



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN  
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

**Programa de intervención cognitivo conductual para usuarios  
diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental  
Comunitario Tumbes, 2020.**

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

**AUTORA:**

Vásquez Vásquez, Melissa Elizabeth (ORCID: 0000-0002-4103-5387)

**ASESOR:**

Dr. Rodríguez Vega, Juan (ORCID: 0000-0002-2639-7339)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Modelo de Intervención Psicológica

**TRUJILLO – PERÚ**

2021

## **Dedicatoria**

A Dios, por regalarme todos los días la oportunidad de seguir a lado de las personas que amo.

A mis padres, por motivarme constantemente y apoyarme en cada una de las metas que me he propuesto.

A mi ángel, que desde el cielo me guía e ilumina en cada uno de mis pasos.

A Cesar, porque solo le sabes dar alegría a mi vida y desde el primer día compartes y celebrando mis logros y retos por cumplir, Te Amo.

**MELISSA**

## **Agradecimiento**

A mi asesor, Dr. Juan Rodríguez Vega por su permanente apoyo y compromiso durante el desarrollo de mi investigación.

Al Centro de salud mental comunitario “Virgen del Cisne” en Tumbes, que me brindó las facilidades para poder desarrollar mi investigación sin dificultades

**LA AUTORA**

## Índice de contenidos

Carátula .....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen .....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA .....	14
3.1. Tipo y diseño de investigación .....	14
3.2. Variables y Operalización.....	14
3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis .....	16
3.4. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos.....	16
3.5. Procedimientos.....	17
3.6. Método de análisis de datos.....	18
3.7. Aspectos éticos .....	18
IV. RESULTADOS.....	19
V. DISCUSIÓN .....	22
VI. CONCLUSIONES .....	26
VII. RECOMENDACIONES .....	27
REFERENCIAS	
ANEXOS	

## Índice de tablas

Tabla 1. Porcentaje en relación a las edades de usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Tumbes. ....	21
Tabla 2. Porcentaje en relación al sexo de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Tumbes. ....	21
Tabla 3. Porcentaje en relación al estado civil de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Tumbes.....	22
Tabla 4. Porcentaje en relación al nivel de depresión en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Tumbes.....	22
Tabla 5. Porcentaje en relación a la prevalencia del nivel de depresión según sexo en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Tumbes. ....	23

## Resumen

La presente investigación propone el programa de intervención cognitivo conductual en usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes en el año 2020. Con respecto a la población muestral estuvo conformada por 30 usuarios cuyas edades fueron de 13 años a más y se estableció a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se realizó una investigación de tipo aplicada, diseño descriptivo – propositivo, no experimental. Con respecto a la técnica utilizada para la recolección de datos fue a través del Inventario de Depresión (BDI-II) de Aaron T. Beck, el mismo que fue validado en el año 2012 por Carranza Esteban Renzo Felipe, en su investigación propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck II en universitarios de Lima.

Se diseñó un programa de intervención de 10 sesiones basado en el modelo cognitivo conductual dejando evidencia resultados satisfactorios en usuarios diagnosticados con depresión, debido a que utiliza una serie de técnicas dirigidas a la modificación pensamientos distorsionados, creencias irracionales y por lo tanto disminuir cualquier tipo de conducta disfuncional en el usuario.

En lo que respecta a los resultados encontrados destacaron, que el 42% de usuarios sus edades oscilaban entre 13 a 19 años, en relación al sexo predominaron usuarias mujeres alcanzando el 69% mientras que los varones lograron un 31%, seguidamente concerniente a su estado civil el 43% fueron solteros y el 20% casados. Posterior a la administración del Inventario de depresión de Beck II, el 55% presento un nivel de depresión grave mientras que el 2% presento mínima depresión. Finalmente, al analizar la prevalencia por sexo de este cuadro clínico se determinó que las mujeres alcanzan un mayor porcentaje obteniendo un 69% por el contrario los varones solamente lograron el 31%.

**Palabras Claves:** Programa de Intervención Cognitiva Conductual, inventario, propiedades psicométricas, depresión.

## Abstract

The present research proposes the cognitive behavioral intervention program in users diagnosed with depression at the Tumbes Community Mental Health Center in 2020. With respect to the sample population, it was made up of 30 users whose ages were 13 years and older and it was established through non-probability convenience sampling. An applied type research was carried out, descriptive-purposeful design, not experimental. Regarding the technique used for data collection, it was through the Depression Inventory (BDI-II) by Aaron T. Beck, which was validated in 2012 by Carranza Esteban Renzo Felipe, in his research on psychometric properties of the Beck II depression inventory in university students from Lima.

A 10-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 reducing any type of dysfunctional behavior in the user.

Regarding the results found, they highlighted that 42% of users their ages ranged from 13 to 19 years, in relation to sex, female users prevailed reaching 69% while men achieved 31%, followed by their status 43% were single and 20% married. After the administration of the Beck II Depression Inventory, 55% presented a level of severe depression while 2% presented minimal depression. Finally, when analyzing the prevalence by sex of this clinical picture, it was determined that women achieved a higher percentage, obtaining 69%, on the contrary, men only achieved 31%.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Intervention Program, inventory, psychometric properties, depression.

## I. INTRODUCCIÓN

Nuestro país actualmente afronta uno de sus mayores retos con relación a la salud pública, la cual ha dejado visible una realidad preocupante en todos nosotros: nuestro sistema de salud colapsado que no cuenta con estrategias para reparar los efectos de la pandemia causada por la COVID-19. Y es que cada vez que encendemos el televisor, experimentamos una serie de emociones y sensaciones expresadas en miedo, temor, angustia, todas ellas en respuesta a la incertidumbre sobre que pasara en un futuro próximo. Y es que en realidad las cifras sobre las victimas fallecidas a causa de la pandemia son alarmantes, pero más aún el impacto emocional que ha dejado a cientos de miles de personas.

Es importante enfatizar que existe una población vulnerable, que abarca desde niños hasta adultos mayores, sin importar el género, los cuales hacen su mejor esfuerzo para luchar y hacerle frente a esta “nueva normalidad” y es que durante este proceso de cambios continuos donde se ha establecido medidas drásticas para frenar la pandemia como el distanciamiento social, cuarentena focalizada, toque de queda, aislamiento domiciliario, entre otros, ha desencadenado una serie de patologías asociadas la salud mental, que tras su “encierro” como muchos lo califican, ha aflorado una serie de sintomatologías en relación a trastornos afectivos, entre ellos la depresión, dejando en evidencia el poco manejo de recursos personales y/o estrategias de afrontamiento frente a una situación “extrema”, donde toma protagonismo los sentimientos de soledad, estado de ánimo negativo, desesperación, estrés e incluso ansiedad, los cuales no permiten disfrutar de actividades que antes de la pandemia consideraban placenteras; esto debido a que bajo el contexto en el que nos encontramos pueden ser considerados como eventos perturbadores significativos.

La OMS (2020) afirma que la depresión es aquel trastorno mental afectivo más frecuente alrededor del mundo, y afectando aproximadamente a 300 millones de personas, teniendo como característica primordial cambios en el estado de ánimo causado por diversos factores ya sean personales, familiares, laborales, entre otros; la misma que puede tener problemas serios por su duración e intensidad a lo largo del tiempo alterando sus actividades en sus diversas esferas de vida, es importante resaltar que en casos extremos se ha llegado al suicidio, siendo esta última la segunda causa de muerte en un grupo etario de 15 a 29 años.

Por su parte la OMS (2006) afirma que la depresión debe diferenciarse de cambios de ánimo repentinos a causa de situaciones cotidianas, ya que cuando hablamos de la depresión estamos caracterizando a un trastorno afectivo que permanece en un periodo de tiempo y que aumenta tanto su intensidad como frecuencia, ocasionando un conjunto de síntomas en la persona que afectan su vida personal, laboral, social, familiar e incluso podría conllevar al suicidio.

