha brindado aportes muy significativos para su respectivo desarrollo.

Ante todo, lo mencionado, este estudio enfatiza la relevancia de la intervención para la terapéutica de depresión en pacientes mujeres desde el paradigma cognitivo conductual va a permite identificar las ideas irracionales o automáticos, conductas des adaptativas, entre otros. De esta manera pueden ser

reemplazadas por otras más adaptativas mediante el uso de diferentes destrezas que permitirán la baja de síntomas cognitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos que están relacionados con la depresión.

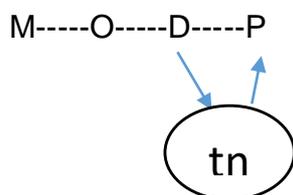
III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: el estudio que se realizó es de tipo aplicada (Murillo, 2008) el cual se caracteriza porque usa los conocimientos previos, con ello se puede identificar otros mediante el transcurso del tiempo, ejecutándose y sistematizándose para poder conocer la realidad de la problemática.

En lo concerniente al diseño de investigación: para fines de este estudio se usó es diseño descriptivo no experimental de corte transversal la cual según Hernández, Fernández y Baptista (2016) tiene por propósito describir y tantear la repercusión de las modalidades o niveles de las variables en una comunidad determinada. De igual manera es propositiva, la cual ocupa de cómo deberían ser las cosas para alcanzar objetivos y funcionar de manera satisfactoria. Por consiguiente, la investigación que se desarrolló es descriptivo y propositivo, pues pretende conocer el nivel de depresión en las pacientes mujeres del Policlínico de Ventanilla, de igual modo plantear una línea de base y diseñar un programa cognitivo conductual que se aplicará en el futuro.

Mapa del diseño Descriptivo-Propositivo



Donde:

M: Mujeres pacientes del Policlínico

O: Observacion de línea de base

D: Diagnóstico y evaluación

tn: Fundamentos teóricos

P: Propuesta cognitivo conductual

3.2. Variables y operacionalización

Variable Independiente: Programa Cognitivo Conductual

Definición conceptual: Beck (1967) refiere recurso estructurado y de tiempo limitado utilizada en la terapéutica de las alteraciones mentales, entre ellas la depresión, con la intención de identificar cogniciones, emociones y conductas disfuncionales y de este modo sustituir por algo más funcional en relación a sus problemas psicológicos, disminuyendo o eliminando los síntomas propios de la depresión.

Definición operacional: El programa que se desarrollo tuvo como fundamentos teóricos el paradigma cognitivo conductual creado por Beck. Se desarrolló en un total de 12 sesiones, con durabilidad de 90 minutos por sesión, dirigido a 30 pacientes mujeres con diagnóstico de depresión de un Policlínico de Ventanilla, previa primera sesión será el proceso de evaluación.

Indicadores: cognitiva, afectiva y conductual

Escala de medición: nominal

Variable Dependiente: Depresión

Definición conceptual: OMS (2011) indica como un trastorno afectivo o de ánimo que se caracteriza por el desinterés en el disfrute de actividades placenteras y alteración considerable funcional de los individuos en las diferentes áreas de su vida.

Definición operacional: La evaluación se realizó con el instrumento del Inventario de Depresión-II (BDI-II) creado por Beck, con la cooperación de Robert A. Steer y K. Brown. Cada ítem responde a una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 y 18 que contiene 7 categorías.

Las puntuaciones mínima y máxima en la prueba son 0 y 63, las mismas que establecen la clasificación en cuatro grupos 0-13 (depresión mínima), 14-19 (depresión leve), 20-28 (depresión moderada), 29-63 (depresión grave).

Indicadores: cognitivo afectivo (tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer e interés, sentimientos de culpa, castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica,

pensamientos o deseos suicidad, llanto, desvalorización y cambios en el apetito). Somático motor (agitación, indecisión, pérdida de energía e interés al sexo, alteración a nivel de sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, cansancio o fatiga).

Escala de medición: ordinal

3.3. Población, muestra y muestreo

Población: Está conformada por 30 pacientes mujeres que acuden al Policlínico de Ventanilla y han sido diagnosticados con depresión.

Norma de inclusión: Pacientes mujeres entre 20 a 40 años con diagnóstico de depresión.

Norma de exclusión: Pacientes menores y mayores de dicha edad, así como también los pacientes varones.

Muestra: Fue el total de la población (30 pacientes mujeres) diagnosticados con depresión en el Policlínico de Ventanilla.

Unidad de análisis: Pacientes mujeres diagnosticadas con depresión a partir de 20 a 40 años.

Para fines de este estudio no se utilizó el muestreo ya que se pudo obtener la viabilidad de la población.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica, a fin de concluir este estudio se aplicó la observación, entrevista y se usó también el BDI-II, validado en el año 2020 por Aedo Benites Rafael Tadeo, en un Hospital de Trujillo en donde la muestra fue 343 pacientes de los cuales 264 fueron mujeres y 79 masculino, edad entre 18 a 80 años.

Este inventario, es un auto informe que analiza la presencia y gravedad de la depresión en personas desde los 13 años en adelante. Esta cuenta con 21 ítems indicativos de 17 síntomas: tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimiento de fracaso y de culpa, pensamientos de suicidio, pesimismo, alteración a nivel del

sueño y alimentación, etc. La aplicación puede de ser manera unipersonal o grupal, requiere tiempo de 10 a 15 minutos. Este instrumento se basa en el modelo cognitivo de Beck, cada ítem responde a una escala de 4 puntos, las cuales corresponden a diferentes niveles.

Confiabilidad: Se desarrolló con el Coeficiente Omega, estimando así la consistencia interna de .93.

Validez: Para el contenido se realizó por juicio de 10 expertos y se obtuvieron índices V de Aiken altamente significativos ($p < .01$). Asimismo, la validez de la estructura interna fue aceptada mediante el análisis factorial.

3.5. Procedimientos

El procedimiento se realizó de la siguiente manera: se solicitó una carta de presentación a la UCV, con lo cual se solicita el permiso para del Policlínico de Ventanilla. Una vez aprobado se realizó la aplicación del inventario de manera presencial y de esa manera lograr la información de las pacientes. Después se procedió a la investigación de antecedentes, teorías científicas y conceptos, que permitan contrastar los resultados obtenidos. Se propuso un programa de intervención basado en el modelo cognitivo conductual teniendo un total de 12 sesiones como mínimo las mismas que serán evaluadas con las siguientes dimensiones: cognitiva, afectiva y somato motor. En resumen, se buscará intervenir a las pacientes diagnosticadas con depresión en el Policlínico de Ventanilla, puesto que, a la recurrencia de los síntomas e incremento debido a la pandemia, con el fin de obtener resultados mediante el análisis del procedimiento estadístico para su respectiva discusión, luego brindar las conclusiones y recomendaciones.

3.6. Método de análisis de datos

En este estudio realizado se usó el programa de Excel para recopilar los datos y para el análisis el programa estadístico SPSS, las cuales ayudaran a elaborar las tablas.

3.7. Aspectos éticos

Para los fines de esta investigación se fundamenta la exactitud, puesto que todos los antecedentes e investigaciones que se han mencionado están debidamente enunciados. Por lo tanto, en el presente proyecto de investigación se veló por los derechos de la libertad de participar puesto que es una decisión voluntaria, así como se menciona en el Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano (2014) en su título XI, descrito en los artículos 79 y 87 el establecimiento de acuerdos claros y justos entre el investigador y los participantes, así como cuidar la confidencialidad de la información a excepción de la necesidad de informar a terceros.

IV. RESULTADOS

4.1 Nivel de depresión

Tabla 1

Nivel de depresión en pacientes mujeres del Policlínico de Ventanilla, 2022

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	4	13,3
Moderada	12	40,0
Severa	14	46,7
Total	30	100,0

Fuente: Inventario de A. Beck, aplicado en pacientes mujeres del policlínico de Ventanilla, 2022.

Interpretación: En la tabla 1 se observó que, el 46,7% (14) de mujeres presenta depresión severa, el 40,0% (12) depresión moderada, y el 13,3% (4) depresión leve.

4.2 Fundamentar la propuesta

Beck (1987) afirma que la depresión se basa en teoría cognitiva en donde esta problemática es la consecuencia de una interpretación tergiversada de la situación o hecho que suele afrontar la persona. Esta teoría está orientada a tres conocimientos básicos: percepción (es la capacidad del proceso y organización de la percepción, el pensamiento y el desempeño mental), el contenido cognitivo (viene a ser la significancia del sujeto que le otorga a los pensamientos e imágenes) y modo. Es así que, para los profesionales como los terapeutas, la interpretación del individuo de los acontecimientos o hechos (cognición cognitiva) tendrá un impacto importante en sus emociones o sentimientos.

Este enfoque de psicoterapia suele brindarse de manera organizada, funcional y centrado en problemas. El tratamiento suele durar un aproximado de 12 a 20 sesiones y los pacientes a medida que asisten pueden experimentar una disminución gradual de los síntomas lo que indica que el tratamiento está siendo dando resultados favorables o significativos. Durante la sesión se le instruye al paciente a reconocer los pensamientos irracionales con la finalidad de que la persona logre descubrir cómo estos pensamientos le generan más pensamientos, conducta y emociones negativas como la tristeza. A medida que el paciente logre aprender y a experimentar se va dar cuenta de la utilidad y veracidad de estos pensamientos y va tratar de corregir sus distorsiones y buscar otro tipo de ayuda y con ello va a crear una percepción e interpretación más racional y adaptativa con lo cual se logra la reestructuración cognitiva.

En esta investigación se ha podido observar que, el 46,7% (14) de las mujeres presenta depresión severa, el 40,0% (12) moderada, y el 13,3% (4) leve, llegando a la conclusión que el 100% están presentando depresión, por lo que se ha propuesto realizar un programa cognitivo conductual, el cual contiene 12 sesiones las cuales se desarrollan una vez por semana, en ella se abordarán temas relacionados a la variable de estudio, para ello se utilizarán técnicas, estrategias y actividades cognitivas conductuales. Con la finalidad de lograr que las pacientes logren reducir y eliminar los síntomas de la depresión. Asimismo, que estas técnicas aprendidas eviten las recaídas mediante el uso de las mismas.

El paradigma cognitivo conductual tiene por finalidad principal reestructurar la alteración de los pensamientos, tal cual lo plantea Beck, esta tiene tres elementos básicos: primera la triada cognitiva, las cuales son pensamientos y actitudes negativas hacia uno mismo, el mundo y al futuro. Segunda esquemas cognitivos, son aquellos patrones de pensamiento rígidos e irracionales a largo plazo representan la generalización de experiencias tempranas o del pasado de una persona lo que va a juzgar ya sea el presente o futuro. Tercera las distorsiones o errores cognitivos, se caracteriza por aceptar y dar por hecho conclusiones negativas a pesar de que hay evidencia de lo opuesto, esto no permite que la persona tenga otras opciones de visualizar más posibilidades lo que le genera más depresión y la persona siente tristeza e inutilidad o incapacidad para salir del problema. Dentro de estos errores cognitivos se encuentran pensamiento dicotómico, individualización, sobre generalización, filtraje, razonamiento emocional, culpabilidad, debería, entre otros. En definitiva, todo este tipo de pensamientos automáticos hacen que la persona sea rígida, negativa y catastrófica lo que le genera más depresión.

4.3 Elaborar la propuesta del programa

- **Título del programa:** PSICOHABITOS HAPPY
- **Población objetivo:** Mujeres entre 20 a 40 años con diagnóstico de depresión
- **Numero de sesiones:** 12 sesiones
- **Beneficiarias:** Mujeres con depresión
- **Objetivo de intervención:**

Objetivo general:

Diseñar un programa cognitivo conductual con referencias teóricas de Beck para el tratamiento de depresión en pacientes mujeres

Objetivos específicos:

- Elaborar el programa para la intervención de las mujeres con depresión
- Mejorar el estado de ánimo, mediante el uso de la técnica de reestructuración cognitiva, así pues, las pacientes podrán tener creencias, pensamientos más racionales, funcionales y positivos, esto permitirá que las mujeres logren su bienestar.

Metodología

- Interacción simultánea
- Psicoeducación
- Utilización de técnicas cognitivas
- Técnica del ABC (Beck)
- Técnica del ABDCE (Ellis)
- Técnica del ABCDEF
- Técnica de resolución de conflictos
- Técnicas de relajación
- Técnicas conductuales
- Retroalimentación
- Proyecto sentido de vida
- Resiliencia

Reglas de las sesiones

- Puntualidad para las sesiones programadas
- No faltar a ninguna sesión
- Cumplir con las tareas asignadas para la casa
- Expresar su estado de ánimo antes y después de la terapia
- Comunicar siempre con respeto la satisfacción, inconvenientes o limitaciones que se encuentra en la terapia
- No debe abandonar el tratamiento
- Comunicar cualquier tipo de contratiempos con anticipación

Evaluación

Para realizar el proceso de evaluación fue necesario aplicar un pretest donde solo se evaluaron a las pacientes mujeres entre 20 a 40 años. Para fines de efectividad se deberá aplicar un postest, ya que esta es solo una propuesta para las futuras intervenciones. Este planteamiento tiene por objetivo lograr que las pacientes identifiquen las interrelaciones pensamientos, conductas o acciones y las emociones o sentimientos. Una vez identificado la relación entre pensamientos-conductas-emociones es necesario que aprendan y logren reestructurar tanto los pensamientos como las conductas negativas por otras más positivas logrando de ese modo disminuir o eliminar los síntomas propios de la depresión.

Sesiones

Las 12 sesiones desarrolladas con sus respectivos objetivos, técnicas, actividades y tareas se adjuntan en anexo.

N sesión	Técnica	Objetivo	Tiempo
1 C-A	Psicoeducación I Análisis funcional de sus conductas problema	Dar a conocer el problema "Depresión". Elaborar la línea base y los objetivos del tratamiento	90 minutos
2	Psicoeducación II	Identificar hábitos negativos (lograr el insight) y reinsertar hábitos positivos.	90 minutos

		Adherencia al tratamiento y la psicoterapia.	
3	Reestructuración cognitiva ABC Técnicas de relajación muscular progresiva	Determinar la relación de los pensamientos y emociones. Disminuir el estrés, contracturas musculares, entre otros. Disminuir los pensamientos automáticos	90 minutos
4	Reestructuración cognitiva ABCDE	Identificar las creencias y sus efectos en los pensamientos.	90 minutos
5	Reestructuración cognitiva	Identificar la relación entre pensamiento y emoción "estado de ánimo".	90 minutos
6	Reestructuración cognitiva	Determinar la relación entre: ABCEDF	90 minutos
7	Reestructuración cognitiva	Incrementar los pensamientos de autovaloración y autoestima.	90 minutos
8 S-M	Técnicas conductuales	Determinar la relación entre conducta y estado de ánimo.	90 minutos
9	Entrenamiento asertivo Técnicas de relajación	Identificar y cambiar el dialogo interno e interpersonal diario. Disminuir el estrés y la ansiedad	90 minutos
10	Solución de problemas	Instaurar y planificar la toma de decisión y las acciones para resolver los problemas de cualquier índole.	90 minutos
11	El sentido de vida	Identificar y elaborar las metas personales para darle el sentido de su existencia.	90 minutos
12	Resiliencia	Identificar lo positivo en la adversidad.	90 minutos

V. DISCUSIÓN

Definitivamente los efectos de la epidemia (Covid-19) han ocasionado gran impacto negativo psicoemocional de los compatriotas, esto se ve reflejado en la gran sumatoria en las cifras que son alarmantes en relación a los trastornos afectivos como la depresión. Este trastorno afecta a todos los grupos etarios, pero afecta casi siempre más a las mujeres lo cual si no es asistido agrava los niveles de depresión y por ende la situación de las mujeres porque les va a generar otros problemas.