En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2020) refiere que alrededor de un millón 700 mil personas sufren de depresión y que la cifra aumenta considerablemente en cualquier edad y etapa de vida. Además, hace mención que los trastornos mentales no son de causa única ya que en algunos casos se ha demostrado la existencia de predisposición genética, así como también la exposición a situaciones de estrés tratados a destiempo generaría efectos severos a posterior.

En ese sentido, la epidemia causada por la COVID -19 al ser una situación con altos niveles de estrés genera un impacto psicológico importante en la vida de las personas y comunidad generando consecuencias en su salud física y mental, teniendo en común algunas características principales: incertidumbre, insomnio, ira, miedo a ser infectado, aislamiento social, trastorno depresivo. Por ejemplo, en la región Tumbes, el Centro de Salud Mental Comunitario, durante el presente año, desde el inicio de las restricciones enmarcadas a causa de la COVID-19, ha realizado un análisis dejando evidencia su preocupación por el aumento progresivo de usuarios

diagnosticados con cuadros de depresión, ansiedad, estrés postraumático, que toman mayor protagonismo durante la emergencia sanitaria, la misma que afecta su funcionalidad en el desempeño personal, social, familiar y laboral.

Es importante también reconocer que muchas personas diagnosticadas con depresión y trastornos asociados, no tienen acceso a una atención y tratamiento especializado y oportuno, tal como lo afirma el MINSA (2018) describiendo el estigma como la causa principal al acceso temprano en las personas y comunidades que conllevan a problemas mayores como por ejemplo pacientes crónicos que a la fecha al no recibir la atención que corresponde, ha aumentado su estado de discapacidad y deterioro en su funcionamiento integral.

Por lo expuesto anteriormente, se planteó el siguiente problema de investigación ¿Cómo sería el programa de intervención cognitivo conductual para usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes, 2020?; en ese sentido el presente estudio tiene como objetivo general diseñar el modelo cognitivo conductual a usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes, asimismo los objetivos específicos fueron: caracterizar la depresión en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes, elaborar un programa de intervención basado en el modelo cognitivo conductual a usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes, y fundamentar el programa de intervención basado en el modelo cognitivo conductual a usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes. Estableciendo una hipótesis implícita por tratarse de una investigación descriptiva propositiva.

## II. MARCO TEÓRICO

La presente investigación presenta antecedentes a nivel internacional entre ellos, Hernández, Romero, Alcázar, Vogel y Reyes (2017) quienes realizan la efectividad de su estudio en México sobre una intervención basada en el modelo cognitivo conductual a un varón de 33 años de edad, que luego de sufrir un accidente vehicular muestra sintomatología asociada a la depresión. Con respecto a las sesiones durante la intervención, se realizaron un total de 10 en un periodo de tiempo de 50 minutos por sesión y cuyo objetivo principal fue reducir aquella sintomatología, emociones y/o sentimientos asociados a este cuadro clínico, tales como: ira, tristeza a diario, problemas de sueño, fatiga, entre otros. Tras las 10 sesiones efectuadas, los resultados fueron altamente gratificantes ya que se había reducido satisfactoriamente la sintomatología presentada en un inicio, evidenciándose la efectividad de la terapia cognitiva conductual.

Caballero (2014) hace referencia a un estudio, cuyo objetivo fue comparar el nivel de depresión moderada a severa en 15 mujeres cuyas edades fluctuaban entre 15 a 49 años, después haber realizado una intervención de seis sesiones como mínimo basado en el modelo cognitivo conductual, entre las técnicas más utilizadas destacaron: la asignación de tareas, modificación de pensamientos irracionales y automáticos que permita contrarrestar la forma como se percibe a sí mismo, a su alrededor y su proyección al futuro. Tras las sesiones evaluadas, los resultados fueron altamente satisfactorios ya que se logró disminuir el tipo de depresión de moderada a leve.

Antón (2016) en su estudio a una adolescente de 18 años diagnosticada con depresión severa, utilizando para el diagnóstico el Inventario de Beck, Escala de Rosenberg, Inventario ISRA; mostro entre la sintomatología: cefalea, dolor estomacal; falta de apetito, sueño, entre otros e inclusive asociados a cuadros de ansiedad. Con el objetivo de reducir síntomas se elaboró un plan de intervención de 12 sesiones con técnicas cognitivo conductuales para medir su efectividad, entre las técnicas más resaltantes:

psicoeducación, activación conductual, respiración diafragmática, autoinstrucciones, técnicas asertivas y reestructuración cognitiva. Al término de las sesiones se realizó un post test con los mismos inventarios para medir la eficacia, obteniendo una puntuación de 17, es decir la sintomatología inicial ya no se reflejaba en la segunda evaluación dando por concluido que se logró lo esperado.

Rubio (2015) en su investigación para determinar si la terapia cognitiva conductual era efectiva, intervino un caso a una mujer de 29 años diagnosticada con depresión mayor y distimia, debido al diagnóstico mostraba ciertas dificultades en las áreas donde se desempeñaba tanto a nivel social como de trabajo. El enfoque que se utilizó fue cognitivo conductual y entre las actividades destacadas fueron: uso de habilidades conductuales y sociales y asertivas. Los resultados fueron satisfactorios ya que hubo una disminución de los síntomas y remisión de cuadro clínico.

Gómez y Roa (2002) en su estudio a un joven de 26 años que presentaba síntomas asociadas a tristeza, alteración en el ritmo de sueño, baja autoestima, sentimiento de culpa, y somatización; se le administró el Inventario de depresión Beck BDI, Cuestionario sintomático SCL-90-R, que permita determinar el nivel de depresión arrojando como resultado: depresión severa, es allí donde se da inicio a la intervención de 19 sesiones enmarcadas al enfoque cognitivo conductual, utilizando como estrategias: la psicoeducación, manejo de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias irracionales. Luego de las 19 sesiones se realizó nuevamente la administración de las evaluaciones evidenciándose la eficacia del programa ya que los síntomas habían mejorado considerablemente; respaldando por lo tanto la efectividad del programa.

A nivel nacional Salomón (2018) en su investigación a un paciente de 76 años de edad diagnosticado con depresión moderada, aplicó una batería de pruebas psicológicas: Test de Yesavage, Pfeiffer, Índice de Katz, Inventario de depresión de Beck y el Inventario de personalidad de Millon, evidenciándose en el paciente sentimientos de minusvalía e inutilidad,

miedo, tristeza y llanto constante, pero además distorsión de sus pensamientos negativos sobre sí misma, falta de iniciativa en la toma de decisiones, problemas de atención y concentración, alteración en el ritmo de sueño y apetito. Además de la sintomatología presentada se asociaba un deterioro cognitivo leve. En ese sentido, se realizó la ejecución de un programa basado en el modelo cognitivo conductual, afirmando la efectividad del mismo ya que la sintomatología presentada fue reduciéndose durante la intervención.

López (2016) en la ejecución de un programa basado en el modelo cognitivo conductual a un paciente de 29 años diagnosticado con episodio depresivo, demostró la eficacia del mismo ya que los síntomas que presentaba en un inicio habían disminuido considerablemente. Para la evaluación de síntomas se utilizó el Inventario de Depresión de Beck dando como resultado episodio depresivo moderado, entre las técnicas más utilizadas destacaron: la psicoeducación, estrategias de relajación, entrenamiento asertivo, detección de pensamientos automáticos y reestructuración cognitiva, entre otros. Al término de la intervención, el paciente había reducido la sintomatología evidenciándose en la evaluación de aspectos fisiológicos, cognitivos y conductuales.