En ese marco, la OMS (2011) define a la depresión como el trastorno afectivo que se caracteriza por la manifestación del desinterés en el disfrute de actividades placenteras y en la funcionalidad de los roles o funciones de su vida. De igual modo, la OMS (2012) afirma que la depresión fue considerada como un trastorno que afecta las emociones, altera el sueño y apetito, genera falta de atención y concentración y todo ello conlleva a las personas a desvincularlo de sus actividades diarias. Y si todos estos síntomas perduran en el tiempo y son desatendidos puede producir disfuncionalidad y llegar al suicidio.

La depresión, según la OMS (2021) es una enfermedad como consecuencia de la interrelación entre los factores sociales, biológicos y psicológicos como las traumas, experiencias adversas, el estrés, y problemas de salud física. También es muy habitual y se aproxima que aflige a más de 322 millones de sujetos siendo la mayoría la mujer. Esta es una psicopatología que se representa como la deficiencia a nivel del ánimo y las acciones inmediatas a los contratiempos diarios. Es por esa que se torna en un problema serio, sobre todo cuando son niveles altos y recurrentes, puede causar problemas muy serios y alterar las diferentes o roles y en el peor de los casos llevar al suicidio.

Beck (1967) refirió que la depresión al ser un trastorno emocional puede provocar cambios a nivel cognitivo, afectivo, motivacional, somática o conductual. Así pues, esta enfermedad, es una agrupación de sintomatologías que afectan a las personas casi en todas las dimensiones (Beck, 1994).

Por otro lado, Chinchilla (2008) refiere que esta enfermedad se caracteriza por un déficit del ánimo, energía lo cual le genera problemas en su vida cotidiana, por consiguiente, le causa más tristeza y desesperación. Entre las alteraciones

cognitivas suele estar el creer que todas las acciones está mal ya que su nivel de exigencia es elevado y al no poder satisfacerlo se siente menos o incapaz a diferencias de otros. De igual modo tiene una disposición fatalista y displacer frente a actividades de disfrute, asimismo presenta desestima personal, que al mantenerse en el tiempo puede originar problemas mayores (Garza, 2004).

Con respecto al resultado de niveles de depresión se obtuvo que: el 46,7% (14) de las mujeres tiene nivel severo, el 40,0% (12) moderada, y el 13,3% (4) leve. En ese sentido Marcelo (2019) realizó un estudio en un grupo de mujeres de lo cual obtuvo los siguientes resultados diferentes en donde el 47.1% tiene nivel moderada, 31.4% grave, 12.7% leve y el 8.8% mínima. Otro estudio realizado por Vásquez (2021) evidencia resultados más elevados en donde: el 55% depresión severa, 43% moderada y el 2% mínima. En tal sentido, Reynolds (1987) refiere que, al realizar el diagnóstico de una persona depresiva, su capacidad cognitiva va ser alterada y a su vez también los patrones de comportamiento varían, lo cual indica que mayor nivel de depresión mayor disfuncionalidad en las actividades o tareas diarias. Otro estudio desarrollado por Seminario (2022) se obtuvo como resultado que: el 56,7% es moderada y el 43,3% severa.

Considerando el anunciado anterior mencionado, y considerando que las mujeres son más afectadas, Beck (1967) menciona algunos ítems a tener en cuenta para detectar el desorden anímico: a nivel afectivo, analizar indicadores de tristeza, displacer, desmotivación y evitación de problemas. A nivel cognitivo es fundamental precisar déficit de atención, concentración, memoria y toma de decisiones. A nivel conductual, displacer en sus actividades de disfrute, déficit de energía. A nivel fisiológico, alteración del sueño y apetito, e incluso desinterés del deseo sexual. Así pues, este problema puede causar cambios de manera general en las personas.

Para Beck (1967) el problema depresivo, es el déficit del estado del ánimo que genera cambios a nivel cognitivo, afectivo emocional, motivacional y físico, todo ello hace que la persona sienta la desesperanza de sí misma, del mundo y su futuro. Asimismo, Torres, Ortiz, Martínez, Fernández y Pacheco (2019) refieren que es un problema emocional caracterizado por un bajo estado de ánimo constante, con pensamientos negativos y problemas somáticos.

Por otro lado, Hegeman et al. (2012) definieron a este problema depresivo como un patrón que aqueja desde jóvenes hasta adultos, de los cuales los más vulnerables son los que están entre 25 y 55 años; pero van ir presentando una serie de sintomatologías distintas según la fase de vida. Es de vital importancia aludir que los componentes genéticos, cognitivos, personales, familiares y sociales, pueden ser considerados como riesgo para el incremento de la problemática.

Por último, de acorde al hallazgo del resultado de la investigación, se propone el programa cognitivo conductual para el tratamiento de depresión tanto los niveles severa, moderada y leve. Este programa está conformado por 12 sesiones, de duración 90 minutos cada una. En relación Vásquez (2021) realizó un programa bajo el mismo modelo de Beck, con un plan de intervención de 10 sesiones con un aproximado de 2 horas. De igual modo Seminario (2022) realizó un programa bajo el modelo cognitivo conductual para tratar la depresión moderada, esta cuenta con 15 sesiones con aproximado de 90 minutos cada uno.

Diversos estudios refieren que el problema depresivo, es una alteración a nivel del ánimo caracterizado por la tristeza profunda, sentimientos de inutilidad, culpa, impotencia, autocastigo, desinterés, desánimo y desesperación. Asimismo, también la depresión va acompañada de trastornos del sueño y alimentación, disminución en las funciones cognitivas como atención, concentración, memoria, las funciones ejecutivas y las habilidades resolutivas.

Según la teoría de Beck (1967) el trastorno depresivo se debe a una mala interpretación de una situación o evento que experimenta la persona. Es esta teoría se plantea lo siguiente: La triada cognitiva, la cual se enfoca en la visión negativa personal, sobre su entorno y el futuro, lo que genera como consecuencia baja autoestima, sentimientos de inferioridad, minusvalía, y la idea de carecer de atributos para lograr la felicidad. La organización de los esquemas y del pensamiento, vale decir las distorsiones del pensamiento, hace que las personas se sientan invadidos por ideas pesimistas y negativas que no son acorde al razonamiento ni a la realidad, lo que genera una distorsión de la interpretación de una situación. Los errores cognitivos, se caracteriza por aceptar y adjudicar conclusiones desde una percepción negativa a pesar de que hay evidencia de lo

opuesto, esto no permite que la persona tenga otras opciones de visualizar otras posibilidades.

Desde la perspectiva de la Guía Clínica de la Depresión en Adultos (2014) el paradigma cognitivo conductual se enfoca en reconocer y corregir los pensamientos distorsionados, así como las conductas des adaptativas o disfuncionales que generan situaciones relacionadas a la depresión. El rol del terapeuta es crear consciencia de la enfermedad mediante métodos psicoeducativos de esa manera lograr la adherencia al tratamiento, la adherencia terapéutica de ese modo la paciente coopera de manera proactiva en el proceso terapéutico. Durante las sesiones el objetivo del terapeuta es lograr que la paciente aprenda a conocer y reconocer y reevaluar sus patrones de pensamiento automático o irracional y cómo éstos están influyendo tanto en sus conductas como en sus emociones o sentimientos.

De igual modo debe entrenar a la paciente para que pueda aprender nuevas habilidades como el asertividad, resolución de problemas, resiliencia, entre otros, todo ello se realiza con la finalidad de que las personas cambien tanto sus pensamientos, conductas y experimente emociones positivas o gratas, para ello se suele dejar diversas tareas lo que va reforzar el aprendizaje. La terapia cognitiva conductual utiliza técnicas como la reestructuración cognitiva, técnicas conductuales, técnicas de relajación, asertividad, etc.