Reyes (2016) en su investigación para determinar la eficacia de un programa cognitivo conductual de 13 sesiones en un adolescente de 18 años diagnosticado con depresión e ideación suicida, utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y La Adaptación de la Escala de Ideación Suicida (SSI) como pre y post test como estrategia para medir los indicadores, entre ellos aspectos de relajación, adecuado control de impulsos, resolución de conflictos, se observó diferencias significativas antes y después de la intervención logrando así confirmar la efectividad del modelo de intervención.

En las bases teóricas es necesario empezar a definir en primer lugar a la depresión; la OMS (2011) trastorno mental afectivo caracterizado por la falta de interés en actividades o rutinas que antes disfrutaba, la misma que afecta

considerablemente la funcionalidad de las personas en sus diferentes esferas de vida. Es importante precisar que la depresión puede acompañarse también de síntomas como: alteraciones en el ritmo del sueño y apetito, problemas motrices, dificultad en la atención y concentración, problemas en la toma de decisiones, inseguridad de sí mismo, complejos de inferioridad e inutilidad y culpa, pero además en casos extremos deseos de muerte relacionado a ideas, planes y/o actos suicidas.

La Organización Panamericana de Salud (2017) hace referencia a la depresión como la causa principal de discapacidad y problemas de la salud tanto en la persona como su entorno, evidenciando una cifra alarmante donde alrededor de 290 millones de personas padecen de depresión, pero además evidencia un aumento de 18% de casos entre el 2005 y 2015.

Asimismo, la OMS (2012) define la depresión como un trastorno mental que afecta sus emociones de las personas y que conlleva a desvincularlo de sus actividades, alterando los patrones de sueño y apetito, pero además generando problemas en su atención y concentración; cabe resaltar que si los síntomas persisten en el tiempo y no son atendidos puede llegar a afectar en su funcionalidad y llegar al suicidio.

Por su parte, Hegeman J., et al. (2012) define a la depresión como aquella manifestación en jóvenes, adultos, adultos mayores, siendo el grupo etario con mayor riesgo entre 25 y 55 años; sin embargo, presentan una sintomatología distinta dependiendo de la etapa de vida en la que se encuentran ya que los jóvenes muestran síntomas relacionados al comportamiento, mientras que los adultos mayores presentan síntomas somáticos. Es importante mencionar que factores personales, familiares, sociales, cognitivos y genéticos pueden ser considerados como riesgo para el incremento de la probabilidad de conducta depresiva.

En ese sentido, Reynolds (1987) define a la depresión como aquel estado de ánimo que altera negativamente la funcionalidad de las personas, los mismos que cambian sus patrones de comportamiento asociados a la

tristeza, reflejándose en el desarrollo y ejecución de sus tareas simples hasta más complejas. Al respecto, Beck (1967) señala algunas consideraciones a tomar en cuenta para detectar un probable caso de cuadro depresivo: a nivel afectivo, se debe evaluar indicadores de tristeza, displacer, desmotivación pero además detectar la posible evasión dificultades e incluso acciones de su vida diaria, a nivel cognitivo es fundamental identificar alteraciones en su atención y concentración, presencia de alteraciones cognitivas, dificultad en la 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.

Beck (1994) consideran que la depresión es un conjunto de signos y síntomas que afectan a las personas a nivel comportamental, afectivo y de pensamiento.

Garza (2004) considera que la persona que padece depresión muestra una actitud pesimista y displacer frente a actividades que antes disfrutaba, carente de autoestima y seguridad, que al permanecer en el tiempo puede originar serios problemas en su vida diaria. Chinchilla (2008) refiere que la depresión es manifestada por inestable estado de ánimo, generando problemas en su vida cotidiana, ocasionándole tristeza, poca energía, desesperación. Entre sus características cognitivas más resaltantes es creer que todo lo que hace está mal ya que su nivel de exigencia es alto y al no poder cumplirlo se siente menos a comparación de otros.

Dahad, Minici y Rivadeneira (2002) la depresión es caracterizada por: tristeza, preocupación, displacer, a nivel cognitivo: dificultad en atención y concentración, ideas suicidas, a nivel de comportamiento: agotamiento, retraimiento, relaciones inestables, llanto, a nivel somático: alteración del sueño, fatiga, alteración en su apetito y peso, disminución del deseo sexual. Finalmente, Reidl, Haro, García y Jurado (2007) definen el término depresión, en respuesta a la insatisfacción o dolor emocional que se activa cuando no alcanzan los estándares sociales y expectativas del entorno.

En cuanto a la terapia cognitiva, es importante precisar que es uno de los modelos más utilizados en el abordaje con pacientes diagnosticados con trastornos mentales ya que permite modificar su pensamiento, emociones y conducta. Este modelo tiene como bases teóricas el condicionamiento clásico y operante, la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis.

Este modelo es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, entre ellas la depresión, siendo efectivo para lograr la identificar aquellos aspectos negativos de las personas sobre sí mismas, que a su vez están acompañadas de pensamientos distorsionados y se ven reflejados en la alteración de su comportamiento.

Beck (1967) hace énfasis que la conducta está determinada por un conjunto de cogniciones, actitudes, desarrolladas a partir situaciones que previamente se han experimentado, donde el especialista ayuda al paciente a darse cuenta sobre su pensamiento y conducta; con el objetivo que se convierta en algo más realista y adaptativo en relación a los problemas que le aqueja, de esta manera los síntomas se podrán disminuir o eliminar.

Por ello, la terapia cognitiva conductual tiene un conjunto de estrategias cuyo objetivo es delimitar e identificar creencias irracionales o desadaptativas que interrumpen un adecuado desenvolvimiento en la persona en cualquiera de sus ejes de vida; pero además identificar la relación entre cognición, afecto y conducta, para reemplazarlos por otros más realistas.

La teoría de Beck (1967) postula tres conceptos que permita explicar la depresión, basados en la tríada cognitiva, esquemas mentales y errores al momento de procesar información, definiéndolas de la siguiente manera:

Primero, la triada cognitiva la cual se centra en la visión negativa del paciente que tiene sobre sí mismo, sobre su entorno y futuro, teniendo como resultado desestima personal, sentimientos de inferioridad, minusvalía, considerando carecer de atributos esenciales para lograr la alegría y felicidad.

Segundo, organización estructural (esquemas) del pensamiento cognitivo, es decir hay la existencia de distorsión del pensamiento, el mismo que se ve invadido por ideas pesimistas y negativas que no están contempladas ni conectadas por ideas lógicas, distorsionando su realidad siendo repetitivas y perseverantes en el tiempo.

Tercero, errores cognitivos, caracterizada asumir y dar por hecho conclusiones desde un punto de vista negativo pese a que se evidencie lo contrario, no permitiéndole visualizar otras posibilidades más funcionales.

Por su parte, Romero (2006) hace referencia que la terapia Cognitiva Conductual relaciona pensamientos, acciones y sentimientos, además enfatiza que la depresión es la respuesta a deficientes recursos de afrontamiento, poco déficit en la regulación emocional y una perspectiva distorsionada de sí mismo como de su ambiente.

Asimismo, Rosello y Bernal (2007) contemplan que el modelo cognitivo conductual permite identificar pensamientos y emociones que afectan considerablemente el estado de ánimo de las personas.

Caro (2013) hace referencia al modelo de Beck como aquel enfoque cognitivo conductual que ha influido en el proceso psicoterapéutico sobretodo en cuadros clínicos relacionados a trastornos afectivos a través de técnicas demostrando su efectividad en la depresión.

Beck, Rush, Shaw, y Emery (2010) mencionan que el modelo cognitivo de la depresión se basa en la percepción que tiene las persona en base a sus experiencias, la forma de pensar sobre sí mismo, pasado y futuro.