Este enfoque tiene un formato estructurado, tiempo y durabilidad limitado. Siendo la duración más usual entre 15 y 20 sesiones de terapia, un promedio de 45 a 60 minutos cada uno. Con frecuencia de una vez por semana con excepción en casos de severos o críticos se puede realizar dos veces por semana. La atención es de manera individual o grupal dependiendo la gravedad o comorbilidad. En tal sentido Espinoza (2019) menciona que la intervención con la terapia cognitiva conductual disminuye síntomas de depresión de una manera eficaz. Asimismo, García, et al (2013) menciona que la terapia disminuye el dolor del que sufre de depresión entre 80 a 90%, lo que refleja que casi todos los pacientes lograr aliviar sus síntomas de depresión y lograr recuperar su vida cotidiana.

También se dice que hay estudios que utilizan una norma más corta entre 6 a 8 sesiones de terapia y la atención es netamente individual. Este paradigma es

un procedimiento estructurado y de tiempo limitado que se usa para tratar las diferentes alteraciones psiquiátricas, entre ellas la depresión, siendo efectivo para lograr reconocer aquellos aspectos disfuncionales de las mismas personas, que a su vez están anexadas de pensamientos distorsionados y se ven reflejados en su conducta desadaptativa.

En ese sentido Beck (1967) refiere que la condición depresiva está establecida por un grupo de cogniciones, actitudes, desarrolladas a partir situaciones ya experimentadas, donde el rol del terapeuta es guiar al doliente a darse cuenta sobre dicha relación; con la intención de que se torne en algo más funcional en relación a los problemas que le afligen, de esta manera los síntomas se conseguirán mermar de manera progresiva en y otros eliminar. De ese modo se va a lograr que la persona recupere su equilibrio emocional y por ende su vida cotidiana.

VI. CONCLUSIONES

1. Se propuso realizar un programa, el cual está distribuido en 12 sesiones las que se ejecutaran una vez por semana en un tiempo de 90 minutos.
2. Que del 100% de las pacientes mujeres con diagnóstico de depresión del Policlínico de Ventanilla, que representan a 30 mujeres, el 46,7% (14) presento depresión severa, el 40,0% (12) depresión moderada, y el 13,3% (4) depresión leve, considerándose con mayor porcentaje la depresión de nivel severa. Entre edad de 20 a 40 años. Se concluye que el porcentaje mayor nivel de depresión es la de depresión severa 46,7%.
3. Se diseñó el programa cognitivo conductual basado en la teoría de Beck para el tratamiento de depresión.
4. El programa cognitivo conductual está planteado desde el enfoque cognitivo conductual de Beck, la cual se sustenta se la inferencia favorable en el proceso terapéutico de la depresión en diferentes investigaciones. Este programa está dirigido para mujeres con diagnóstico de depresión leve, moderada y severa, así pues, mediante la aplicación de este programa se puede reestructurar los pensamientos automáticos, las creencias irracionales y reducir y eliminar los síntomas logrando así la mejoría y el bienestar psicoemocional.

VII. RECOMENDACIONES

Ejecutar el programa propuesto el cual está distribuido en 12 sesiones las que se ejecutaran una vez por semana en un tiempo de 90 minutos a la brevedad posible en la entidad ya que todas las pacientes padecen del problema.

Aplicar el programa para tratar los síntomas depresivos. De igual forma realizar el seguimiento de las pacientes para identificar e intervenir o evitar recaídas, con la finalidad de que se logre la adherencia al tratamiento y la terapia y por último lograr el bienestar mental y emocional.

Utilizar y respetar el diseño del programa cognitivo conductual basado en la teoría de Beck para el tratamiento de la depresión ya hay evidencias científicas de sus beneficios.

A la Municipalidad de Ventanilla, así como el Hospital y Entidades particulares de salud y servicio de psicología que utilicen este programa creado con el fundamento de Beck. para su intervención para los casos de depresión de ese modo se logra una intervención oportuna con estrategias de calidad lo que va hacer que las personas se recuperen rápido y logren reinsertarse a sus actividades cotidianas con normalidad.

Crear servicios de atención psicológica en línea utilizando este programa tanto para la (psi coeducación, tratamiento y prevención) de ese modo tendrán una ayuda profesional oportuna para afrontar la depresión sin que estas se tornen como una forma de vida normal para muchas mujeres.

REFERENCIAS

- Aedo, R. (2020). *Propiedades Psicométricas del Inventario de depresión de Beck II, en pacientes atendidos en el Hospital I la Esperanza-Essalud*. (Tesis para doctorado). <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/46831>
- APA (2014). *Guía a la redacción en el estilo APA. Séptima Edición*. Washington
- Antón, V., Gracia, P. y García, J. (2016). *Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía*. UNIMINUTO, *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*,3, pp. 45- 52.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (1967). *Terapia cognitiva de la depresión*. Biblioteca de psicología. <https://www.edescler.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*. España. Desclee De Brouwer.
- Caballero, A. (2014). *Modelo de intervención en mujeres con depresión*. Universidad Autónoma del Estado de México. México.
- Caretas (2019). La causa principal del suicidio es la depresión. <https://caretas.pe/nacional/peru-principal-del-suicidio-depresion-salud-mental/>
- Caro, G. (2013). *El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck: reflexiones críticas*. Boletín de Psicología. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-2.pdf>
- Caro, G. (2014). *Presente y futuro de las psicoterapias cognitivas*. Revista de psicoterapia. https://www.researchgate.net/publication/268369150_Presente_y_futuro_de_las_psicoterapias_cognitivas.
- Céspedes, L. (2017). *Aplicación de un programa cognitivo conductual en adolescentes y jóvenes con depresión provenientes de la Universidad Privada San Juan Bautista*. (Tesis para Maestría). <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2533>

- Colegio de Psicólogos del Perú (2014). *Código de ética profesional del psicólogo peruano*. Consejo Directivo Regional de Lima. Perú: Morzan
- Espinosa, A. (2019). *Intervención en terapia cognitiva, de Aarón T. Beck, en pacientes con depresión, de un Centro de Salud de Panamá*. (Tesis para maestría). <http://up-rid.up.ac.pa/1722/>
- Chávez-León, E., Benítez-Camacho, E., y Uribe, M. (abril 2014). *La terapia cognitiva conductual. Salud mental*. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185
- Chinchilla, A. (2008). *La Depresión y sus Máscaras*. Aspectos Terapéuticos. España: Médica Panamericana.
- Chumpitaz, M. (2021). ¿Cuánto ha impactado el aislamiento social en la salud mental de los peruanos?. <https://elcomercio.pe/somos/historias/dia-mundial-de-la-lucha-contr-la-depresion-cuanto-ha-impactado-el-aislamiento-social-en-la-salud-mental-de-los-peruanos-coronavirus-en-peru-noticia/>
- García, J., Herrera, B., Noguera, V. (2013). *Guía de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad*. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud.
- Garza, F. (2004). *Depresión, angustia y bipolaridad*. Guía para pacientes familiares. México. Trillas.
- Grupo de trabajo de Guia de Practica Sobre el Manejo de la Depresion en el Adulto. (2017). https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cnsp/unagesp/publicaciones/gpc/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20para%20el%20Tratamiento%20de%20Depresi%C3%B3n%20en%20Adultos_HVLH-c.pdf
- Hegeman, J., Kok, R., Van, C. y E. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 275-281. <https://doi: 10.1192/bjp.bp.111.095950>
- Hernández, r., Fernandez, C. y Baptista, M. (2016). *Metodología de la investigación científica*. Mexico: Mc Graw-Hill

- Huaynate, M. (2020). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa*. (Tesis de segunda especialidad). http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3489/UNFV_HUAYNATES_BALDEON_MARIA_LOURDES_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Instituto Nacional de Salud Mental (2020). *Estudio epidemiológico de salud mental*. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.htm>
- IPOPS (2020). *Tendencia de la prevalencia y el tratamiento de los síntomas depresivos en el Perú*. http://ipops.pe/inicio/depresion_en_peru/
- Knapp, P., Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos concetuais, aplicaoes e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (s2), 54-64. Doi: 10. 1590/S1516-44462008000600002
- Lacomba, L., García, I. y Sanz J. (2021). Intervención cognitivo conductual para mujeres con trastorno depresivo persistente: sintomatología ansiosa, depresiva y satisfacción vital. *Revista Clínica Contemporánea* (2021), 12, e3, 1-16. <https://roderic.uv.es/handle/10550/78497>
- Marcelo, E. (2019). *Programa cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia de pareja con depresión atendidas en un Centro de Salud de Jose Leonardo Ortiz, 2017*. (Tesis de maestría). <https://hdl.handle.net/20.500.12893/6937>
- Martínez, N., Zamudio, P., Rodríguez, D., Luna, J., Landa, A. y Domínguez, B. (2020). *Terapia cognitivo conductual grupal sobre la sintomatología depresiva-ansiosa y temperatura nasal en mujeres con cáncer de mama*. (Estudio piloto). <https://doi.org/10.5209/psic.70290>
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of abnormal psychology*, 77, 115-126. <https://doi.org/10.1037/hoo3o773>
- Ministerio de Salud (2018). Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Murillo, W. (2008). La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades científicas, 33 (1). <https://doi.org/10.15517/revedu.v33i1.538>

- OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.*
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>
- OMS (2012). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento.*
http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_2012_1009
- OMS (2017). *"Depresión: hablemos"*. <https://www.paho.org/es/noticias/12-5-2017-depresion-hablemos-dice-oms-mientras-depresion-encabeza-lista-causas-enfermedad>
- OMS (2021). *Depresión.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OPS (2017). *Depresión.* <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva conductual (TCC) como tratamiento para la depresión. Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.*
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3903329>
- Reidl, L. Haro, I., García, B., Jurado, S. (2007). Experiencias de culpa y vergüenza en situaciones de maltrato entre iguales en alumnos de secundaria. *Revista de Investigación Educativa.*
<https://www.redalyc.org/pdf/140/14028945003.pdf>
- Reyes, V. (2016). *Efecto de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un Hospital de Ferreñafe.* (Tesis de maestría). <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/5810>
- Reynolds, W. (1986). A model for the screening and identification of depressed children and adolescents in school settings. *Professional School Psychology*, 36 (3). [https://doi.org/10.1016/S0022-4405\(98\)00010-7](https://doi.org/10.1016/S0022-4405(98)00010-7)
- Ríos, J. (2016). Las fases de la depresión. <https://psiquefunciona.com/las-4-fases-de-la-depresion/>

- Rossello, J. y Bernal, G. (2007). *Manual de tratamiento para la terapia cognitiva conductual de la depresión*.
http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/individual_participante_esp.pdf
- Rubio, J. (2015). Aplicación de la terapia cognitivo conductual en una paciente con depresión doble y rasgos obsesivos de personalidad. (Tesis para Maestría).
<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5818/11002369.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ruiz, A., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*.
- Shaw, B., y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*.
- Seminario, C. (2022). *Programa cognitivo conductual para manejar depresión en adultos de un Puesto de Salud-Tumbes, 2021: Estudio descriptivo propositivo*. (Tesis de maestría).
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/87330/Seminario_YCR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Telesurtv (2017). Los 10 países con más casos de depresión en Latinoamérica.
<https://www.telesurtv.net/news/Los-10-paises-con-mas-casos-de-depresion-en-Latinoamerica-20170224-0046.html>
- Torres, a., Ortiz, y., Martínez, H., Fernández, Y. N. y Pacheco, B. (2019). Factors associated with adherence to treatment in patients with depression. *Multimed. Revista Médica*, 23 (1), 1-10.
- Universidad San Ignacio de Loyola (2021). *Covid-19 en el Perú: aumenta casos de ansiedad y depresión*. <https://www.usil.edu.pe/noticias/covid-19-en-el-peru-aumentan-casos-de-ansiedad-y-depresion>
- Vázquez, M. (2021). *Programa cognitivo conductual para usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes*. (Tesis para Maestría). <https://hdl.handle.net/20.500.12692/58106>

Anexos

Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO	TIPO DE INVESTIGACION
¿Cómo sería el programa cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión de las pacientes de un Policlínico de Ventanilla, 2022?	Objetivo general	VARIABLE INDEPENDIENTE Programa Cognitivo Conductual	Planificar	Recopilar información y elaboración de un programa de 12 sesiones.	Instrumento Psicométrico que mida Variable dependiente	Aplicada
	Proponer un programa cognitivo conductual para el tratamiento de depresión en paciente mujeres de un Policlínico de Ventanilla a 2022			Diseñar		12 sesiones 6 sesiones para trata la dimensión cognitiva-afectiva 6 sesiones para trata la dimensión somato-motor
			Ejecutar	Pre test Inventario de Beck II (BDI-II) validado por Aedo (2020).		
	Objetivos específicos	Evaluación	Pre test Evaluar los resultados. Dejar recomendaciones.	Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) creado por Aaron Beck, con la colaboración de Robert A. Steer y Gregory K. Brown. Cada ítem responde a una escala de 4 puntos	Descriptiva, propositiva No experimental al Corte transversal	
			Post test		POBLACION Y MUESTRA	
	Conocer los niveles de depresión de las pacientes mujeres de un Policlínico de Ventanilla, 2022	VARIABLE DEPENDIENTE Depresión	Cognitiva Afectiva	Ítems		Paciente mujeres de 20 a 40 años
Diseñar el programa cognitivo conductual	1. Tristeza 2. Pesimismo 3. Fracaso 4. Perdida de placer 5. Sentimiento de culpa 6. Sentimiento de castigo 7. Disconformidad					

	<p>al para las pacientes mujeres con diagnóstico de depresión de un policlínico, de Ventanilla, 2022</p> <p>Fundamentar teóricamente el programa cognitivo conductual</p>			<p>ad con uno mismo</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>9. Pensamiento o deseo suicida</p> <p>10. Llanto</p> <p>12. Pérdida de interés</p> <p>14. Desvalorización</p> <p>18. Cambio en el apetito</p>		
			Somática Motor	<p>11. Agitación</p> <p>13. Indecisión</p> <p>15. Pérdida de energía</p> <p>16. Cambio del patrón de sueño</p> <p>17. Irritabilidad</p> <p>19. Dificultad de concentración</p> <p>20. Cansancio o fatiga</p> <p>21. Pérdida del interés por sexo</p>		<p>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</p> <p>EXCELL SPSS</p>

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK –II (BDI-II)

Nombre.....Estado Civil.....

Edad.....Sexo.....Ocupación.....Educación.....Fecha.....

Instrucciones:

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido con el cual usted se sienta más identificado y verifique si ha elegido solo uno por grupo.

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 mi
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo 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. PERDIDA DE PLACER

- 0 Obtengo 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 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. SENTIMIENTO DE CASTIGO

0 No me 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. AUTOCRITICA

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 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. AGITACION

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. PERDIDA DE INTERES

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. INDECISION

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 decisiones

14. DESVALORIZACION

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. PERDIDA DE ENERGIA

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 HABITOS DE SUEÑO

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño

1a Duermo un poco más de lo habitual

1b Duermo un 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

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3ª No tengo apetito en absoluto

3b Quiero comer todo el día

19. DIFICULTAD DE CONCENTRACION

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 cosas que solía hacer

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

21. PERDIDA DE INTERES EN EL SEXO

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

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

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo

3 He perdido completamente el interés en el sexo

Puntaje total.....