Beck, durante el proceso de intervención basado en el modelo cognitivo conductual, busca la identificación de aquellos pensamientos distorsionados para que pueda ser reemplazados por otros más adaptativos, facilitando reestructurar la triada cognitiva (Chávez-León y otros, 2014). Si bien es cierto Beck es precursor del enfoque cognitivo, actualmente las técnicas empleadas son las que toman mayor protagonismo (Caro, 2014).

Puerta y Padilla (2011) refieren que el modelo cognitivo conductual pretende

explorar el origen y mantenimiento de la depresión; y de esta manera utilizar una serie de técnicas que servirán para cambiar los pensamientos distorsionados. Actualmente el enfoque aborda la depresión desde una mirada holística; el terapeuta motiva al paciente a que por sí mismo se dé cuenta de la percepción que tiene sobre su realidad, y que muchas veces esta misma se encuentra distorsionada.

Ruiz y otros (2012) sobre el enfoque cognitivo conductual, es aquel modelo que además de identificar pensamiento disfuncional también explora la causa de su origen, seguidamente como toda intervención se debe establecer objetivos a corto y largo plazo; en este caso la primera, direccionada a eliminar o disminuir aquellas creencias disfuncionales y la otra, a entrenar aquellas habilidades de afrontamiento que permitirá utilizar en adelante; es decir el paciente podrá poner en practica todo lo aprendido durante la intervención desde un punto de vista más funcional y adaptativo.

Puerta y Padilla (2011) por su parte hacen referencia que la terapia cognitivo conductual tiene buenos resultados en la intervención con pacientes diagnosticados con depresión porque al igual que Beck coinciden en que pretende disminuir el pensamiento disfuncional pero además potencializar sus habilidades sociales, de autocontrol, y capacidad de resolución de problemas.

Chávez-León y otros (2014) la terapia cognitivo-conductual va ser exitosa no solo por las intervenciones, sino también por la relación terapeuta – paciente, cumpliendo un rol importante ya que deberá proporcionarle confianza, establecer un adecuado rapport, ser empático con él y con su sentir, mantener una comunicación fluida, y ser enmarcadas en un ambiente confidencial para asegurar el éxito de la intervención.

En términos generales, los modelos cognitivos abordan los problemas mentales explicando tanto la causa, como las manifestaciones que repercuten en el comportamiento de quienes lo padecen (Knapp y Beck, 2008).

Mahoney y Arnkoff (1978) presentan algunas de las técnicas que continúan vigentes durante el proceso terapéutico:

Reestructuración cognitiva: proporciona la identificación de aquellas creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalizaciones negativas originando que el problema siga latente. En esta categoría se incluyen: la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962).

Manejo de situaciones: busca que el paciente por sí mismo explore cuáles son sus habilidades de afrontamiento para saber cómo manejar situaciones que lo abruma. En ese sentido la aportación de Meichenbaum (1971) utiliza el entrenamiento de auto instrucciones.

Solución de problemas: dirigidas a reestructurar el modo en que la persona resuelve los problemas. Las estrategias más utilizadas se incluyen: la *Terapia de Solución de Problemas* de D'Zurilla y Golfried (1971), posteriormente renombrada como *Terapia de Solución de Problemas Sociales*, la *Terapia de Solución de Problemas Interpersonales* de Spivack y Shure (1974) y la *Ciencia Personal* de Mahoney (1974).

Sin embargo, a pesar a la efectividad de la terapia cognitiva en la intervención de trastornos mentales, se ha hecho algunos cuestionamientos citados a continuación:

Avia, y Hagerman, (1985) cuestiona la similitud de términos entre contenidos cognitivos, procesos cognitivos y estructuras cognitivas.

Seligman (1988) por su parte hace referencia a la deficiente sustentación de conocimientos sobre la psicología cognitiva, posición que es compartida con Mahoney (1995) al no considerar el enfoque cognitivo conductual como desarrollo tecnológico de la psicología ya que aparecieron durante historia del modelo cognitivo conductual.

Ruíz (1993), A lo largo del tiempo, la terapia cognitiva ha demostrado su eficacia a través de diferentes bases teóricas, sin embargo, tal como refiere

Mahoney, Gabriel, Perkins (1987) no se puede dejar de lado el enfoque epistemológico constructivista que también ha brindado aportes significativos para su desarrollo.

Por lo expuesto anteriormente, la presente investigación enfatizo la importancia de la intervención en usuarios diagnosticados con depresión desde un modelo cognitivo conductual pues permite la identificación de creencias irracionales, pensamientos automáticos, entre otros, de esta manera reemplazarlas por otras más adaptativas haciendo uso de diferentes técnicas que permitirán la disminución de síntomas conductuales, fisiológicos y/o motores asociados a la depresión.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

##### **3.1.1. Tipo de investigación**

Murillo (2008), investigación aplicada también llamada “investigación práctica o empírica”, caracterizada porque usa los conocimientos previos, pero además identifica otros a través del tiempo, implementándose y sistematizándose para conocer la realidad.

##### **3.1.2. Diseño de investigación**

Descriptiva, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010) cuyo objetivo es identificar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población específica. Propositiva, según Hernández, Fernández y Baptista (2010) se preocupa de cómo debería ser las cosas para alcanzar fines y funcionar satisfactoriamente. El diseño de investigación por lo tanto es descriptivo propositivo, pues busca conocer el nivel de depresión en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes, para crear una línea base y diseñar un programa cognitivo conductual que pueda ser aplicado en el futuro.

#### **3.2. Variables y Operalización**

##### **Variable independiente: Programa Cognitivo Conductual**

Definición Conceptual: Beck (1967) procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado utilizada en el tratamiento de alteraciones mentales, entre ellas la depresión, con la finalidad de identificar cogniciones, emociones y conductas desadaptativas y de esta manera reemplazarlas por algo más funcional en relación a sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando los síntomas.

Definición operacional: El programa está basado en la teoría de Beck que se encuentra bajo el enfoque cognitivo conductual. Se desarrolla en un total de 10 sesiones, duración aproximada de 2 horas por sesión, dirigido a 30 usuarios diagnosticados con depresión en el centro de salud mental comunitario Tumbes, previamente a la primera sesión serán evaluados con un pretest.

Indicadores: Cognitiva, Afectiva, Conductual

Escala de medición: Valoraciones y progresos.

### **Variable Dependiente: Depresión**

Definición Conceptual: OMS (2011) trastorno afectivo o de ánimo caracterizado por la pérdida de interés en el disfrute de actividades que antes se consideraban placenteras, la misma que afecta considerablemente la funcionalidad de las personas en sus diferentes esferas de vida.

Definición operacional: La valoración de la variable dependiente se realizará con el Inventario de Depresión -II (BDI-II) creado por Aaron T. Beck, con la colaboración de Robert A. Steer y Gregory K. Brown. Cada ítem responde a una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 y 18 que contienen 7 categorías.

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

Indicadores: Cognitivo afectivo (tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto) y Somato Motivacional (sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad para concentración, cansancio o fatiga, pérdida de interés en el sexo).

Escala de medición: Ordinal.

### **3.3. Población, Muestra, muestreo, unidad de análisis**

**3.3.1. Población:** Constituida por 30 usuarios de ambos sexos que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Tumbes y han sido diagnosticados con depresión.

**3.3.2. Criterios de inclusión:** Usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Tumbes, que participan de forma voluntaria y tengan edades de 13 años en adelante.

**3.3.3. Criterios de exclusión:** usuarios que no completen el auto informe.

**3.3.4. Muestra:** La muestra fue equivalente a la población, un total de 30 usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Tumbes.

**3.3.5. Muestreo:** Se utilizó para la presente investigación la técnica del muestreo no probabilístico por conveniencia.