Anexo 3: Autorización de la institución donde se ejecutó la investigación



“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL”

LA DIRECTORA DE SALUD INTEGRAL FLORES E.I.R.L. DE VENTANILLA

QUE SUSCRIBE,

AUTORIZA

A la LIC. HERMELINDA ESPINOZA JARA, del programa de **MEASTRIA EN INTERVENCION PSICOLOGICA**, de la Escuela de Posgrado Trujillo de la **Universidad Cesar Vallejo**, aplicar los instrumentos necesarios para el desarrollo de su tesis denominada: **PROPUESTA DE PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE DEPRESION EN PACIENTES MUJERES DEL POLICLINICO DE VENTANILLA, 2022.**

El objetivo principal de este trabajo de investigación es proponer un programa cognitivo conductual para el tratamiento de depresión en pacientes mujeres del Policlínico de Ventanilla, 2022.

Este se inicia a partir del 05 de mayo del presente año.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada.

Ventanilla, 28 de abril del 2022

Dra. Diana Flores Castro
GERENTE GENERAL
SALUD INTEGRAL
FLORES

Dra. Diana Flores Castro

Directora

996 631 763

www.saludintegralflores.com.pe
saludintegralflores1@gmail.com

Av. Arequipa Mz. D16, Lt. 04

Anexo 4: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente doy mi consentimiento para participar en la investigación titulado: Propuesta de programa cognitivo conductual para el tratamiento de depresión en pacientes mujeres de un Policlínico de Ventanilla, 2022.

Manifiesto que he sido informado acerca del objetivo del estudio y su importancia, por ello mi participación consiste en resolver un cuestionario. Declaro que conozco el procedimiento de mi participación y puedo realizar cualquier pregunta y aclarar dudas acerca de los procedimientos que se llevara a cabo.

De igual modo, entiendo que conservo el derecho de retirarme en cualquier momento que lo considere necesario, la investigadora responsable me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de manera confidencial

Ventanilla, 05 de mayo del 2022

Firma de la investigadora

Firma de la participante

Anexo 5: Programa

PROPUESTA

La presente investigación permite brindar información acerca de la eficacia del enfoque cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión. Así como lo refieren los autores Garza (2004) y Chinchilla (2008) la depresión se caracteriza por el pesimismo el cual se refleja en una inestabilidad del estado de ánimo. Existen números estudios que demuestran la efectividad de la intervención terapéutica en cuadro agudos y severos.

Por ello surge la interrogante ¿Por qué se debe utilizar el enfoque cognitivo conductual? Porque mediante este enfoque se trabaja en la “triada cognitiva” que se presenta en pacientes que padecen de depresión las cuales se caracterizan por alteración a nivel pensamiento, emoción y conducta.

En su propuesta que presenta Beck busca identificar los patrones cognitivos y conductuales que no permiten un adecuado desempeño. Es por ello que la propuesta que se plantea en la investigación busca la identificación conductas disfuncionales y reemplazar las mismas por otras funcionales que permitan disminuir o eliminar los síntomas de la depresión.

Dentro de las estrategias del enfoque cognitivo conductual se considera la reestructuración cognitiva donde se identifica las creencias irracionales, pensamientos distorsionados aquellos que originan el problema. De igual modo otra estrategia es la resolución de conflictos. Ambas estrategias se ejecutan en la exploración y exposición a las causas de la depresión. Así pues, las pacientes que tienen diagnóstico de depresión a medida que vayan asistiendo a las sesiones van ir adquiriendo nuevas estrategias para que de ese modo se logre insight o darse cuenta de su propia realidad que muchas veces se encuentra distorsionada, por causa de experiencias tempranas o previas tal como refieren Beck, Rush, Shaw y Emery (2010).

En lo referente al proceso terapéutico, es indispensable el rapport en esta relación paciente y terapeuta, la cual consiste en la aceptación, empatía y autenticidad entre el paciente y el terapeuta, lo que va permitir el éxito de la intervención. Por último,

el enfoque cognitivo conductual busca identificar la causa del problema y también brinda alternativas de solución en la cual el terapeuta logra que la persona deprimida se dé cuenta de cómo sus creencias irracionales, pensamientos distorsionados y sus conductas des adaptativas le han ocasionado el problema y por el lado ayuda a que la misma paciente afronte con sus recursos personales lo que le va permitir que logre reinterpretar, derribar la disfuncionalidad que se evidencia de una manera desbordante o amenazante. En donde las personas se creen que son inútiles e incapaces de afrontar problemas lo que empeora los síntomas y por ende su desempeño en las diferentes áreas como personal, familiar, académico, laboral y social.

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE DEPRESION

I. DATOS GENERALES

- a. Denominación : “PSICOHABITOS HAPPY”
- b. Beneficios : Pacientes mujeres de P.V.
- c. Número de pacientes: 30 pacientes entre 20 a 40 años
- d. Responsable : Br. Hermelinda Espinoza Jara

II. JUSTIFICACION

La llegada de la pandemia causada por COVID-19 la salud mental de las personas tanto a nivel internacional, nacional y local se ha visto muy afectado, debido a la suma de perdidas familiares, trabajos, dinero, entre otros, los casos fueron progresivamente sumando cada vez más como en el caso de los trastornos psicoafectivos como la depresión. Y para poder afrontar este gran desafío se requiere un gran equipo multidisciplinario y especializado el cual se permitirá una atención de calidad y eficaz. Es por esa razón se cree que es necesario realizar un programa en donde se desarrolle sesiones que permitan abordar esta problemática denominada depresión desde un enfoque de intervención cognitivo conductual en donde se hace utilidad técnicas y estrategias que permitan a las personas aprender a darse cuenta y tomar consciencia de sus creencias y pensamientos irracionales que no le permiten un desempeño optimo en las diferentes áreas de su vida. Logrando de ese modo que la persona reconozca sus fortalezas y aprenda estrategias para afrontar el problema logrando así reducir los síntomas de la depresión y recuperar la alegría de vivir.

III. OBJETIVOS

a. Objetivo general

Proponer un programa cognitivo conductual en el tratamiento de depresión en pacientes mujeres del policlínico de Ventanilla 2022.

b. Objetivo específicos

Conocer los niveles de depresión de pacientes mujeres del Policlínico de

Ventanilla, 2022.

Diseñar el programa cognitivo conductual para pacientes mujeres con diagnóstico de depresión del Policlínico de Ventanilla, 2022.

Fundamentar teóricamente el programa cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión en pacientes mujeres del Policlínico de Ventanilla, 2022.

IV. NUMERO Y DURACION DE SESIONES

a. Numero: 12 sesiones desde un enfoque cognitivo conductual

b. Duración: 90 minutos

V. ACTIVIDADES

Ver el siguiente cuadro de sesiones.

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE CADA SESION

AREA COGNITIVA AFECTIVA

Sesión 01

Nombre: Psi coeducación I

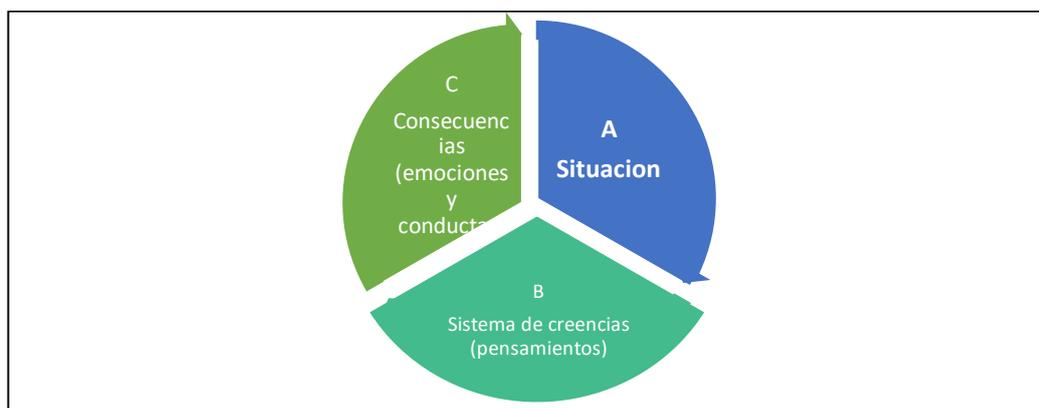
Objetivos de la intervención:

Brindar toda información sobre la depresión

Desarrollo:

La terapeuta se presenta y hace una introducción en la cual realiza lo siguiente:

1. Explicación del tratamiento y el compromiso y colaboración mutua durante las sesiones.
2. La terapeuta realiza el análisis funcional, con la finalidad de identificar las conductas problemas.
3. Se brinda información sobre todo la depresión.
 - Definición, signos y síntomas, niveles, causas y tratamiento
 - Dar a conocer todo sobre TCC de Beck y explicar el ABC (cognición, emoción y conducta).