**3.3.6. Unidad de análisis:** Usuarios diagnosticados con depresión a partir de 13 años a más.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos**

El Inventario de Depresión -II (BDI-II) de Aaron T. Beck, fue validado en el año 2012 por Carranza Esteban Renzo Felipe, en su investigación Propiedades Psicométricas Del Inventario De Depresión De Beck II en Universitarios de Lima.

El BDI-II es un auto informe que mide la presencia y gravedad de la depresión tanto en adolescentes y adultos desde los 13 años de edad en adelante. El autoinforme tiene un total de 21 ítems indicativos de

síntomas: tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Puede ser aplicado de forma individual o grupal, requiere mínimo de 10 a 15 minutos. El presente instrumento se basa en el modelo cognitivo de Beck, cada ítem se responde a una escala de 4 puntos, de 0 a 3. Las puntuaciones mínima y máxima son 0 y 63 estableciendo la siguiente categoría: 0-13 mínima depresión; 14-19 depresión leve; 20-28 depresión moderada; 29-63 depresión grave.

Validez: En general, los resultados de los análisis de los ítems ejecutados al mostrar correlaciones significativas evidencian validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA). Validez de Constructo mediante la técnica de análisis factorial, se muestran valores bajos del índice KMO que desaconsejan la utilización de análisis factorial. El índice KMO es de 0.929 siendo un valor meritorio para obtener el análisis factorial.

Confiabilidad: El Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA) presenta un índice alfa de Cronbach de 0.878. Lo cual indica que el instrumento presenta una consistencia interna óptima.

Confiabilidad: El Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA) presenta un índice alfa de Cronbach de 0.878. Lo cual indica que el instrumento presenta una consistencia interna óptima.

### **3.5. Procedimientos**

Se solicitó el permiso a través de una carta para la aplicación del instrumento, ante la aceptación del Centro de Salud Mental Comunitario se les hizo llegar los cuestionarios de forma virtual para la recolección de las respuestas de los usuarios. Posteriormente se procedió a la investigación de antecedentes, teorías científicas y conceptos, que nos permita contrastar los resultados encontrados. Se propuso un programa de intervención basado en el modelo cognitivo conductual teniendo un total de 10 sesiones como mínimo,

las mismas que fueron evaluadas con las siguientes dimensiones: cognitiva, afectiva y conductual. Finalmente, se buscó intervenir a los usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario, debido a la recurrencia de sus síntomas que se han acentuado debido a la pandemia originada por la COVID -19, obteniendo resultados obteniendo resultados y analizarlos a través procedimientos estadísticos para su respectiva discusión, conclusiones y recomendación.

### **3.6. Método de análisis de datos**

Se empleó la estadística descriptiva para el análisis de los resultados utilizando tablas y gráficos. Asimismo, se empleó el Programa Excel, paquete estadístico.

### **3.7 Aspectos éticos**

El presente estudio está fundamentado con veracidad, puesto que todos los antecedentes e investigaciones que se han mencionado están debidamente registrados. Por otro lado, en la presente investigación se veló por el derecho a la libertad de decidir participar puesto que es una decisión voluntaria, así como se refleja en el Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano (2014) en su título XI, manifestando en los artículos 79 y 87el establecimiento de acuerdos claros y justos entre los participantes e investigador, así como cuidado de la información que se brinda de manera confidencial excepto se haya tenido un trato previo de la necesidad de informar a tercero.

#### IV. RESULTADOS

*Tabla 1. Porcentaje con relación a las edades de usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Tumbes.*

<b>EDAD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
13 -19	11	42
21- 30	9	21
31- 62	10	37
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Interpretación: Se observó que alrededor de 30 usuarios diagnosticados con depresión participaron de la presente investigación, cuyas edades oscilan entre los 13 a 62 años. Por otro lado, podemos inferir el 42% usuarios tenían edades entre 13 a 19, 37 % entre 31 a 62 y finalmente 21% entre 21 a 30.

*Tabla 2. Porcentaje con relación al sexo de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Tumbes.*

<b>SEXO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
F	21	69%
M	9	31%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Interpretación: Se observó que 30 usuarios diagnosticados con depresión participaron en la presente investigación, de los cuales 21 fueron identificados con sexo femenino siendo equivalente al 69% mientras que 9 fueron del sexo masculino haciendo un total de 31%.

*Tabla 3. Porcentaje con relación al estado civil de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Tumbes.*

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
CASADO	6	20%
CONVIVIENTE	11	37%
SOLTERO	13	43%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Interpretación: Se observó que de los 30 usuarios diagnosticados con depresión que a su vez participaron en la presente investigación, con relación a su estado civil podemos inferir que el 43% son solteros, el 20% son casados, así como también el 37% convivientes.

*Tabla 4. Porcentaje con relación al nivel de depresión en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Tumbes.*

<b>NIVEL</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
GRAVE	19	55%
MINIMA	1	2%
MODERADA	10	43%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Interpretación: Se observó que de los 30 usuarios diagnosticados con depresión a quienes se le administraron el Inventario de Depresión de Beck, el 55% presenta un nivel grave, seguidamente el 43% un nivel moderado, mientras que el 2% presenta un nivel mínimo de depresión.

*Tabla 5. Porcentaje con relación a la prevalencia del nivel de depresión según sexo en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Tumbes.*

NIVEL	SEXO		%		Total	Total %
	F	M	F	M		
GRAVE	13	6	40%	15%	19	55%
MINIMA	1		2%	0%	1	2%
MODERADA	7	3	28%	16%	10	43%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>69%</b>	<b>31%</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Interpretación: Se observó que, de los 30 usuarios, el 40% de mujeres padecen depresión grave, el 28% depresión moderada y el 2% mínima depresión, mientras que en los varones el 16% padece de depresión moderada, así como también el 15% depresión grave. Por lo tanto, la prevalencia de depresión según el sexo es en mujeres obteniendo el 69 % a diferencia de los varones que solamente alcanzaron el 31%.

## V. DISCUSIÓN

En definitiva, el impacto de la pandemia a causa del COVID-19 viene trayendo consigo un fuerte impacto en la salud mental de las personas reflejadas en cifras alarmantes, muchas de ellas asociadas a trastornos afectivos como la depresión, la misma que se ha convertido en un síntoma común tanto en hombres como mujeres sin distinción de edades y las que a su vez al no ser tratadas a tiempo puede ocasionar cuadros clínicos agudos. En ese sentido, la OMS (2011) define a la depresión como un trastorno afectivo caracterizado por la pérdida de interés en el disfrute de actividades que antes se consideraban placenteras, la misma que afecta considerablemente en la funcionalidad de las personas en sus diferentes esferas de vida.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, con respecto a los resultados de la presente investigación el 42% usuarios presentan edades entre 13 a 19 años, el 37 % entre 31 a 62 años, mientras que el 21% presenta entre 21 a 30 años. Como se puede evidenciar la depresión puede presentarse en cualquier etapa de vida, sin embargo, Hegeman J., et al (2012) refiere que las manifestaciones van a variar en función a la edad, por ejemplo, en el caso de los jóvenes sus síntomas estarán vinculados al comportamiento, mientras que en el caso de los adultos mostrarán síntomas somáticos, en ambos casos siendo influidos por factores personales, familiares, sociales, cognitivos e incluso genético. En este apartado el aporte que brinda Antón (2016) es importante pues refuerza lo mencionado anteriormente ya que en su estudio donde se trabaja con un joven de 18 años diagnosticado con depresión se vinculó fuertemente a sintomatología comportamental cuyas características principales fueron: disminución de interés o placer, reducción del apetito, pérdida del sueño, entre otros.