3. Explica a la paciente sobre la importancia del contrato terapéutico y firman ambas.

Materiales: Hojas bond y colores

Tiempo: 90 minutos

Tarea para casa: Registro de pensamientos negativos

Sesión 02

Nombre: Psi coeducación II

Objetivos de la intervención:

Identificar hábitos negativos (lograr el insight) y reinsertar hábitos positivos para un estilo de vida sana tanto a nivel personal, interpersonal, social y otros.

Desarrollo:

La terapeuta se enfoca en indagar sobre los hábitos cotidianos de la paciente, luego una vez que identifica plantea un ejemplo para que la paciente logre darse cuenta de la relación entre dicho hábito x y la depresión. De ese modo invita a la paciente a insertar y realizar hábitos positivos para que la ayude a salir de la depresión en las diferentes áreas entre ellas:

Personal: autocuidado diario en la parte mental (conectar con el presente (respiración diafragmática), sueño, ejercicio mental, lecturas positivas, sudoku, aprender algo nuevo diario, etc. Emocional (expresar sus emociones, socializar con personas que le hacen sentir bien). Cuerpo (nutrición sana, hidratación, ejercicio físico 30 minutos diario, la ingesta de algunos suplementos como el omega 3, el magnesio, entre otros).

Interpersonal: Aprender la importancia de poner límites para tener relaciones sanas

Social: Reconectar con seres queridos y crear nuevos contactos sociales.

Materiales: Hojas bond y colores

Tiempo: 90 minutos

Tarea para casa:

Identificar y registrar los hábitos negativos

Crear su horario de las actividades positivas diarias.

Practicar la respiración diafragmática

Realizar por 30 minutos una actividad que le genera más felicidad.

Leer el libro de: Tus zonas erróneas (When Dyer),

Expresar sus ideas y emociones de manera respetuosa

Conocer personas y platicar con amistades y familiares.

Sesión 03

Nombre: Reestructuración cognitiva ABC

Objetivos de la intervención:

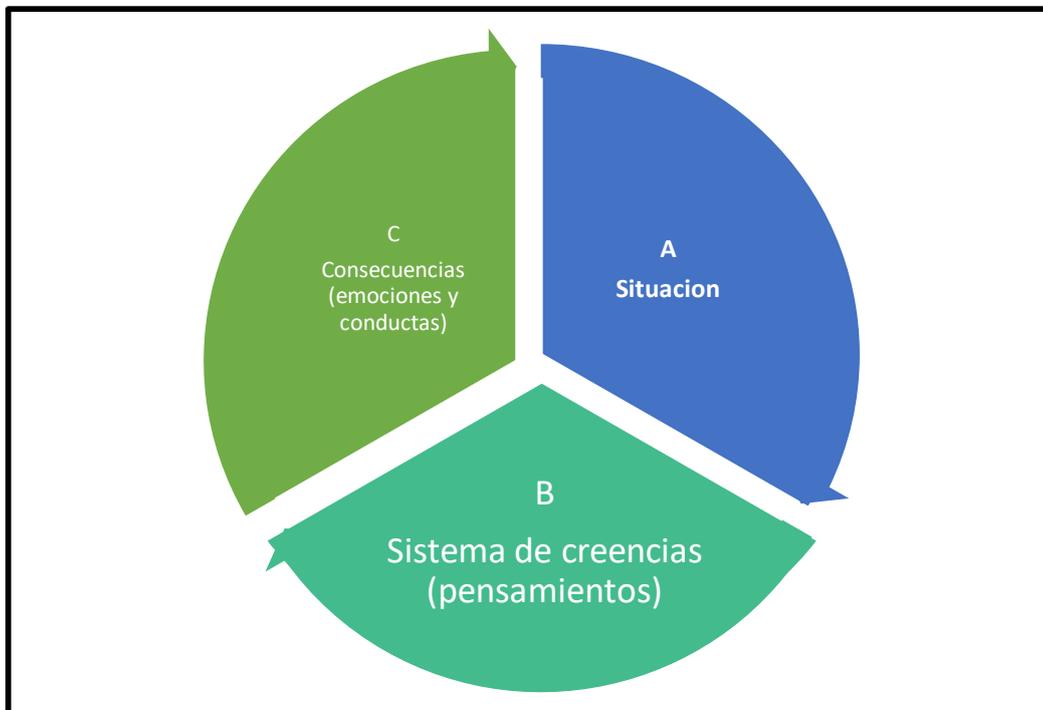
Determinar la influencia de los pensamientos en su estado de ánimo.

Desarrollo:

La terapeuta realiza lo siguiente:

1. Revisar, verificar su elaboración de horario de hábitos positivos y su estado de ánimo. Asimismo, invita al análisis de cómo se ha sentido realizando aquellos hábitos y actividades y como cambio el estado de ánimo. De esa manera le afirma y corrobora a la paciente que los hábitos pueden mejorar o empeorar su estado de ánimo.
2. Explicar sobre los pensamientos irracionales e influencia en el estado de ánimo.
3. Verificar y analizar mediante el dialogo socrático, el registro de los pensamientos negativos de la tarea de la primera sesión.
4. Explicar y practicar la relajación: respiración diafragmática

Materiales: Hojas bond y colores, una cartilla del ABC de TCC



Tiempo: 90 minutos

Tarea para casa:

Registrar los pensamientos negativos y sus consecuencias

A= SITUACION	B= PENSAMIENTOS	C= CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y CODUCTUALES

Buscar información y registrar los diferentes tipos de pensamientos automáticos

Sesión 04

Nombre: Reestructuración cognitiva ABCDE

Objetivos de la intervención:

Identificar las creencias y sus efectos en los pensamientos.

Desarrollo:

La terapeuta en esta sesión se enfoca en:

1. Revisar y analizar el registro de la sesión anterior y debatir algunos tipos de distorsión cognitiva (filtraje, pensamiento polarizado...) más frecuentes en la depresión.
2. Explicar sobre ADCDE de Ellis. Definición y tipos de creencias irracionales.



3. Explicar cómo influye ellas en los pensamientos, emociones y conducta, para se usa el debate socrático en una de las creencias irracionales identificadas en la paciente.

Sesión 05

Nombre: Reestructuración cognitiva

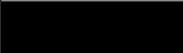
Objetivos de la intervención:

Identificar la relación entre el pensamiento y emoción “estado de ánimo”.

Desarrollo:

La terapeuta desarrolla lo siguiente:

1. Revisar la tarea para luego explicar, reforzar sobre la relación entre creencias, y pensamientos.
2. Explicar sobre la relación entre pensamiento y emoción.
3. Explicar que es emoción, tipos de emociones y la gestión de las mismas.
4. Se le explica del uso del termómetro del estado de ánimo.

¿Cómo ME SIENTO?	
	Muy enfadado
	Enfadado
	Muy contento
	Contento
	Poco triste
	Triste
	Muy triste

5. Explicar y practicar mindfulness para aprender a desarrollar la inteligencia emocional y con ello gestionar las emociones.

La terapeuta guía a la paciente: por favor opte una postura recta y cómoda. Cierre los ojos. Realice 3 respiraciones profundas. Ahora concéntrese en sentir sus extremidades inferiores (dedos, pies, piernas...) sienta cada parte de ellos y ahora relaje, sienta su tronco concéntrese en sentir cada parte (pelvis, estomago, lumbar, hombros, dorso...) sienta cada parte de ellos y relaje. Ahora se centra en sus extremidades superiores y cabeza (dedos, manos, brazos, cuello, rostro, cuero cabelludo...) sienta cada parte de ellos y relaja, suelta toda tensión y por ultimo ahora se queda enfocada con toda su atención a su respiración por 3 minutos.