Por otro lado, se evidencia que el 69% de mujeres padecen de este trastorno afectivo mientras que solo el 31% de varones presenta el diagnóstico; lo cual como sustenta Garza (2004) podría destacarse en este grupo poblacional características predominantes como: actitud pesimista, displacer en sus actividades, déficit de autoestima, inseguridad, entre otros; y en casos severos la OMS (2011) refiere que la depresión inclusive podría presentar pensamientos de muerte recurrente con ideación, planeación y/o actos suicidas. Del mismo modo es importante hacer referencia que, estos síntomas mencionados al permanecer en el tiempo y no ser intervenidos a tiempo como menciona el MINSA (2018) aumentaría el estado de discapacidad y deterioro en su funcionamiento integral.

Por su parte, la presente investigación refleja además que el 43% de los que padecen depresión son solteros, el 20% casados, mientras que el 37% convivientes; es decir que aquellos que presentan mayor prevalencia en el diagnóstico podrían sentir que no alcanza aquellos estándares sociales y/o expectativas del entorno tal como lo menciona Reidl, Haro, García y Jurado (2007), concordando con lo establecido por Chinchilla (2008) las expectativas y exigencias del entorno al ser altas y no poder cumplirlas hace que se perciba a si mismo con sentimientos de inferioridad, pérdida de confianza, inutilidad y desesperanza que a su vez va a causar disfuncionalidad permanente no solo en la persona quien padece depresión sino además en las personas que se encuentran alrededor suyo.

Con respecto al nivel de depresión, los resultados arrojados describen que el 55% presenta depresión grave, 43% depresión moderado, mientras que el 2% depresión mínima. Por ejemplo, Reynolds (1987) define que, al diagnosticar a una persona con depresión, su funcionalidad va a verse más afectada y a su vez los patrones de comportamiento van a ir variando reflejándose en el desarrollo y ejecución de sus tareas desde las más simples hasta las más complejas, es decir a mayor nivel de depresión mayor disfuncionalidad; sin embargo Ruiz y otros (2011) afirman que pese al nivel de depresión o deterioro que padece la persona, el enfoque cognitivo

conductual empleado en la intervención no solo ayudara en la identificación de aspectos disfuncionales, sino que además explorara la causa de lo que lo origina, logrando plantear objetivos concretos ya sea a corto (eliminar creencias disfuncionales) o largo plazo (adquirir habilidades más adaptativas y racionales) según corresponda, es así que autores como Hernández, Alcázar, Vogel y Reyes (2017) reafirman la eficacia del enfoque cognitivo conductual en el tratamiento del trastorno depresivo, pues va a permitir la disminución de síntomas tales como: ira, tristeza, problemas de sueño, fatiga, siendo evidenciado también en la investigación de Caballero (2014) a través de la intervención a mujeres diagnosticadas con depresión moderada a severa, cuyo objetivo fue comparar el antes y después de la intervención cognitivo conductual, dando como resultado que tras seis sesiones de intervención el nivel de depresión había variado de moderada a leve.

Por otro lado, se halló que el 40% de mujeres padecen depresión grave, el 28% depresión moderada y el 2% mínima depresión, mientras que en los varones el 16% padece de depresión moderada, así como también el 15% depresión grave. Por lo tanto, la prevalencia de depresión según el sexo es en mujeres obteniendo el 69 % a diferencia de los varones que solamente alcanzaron el 31%. Al identificar mayor prevalencia en mujeres que varones podríamos inferir que algunos componentes se verían seriamente afectados con características predominantes, tal como señala Beck (1967) componente afectivo: presencia de tristeza, pérdida de la alegría, de gratificación, componente motivacional: evasión de dificultades e incluso acciones de su vida diaria, componente cognitivo: alteraciones en su atención y concentración, dificultad en la toma de decisiones, componente conductual: displacer en sus actividades cotidianas, disminución de la energía, componente fisiológico: alteración en el sueño y apetito, e incluso disminución del deseo sexual.

Finalmente, luego de los resultados reflejados en la investigación, se propone la intervención de un programa de 10 sesiones basado en el modelo cognitivo conductual que permita abordar a pacientes que presentan depresión grave y moderada, puesto que la OMS (2012) menciona que la depresión es un trastorno mental que afecta sus emociones de las personas y a la vez conlleva a desvincularlo de sus actividades, alterando los patrones de sueño y apetito, pero además generando problemas en su atención y concentración; y de persistir en el tiempo afectaran en su funcionalidad y en casos más complejos podría llegar al suicidio.

## VI. CONCLUSIONES

1. Se concluye que el 42% de usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de salud Mental Comunitario de Tumbes alcanzaban edades entre 13 a 19 años, seguidamente de un 37 % entre 31 a 62 años, mientras que un 21% presentaban entre 21 a 30 años.
2. Se concluye que del 100% que equivale a 30 usuarios diagnosticados con depresión, el 69% fueron mujeres, mientras que el 31% varones.
3. Por otro lado, del 100% de usuarios diagnosticados con depresión en relación a su estado civil podemos inferir que el 43% son solteros, el 37% convivientes y el 20% casados.
4. En relación al nivel de depresión que presentan los usuarios del centro de salud mental comunitario Virgen del Cisne – Tumbes, el Inventario de Depresión de Beck II arrojó que el 55% presenta un nivel grave, el 43% un nivel moderado, mientras que el 2% alcanza un nivel mínimo de depresión.
5. Al realizar un análisis de los niveles de riesgo y su prevalencia en el sexo, se encontró que en el caso de las mujeres el 40% padecen depresión grave, el 28% depresión moderada y el 2% mínima depresión, mientras que en los varones el 16% padece de depresión moderada, así como también el 15% depresión grave. Por lo tanto, podemos inferir que el nivel de depresión en mujeres es más frecuente obteniendo el 69 % a diferencia de los varones que solamente alcanzaron el 31%.
6. Finalmente, de acuerdo a los resultados obtenidos, se ha creído necesario realizar una propuesta de intervención a los usuarios diagnosticados con depresión y de esta manera mejorar su nivel de funcionalidad, la misma que se adjunta en el anexo 05.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Se propone continuar con las investigaciones en el Centro de Salud Mental Comunitario de Tumbes relacionadas a la variable de estudio, que permita la posibilidad de realizar intervenciones efectivas.
- Difundir los resultados encontrados en la presente investigación para de esta manera propiciar el interés de otros investigadores en aportar nuevas estrategias y/o métodos de intervención.
- Al evidenciar los resultados, se recomienda ejecutar el programa basado en el enfoque cognitivo conductual pues tendrá un aporte significativo en las personas diagnosticadas con depresión pues mejorará su calidad de vida.

## REFERENCIAS

Antón, V. (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.

Caro, G. (2013). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck: reflexiones críticas. Boletín de Psicología. Obtenido de <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](https://www.researchgate.net/publication/268369150_Presente_y_futuro_de_las_psicoterapias_cognitivas).

Colegio de Psicólogos del Perú (2014). Código de ética profesional del psicólogo peruano. Consejo Directivo Regional de Lima. Perú: Morzan.

Caballero, A. (2014). Modelo de intervención en mujeres con depresión. Universidad Autónoma del Estado de México. México.

Chávez-León, E., Benítez-Camacho, E., y Uribe, M. O. (marzo-abril de 2014). La terapia cognitivo conductual. Salud mental. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185](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.

D' Zurilla, T., Golfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFG/Análisis-y-modificación-de-la-conducta>

Dahad, J., Minici, A. y Rivadeneira, C. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de terapia cognitivo conductual*. <http://cetecic.com.ar/revista/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion/>

Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. <https://www.redalyc.org/pdf/440/44030207.pdf>

Garza, F. (2004), Depresión, angustia y bipolaridad. Guía para pacientes familiares. México: Trillas.

Gómez, C. & Roa, M. (2002). Tratamiento por pérdida afectiva: Caso único. *Acción Psicológica*, 1(2). <https://doi.org/10.5944/ap.1.2.552>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). Metodología de la investigación científica. Mexico: Mc Graw-Hill

Hegeman J., Kok, R., Van, C. & Giltay, E. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, (200), 275–281. <https://doi: 10.1192/bjp.bp.111.095950>

Hernández, R., Romero, D., Alcázar, D., Vogel, N. & Reyes, D. (2017). Intervención Cognitivo Conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>

Hollon, S., Beck, A., Jacobson, N. (1994). Cognitive–behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the jury's returned its verdict, it's time to present the rest of the evidence, 64 (1). <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.74>

Instituto Nacional de Salud Mental (2020). Estudio epidemiológico de salud mental. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>

Knapp, P., Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(s2), 54- 64. [DOI:10.1590/S1516-44462008000600002](https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002)

Lega, L. (1991). La Terapia Racional Emotiva: Una conversación con Albert Ellis. In V. E. Caballo (Dir.), Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta.

López, J. (2016). Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto. Universidad Nacional Federico Villarreal. Perú.

Mahoney, M.J., Gabriel, T.J. y Perkins, T.S. (1987). Psychological skills and exceptional athletic performance. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29232614011.pdf>

Mahoney, M. J. (1974). Cognition and behavior modification. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342006000300022](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300022)

Meichenbaum, D., & 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/h0030773>

Mahoney, M.J. y Arnoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. <http://www.psicothema.com/pdf/316.pdf>

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 con evidencia científica, 33 (1). <https://doi.org/10.15517/revedu.v33i1.538>

OMS (2017). "Depresión: hablemos". <https://www.paho.org/es/noticias/12-5-2017-depresion-hablemos-dice-oms-mientras-depresion-encabeza-lista-causas-enfermedad>

OMS (2006). Prevención del suicidio: un instrumento en el trabajo. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Manejo de Trastornos Mentales y cerebrales. [http://www.who.int/mental\\_health/media/general\\_physicians\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1)

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\\_20121009/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/)

OMS (2020). Depression. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

OMS (2011). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)

Puerta, J., 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>

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)

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). Efectos de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Perú.

Romero, G. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual de Un caso de depresión en la tercera edad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán.* <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/8%20TRATAMIENTO%20COGNITIVO-CONDUCTUALDE.pdf>

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](http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/individual_participante_esp.pdf).

Rubio J. M. (2015). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso. Universidad Del Norte De Barranquilla. Colombia.

Ruiz, A., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales.

Salomón, P. (2018). Trabajo académico de aplicación profesional en el ámbito laboral: “Caso clínico episodio depresivo leve”. Universidad Nacional de San Agustín. Perú.

Spivack, G., Platt, J. y Shure, M. (1976). The problem-solving approach to adjustment. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80412409002.pdf>

## **ANEXOS**

ANEXO 01

MATRIZ DE OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL	Beck (1967) procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, entre ellas la depresión, con la finalidad de identificar las cogniciones, emociones y conductas desadaptativas para que sean reemplazadas por otras más adaptativas reduciendo o eliminando los síntomas.	Programa basado en la teoría de Beck q bajo enfoque cognitivo conductual. Se desarrolla en 10 sesiones, duración 2 horas aproximadamente por sesión, previamente los usuarios diagnosticados con depresión se les aplica un pre test.	COGNITIVA AFECTIVA CONDUCTUAL	RENUEVATE: Relajación de Jacobson. EL VALOR DE LA VERDAD: Exposición a causa del problema. ICEBERG: Identificación del pensamiento irracional GIRO 180° Reestructuración Cognitiva. GIRO 36° Reestructuración Cognitiva. AUTOCUIDADO Formulario de BATD- Monitoreo a diario MINDFULNESS	Valoraciones y progresos
DEPRESION	OMS (2011) define a la depresión como aquel trastorno afectivo o de ánimo caracterizando la perdida de interés en el disfrute de actividades.	Inventario de Depresión -II (BDI-II) creado por Aaron T. Beck, con la colaboración de Robert A. Steer y Gregory K. Brown. Cada ítem responde a una escala de 4 puntos.	COGNITIVA AFECTIVA  SOMATO MOTIVACIONAL	Tristeza, pesimismo, fracaso, perdida de placer, sentimiento de culpa, pensamiento o deseo suicida, llanto.  Sentimiento de castigo, disconformidad de uno mismo, agitación, perdida de interés, indecisión, desvalorización, perdida de energía.	Ordinal

## **ANEXO 02**

### **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK – II (BDI – II)**

#### **Instrucciones:**

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LA DOS ULTIMAS SEMANAS INCLUYENDO EL DIA DE HOY. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señale también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo de efectuar la elección. No deje ninguna frase sin contestar.

#### **1. TRISTEZA**

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente o tan
- 3 Desgraciado que no puedo soportarlo.

#### **2. PESIMISMO**

- 0. No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2. No espero que las cosas me salgan bien.
- 3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que la cosas solo empeoraran.

#### **3. FRACASO**

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más de lo que debería.
- 2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3. Me siento una persona totalmente fracasado.

#### **4. PÉRDIDA DE PLACER**

0. Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
  3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

#### **5. SENTIMIENTO DE CULPA**

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable constantemente.

#### **6. SENTIMIENTO DE CASTIGO**

0. No siento que este siendo castigado.
1. Siento que puedo ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

#### **7. DISCONFORMIDAD CON UNO MISMO**

0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
1. He perdido la confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusto.

#### **8. AUTO – CRÍTICAS**

0. No me critico o me culpo más que antes.
1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
2. Me critico por todos mis defectos.
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

#### **9. PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIO**

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
2. Me gustaría suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

## **10. LLANTO**

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro por cualquier cosa.
3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

## **11. AGITACIÓN**

0. No estoy más inquieto o tenso que de costumbre.
1. Me siento más inquieto o tenso que de costumbre.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

## **12. PÉRDIDA DE INTERES**

0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.
1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
3. Me resulta difícil interesarme en algo.

## **13. INDECISIÓN**

0. Tomo decisiones como siempre.
1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

## **14. DESVALORIZACIÓN**

0. No me siento inútil.
1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
2. Me siento inútil en comparación con otras personas.
3. Me siento completamente inútil.

## **15. PÉRDIDA DE ENERGÍA**

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía de la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.

3. No tengo suficiente energía para hacer nada.

#### **16. CAMBIO EN EL PATRÓN DE SUEÑO**

0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
1. Duermo algo más de lo habitual.
2. Duermo algo menos de lo habitual.
3. Duermo mucho más de lo habitual.
4. Duermo mucho menos de lo habitual.
5. Duermo la mayor parte del día.
6. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

#### **17. IRRITABILIDAD**

0. No estoy más irritable de lo habitual.
1. Estoy más irritable de lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.
3. Estoy irritable continuamente.

#### **18. CAMBIOS EN EL APETITO**

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1. Mi apetito es algo menor de lo habitual.
2. Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
3. Mi apetito es mucho menor que antes.
4. Mi apetito es mucho mayor que antes.
5. He perdido completamente el apetito.
6. Tengo ganas de comer continuamente.

#### **19. DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN**

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
3. No puedo concentrarme en nada.

#### **20. CANSANCIO O FATIGA**

0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.

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

**21. PÉRDIDA DEL INTERÉS POR EL SEXO**

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
3. He perdido completamente el interés por el sexo.

## ANEXO 03

### PROPUESTA

La presente investigación permite dar a conocer la eficacia del enfoque cognitivo conductual en usuarios diagnosticados con depresión. Tal como lo han mencionado autores como Garza (2004) y Chichilla (2008), la depresión está caracterizada por una actitud pesimista que se va a reflejar en su inestable estado de ánimo. Se ha demostrado que la efectividad de la intervención se puede evidenciar en cuadros severos y agudos, pero haciendo énfasis que el número de sesiones puede variar en función al diagnóstico clínico.