Ahora va recobrando su sensibilidad en cada parte de su cuerpo empezando de los pies hasta el cuero cabelludo y cuando considere que esta lista puede abrir los ojos.

Materiales: Hojas bond, colores y cartillas de las emociones

Tiempo: 90 minutos

Tarea para casa:

Registrar las emociones negativas

Medir sus emociones con el termómetro del estado de ánimo.

Fecha	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
El mejor	10						
Bastante mejor	9						
Mejor	8						
Mejor que regular	7						
Poco más regular	6						
Regular	5						
Peor que regular	4						
Peor	3						
Bastante peor	2						
El peor	1						

Sesión 06

Nombre: Reestructuración cognitiva ABCDEF

Objetivos de la intervención:

Determinar la relación entre: ABCEDF para disminuir las creencias y pensamientos que generan depresión.

Desarrollo:

La terapeuta realiza lo siguiente:

1. Revisar los registros de la tarea y reforzar mediante el debate socrático sobre la relación entre pensamientos irracionales y las emociones.

A	B	C	D	E	F
Situación	Sistema de creencias irracionales (pensamientos)	Emociones Conductas	Debate socrático	Poner en relieve nuevas creencias adaptativas (D)	Surgen nuevas emociones y conductas como consecuencia de la reestructuración cognitiva (E)

2. Se brinda información sobre la reestructuración cognitiva, para reforzar el proceso. Asimismo, se le pregunta a la paciente que cambios positivos ha logrado durante estas 6 sesiones realizadas.

Materiales: Hojas bond, colores y laminas

Tiempo: 90 minutos

Tarea para casa:

Registrar el ABCDEF

Situación	Creencias Pensamientos	Emociones Sentimientos Conducta	Debate de las creencias	Poner una creencia racional	Poner nuevas emociones, sentimiento y conducta

Sesión 07

Nombre: Reestructuración cognitiva-Autoestima

Objetivos de la intervención:

Incrementar los pensamientos de autovaloración.

Desarrollo:

La terapeuta realiza las siguientes actividades:

1. Explicar el origen de la autoestima (infancia, niñez y adolescencia).
2. Ayudar a conocer su auto concepto actual y su autovaloración. También indica cómo mejorar su autoestima, se desarrollar su FODA de la paciente.

DEBILIDADES	AMENAZAS
Depresión- Desanimo	Puedo perder mi trabajo
Baja autoestima	Autoimagen descuidado
Desconfianza
Irritabilidad
.....
.....
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Toma de decisión	Recuperar mi salud mental.
Determinación	Buscar ayuda profesional para salir del problema de depresión.
Responsabilidad	Estudiar un posgrado
Perseverancia
.....

3. La terapeuta narra un cuento terapéutico denominado "El verdadero valor del anillo" de Jorge Bucay. Luego invita a la paciente a un debate y posteriormente a una reflexión en cuanto a la valía personal.

4. Practicar técnicas de relajación con visualización de autoestima alta

5. Crear dos retos para la paciente y al lograrlo va poder corroborar que todo es posible (esta debe ser alguna actividad que no se haya atrevido jamás ya sea por temor, inseguridad u otros).

Materiales: Hojas bond, colores y un libro

Tiempo: 90 minutos

Tarea para casa:

Finalizar con el registro de cualidades, habilidades y talentos (paciente, familiares y amistades).

Registrar situación, pensamiento, emoción y conductas.

Leer: El viaje hacia si mism@ de Hermelinda Espinoza Jara

Sesión 08

Nombre: técnicas conductuales

Objetivos de la intervención:

Determinar la relación entre conducta y estado de ánimo.

Desarrollo:

1. Revisar el registro de la tarea y reforzar el tema de la sesión anterior.
2. Explicar la relación entre la conducta y el estado de ánimo. Asimismo, se hace énfasis en la importancia de conductas de un estilo de vida saludable como: autocuidado, sueño, alimentación sana, entre otros.



3. Fomentar, motivar y crear un rol de actividades a realizar ejercicios físicos como: caminar, correr, natación, yoga, psicodanza, entre otros.

Actividad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	viernes	Sábado	Domingo
Yoga	x						X
Caminar		x		x		x	
Correr			x		x		
Bailar	x		x		x		X

4. Motivar a realizar visitas familiares, amistades y buscar grupo a fines con alguna actividad como: tejer, viajar, yoga, etc.

Materiales: Hojas bond y colores

Tiempo: 90 minutos

Tarea para casa:

Registrar las emociones del antes y después de los ejercicios.

Registrar las veces que socializa con alguien y como se siente después de ello

Sesión 09

Nombre: Entrenamiento asertivo

Objetivos de la intervención:

Identificar y cambiar el dialogo interno y externo diario de ese modo romper los patrones de comunicación disfuncional

Desarrollo:

La terapeuta en esta sesión se enfoca brindar información acerca de la comunicación.

1. Revisar la tarea y le ayuda a crear un nuevo auto concepto y autovaloración a la paciente.
2. Explicar la importancia y el poder de la comunicación asertiva tanto en la relación intrapersonal como interpersonal.



3. Explica también acerca de la importancia de la escucha activa y la empatía dentro de la comunicación.

4. Explicar y practicar la técnica de relajación: Mindfulness



Materiales: Hojas bond, colores y celular

Tiempo: 90 minutos

Tarea para casa:

Registrar las veces que opto por hablar y no quedarse callada por evitar conflictos como solía hacerlo.

Registrar las veces que pudo decir no

Practicar el mindfulness dos veces al día (al despertar y antes de dormir)

Sesión 10

Nombre: Solución de problemas

Objetivos de la intervención:

Instaurar y planificar la toma de decisión y las acciones para resolver los problemas de cualquier índole.

Desarrollo:

La terapeuta se dedica a:

1. Explicar toda la teoría sobre la técnica.



2. Plantear un caso real (problema) de la paciente para desarrollar en la sesión de tal manera queda reforzada el tema.

Materiales: Hojas bond y colores

Tiempo: 90 minutos

Tarea para casa:

Registrar los problemas cotidianos y como los soluciono.

Sesión 11

Nombre: El sentido de vida

Objetivos de la intervención:

Identificar el sentido de su existencia.

Desarrollo:

La terapeuta se enfoca en:

1. Explicar sobre el proyecto de vida (definición, importancia, entre otros).



2. La terapeuta y paciente crean un proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo.



Materiales: hojas bond, colores, lápiz y laminas

Tiempo: 90 minutos

Tarea para casa:

Finalizar el proyecto de vida a mediano y largo plazo

Leer: El hombre en busca de sentido (Viktor Frankl)

Sesión 12

Nombre: Resiliencia

Objetivos de la intervención:

Identificar lo positivo en la adversidad de ese modo podemos evitar o prevenir recaídas.

Desarrollo:

La terapeuta se enfoca en:

1. Revisar la tarea de la sesión anterior
2. Explicar todo lo referente a la resiliencia.



2. Se relata la historia de vida del Dr. Boris Cyrulnik.

3. Se realiza el postest.

4. Cierre y despedida

Materiales: Hojas bond, colores y celular

Tiempo: 90 minutos

Tarea para casa:

Ver la película:

- Manos milagrosas
- El circo de la mariposa



**ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, ESPINOZA JARA HERMELINDA estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO del programa de MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Propuesta de programa cognitivo conductual para el tratamiento de depresión en pacientes mujeres de un Policlínico de Ventanilla, 2022", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
ESPINOZA JARA HERMELINDA DNI: 80650262 ORCID 0000000345230283	Firmado digitalmente por: EESPINOZAJA el 07-09- 2022 21:16:04

Código documento Trilce: INV - 0827742