¿Por qué utilizar el enfoque cognitivo conductual? Porque justamente trabaja en base a una “triada cognitiva” que se presenta en pacientes que padecen de este cuadro clínico a través de las siguientes características: Alteración en pensamiento, conducta, emoción.

Beck en su propuesta que presenta busca la identificación de patrones cognitivo/conductuales que no permite un adecuado desempeño y por tanto su nivel de disfuncionalidad es alto. Es así que la propuesta presentada en la investigación no solo busca la identificación de conductas disfuncionales y/o desadaptativas como tal sino también remplazarlas por otras más funcionales que permitan reducir y/o eliminar los síntomas presentes.

Entre las estrategias más comunes basados en el enfoque cognitivo conductual se ha tomado en cuenta la reestructuración cognitiva donde además se trabaja en base a la identificación de creencias irracionales, pensamientos distorsionados, los mismos que originan que el problema siga latente. Así mismo el manejo de situaciones que permitirá el uso de recursos personales que servirán como estrategias de afrontamiento para la resolución de conflictos, ambas estrategias se pondrán en marcha cuando se logre la exploración y exposición a la causa del problema.

Cuando nos referimos a la eficacia del enfoque cognitivo conductual como una estrategia de intervención en personas diagnosticadas con depresión hablamos también de que a medida que las sesiones se van desarrollando, las personas aprenderán a darse cuenta de su propia realidad que muchas veces se encuentra distorsionada, a causa de experiencias previas a lo largo de su vida, tal como lo menciona Beck, Rush, Shaw y Emery (2010).

En relación al proceso terapéutico que se da entre el paciente y terapeuta será fundamental la relación entre ambos para el éxito de la intervención, la misma que deberá enmarcarse en la aceptación, empatía y autenticidad. Finalmente podemos resumir que el enfoque cognitivo conductual no solo aborda la identificación del problema que causa, sino también brinda posibles alternativas de solución a través de una mirada holística donde el terapeuta hará ver al paciente por si mismo la identificación de sus creencias irracionales, distorsiones cognitivas para hacerle frente con aquellos recursos personales que han sido identificados a su vez, permitiendo derribar cualquier disfuncionalidad que se muestre desbordante y o amenazante ya que recordemos estos pacientes diagnosticados con depresión creen ser incapaces e imposibilitados de resolver problemas reflejando un deficiente autoestima, seguridad personal y que al permanecer en tiempo y frecuencia agudiza el diagnóstico, por tanto, los síntomas afectarán en mayor medida su desempeño en diferentes esferas de vida: Personal, familiar, social, académico o laboral.

## ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL EN USUARIOS DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN

### I. DATOS GENERALES

- a. Denominación : “Un viaje a nuestro interior”
- b. Beneficiarios : Usuarios del CSMC Tumbes.
- c. N° de participantes: 30 usuarios de 13 años a más
- d. Responsable : Br. Melissa Elizabeth Vásquez Vásquez

### II. JUSTIFICACIÓN

Debido a la pandemia ocasionada por el COVID-19 las saludes mentales de las personas se han visto afectadas, viéndose un aumento progresivo de cuadros clínicos relacionados a trastornos afectivos, entre ellas: La depresión. Y es que justamente hacer frente a este desafío va a requerir de un equipo multidisciplinario y especializado que se verá reflejado en una atención de calidad. Es así que se ha creído conveniente realizar el desarrollo de sesiones que permita abordar esta problemática en mención desde un enfoque de intervención donde tendrá un rol protagónico el uso de técnicas y/o estrategias cognitivo conductuales que permita a las personas aprender a darse cuenta y tomar consciencia de aquellas cogniciones (pensamientos) irracionales que no permite un óptimo desempeño en sus diferentes áreas de vida ya que los imposibilita en algunos casos poder desarrollar conductas y/o actitudes saludables que promuevan su bienestar integral y de esta manera disminuir sus niveles de depresión.

### III. OBJETIVOS

#### a. General

Diseñar el modelo cognitivo conductual dirigido a usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes.

b. Especifico

Caracterizar la depresión en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes.

Elaborar un programa de intervención basado en el modelo cognitivo conductual a usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes.

Fundamentar el programa de intervención basado en el modelo cognitivo conductual a usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes.

IV. NÚMERO Y DURACIÓN DE LA SESIÓN

a. Numero : 10 sesiones desde un enfoque cognitivo – conductual.

b. Duración : 2 horas aproximadamente.

V. ACTIVIDADES

Ver sesiones a continuación

## **SESIÓN 01**

### **Denominación:**

“Renuévate”

### **Objetivo:**

En situaciones donde las personas identifican cuadros de estrés muchas veces no saben qué hacer o cómo reaccionar, por ello esta técnica de relajación muscular progresiva va a permitir a los usuarios ser conscientes de la acumulación de tensión en ciertas partes de su cuerpo, para posteriormente llevarla a un estado de relajación.

### **Desarrollo:**

1. Primero, debemos ubicarnos en un ambiente amplio, que tenga una buena ventilación e iluminación.
2. Seguidamente es importante la posición que tendrá la persona durante la intervención, se recomienda que este ejercicio se realice con ropa cómoda.
3. Cuando se encuentra ubicado (a) es importante enseñarle la correcta forma de respirar (inhalar y exhalar) para poder estimular una respiración profunda y completa. Se recomienda repetirlo de 2 a 3 veces cerrando los ojos y haciendo uso de la imaginación transportarse al lugar que le trasmite tranquilidad plena.
4. A medida que pasa el tiempo, debemos propiciar la identificación de energía acumulada en diferentes partes del cuerpo (de pies a cabeza) con la finalidad de contraer los músculos para posteriormente distenderlos, acompañados una buena respiración.
5. Finalmente, cuando hemos realizado el ejercicio habiendo detectado los puntos críticos de tensión en el cuerpo, procedemos a respirar en tres tiempos y a la vez abrir los ojos y retomaremos contacto con el exterior y alrededor.

**Materiales** : Radio, USB, parlantes, música instrumental, etc.

**Tiempo** : 20 a 30 minutos, dependiendo del caso. Es importante precisar que pueden realizarlo diariamente, sobretodo cada vez que se sientan tensos, preocupados.

## **SESIÓN 02**

### **Denominación:**

“El valor de la verdad”

### **Objetivo:**

Exposición a la causa problema

### **Desarrollo:**

1. Las personas cuando identifican un problema que los “sobrepasa” emocionalmente necesitan validarlo y hacerlo consciente.
2. Para ello, es importante hacer uso de la técnica “Línea o mapeo de la vida”, que permite descubrir en que momento inicio la problemática actual, cuáles son las circunstancias que lo desencadenaron y antecedentes personales y/o familiares de impacto.
3. Se propone realizar un mapeo de vida en equipos de aquellas situaciones que en su momento fueron de alto impacto.
4. Al compartirlo, podremos identificar aquellos episodios de gozo como por el contrario de tristeza, que permitirá obtener información enriquecedora para evaluar las posibles causas la situación actual.
5. Esta técnica ira acompañada de preguntas encadenadas, pero además contextualizadas (según sus vivencias mencionadas) y partiendo de allí lograremos ir identificando aquellos esquemas mentales y/o creencias disfuncionales que alteran el comportamiento.
6. Finalmente es importante que, durante las exposiciones del mapeo de vida, se haga uso de la técnica “Si A ... entonces B” puesto que en algunas circunstancias no son claros con el relato, por tanto, debemos ayudarlos a expresar lo que sienten, motivando y/o facilitando así que aflore lo que necesita realmente necesitan decir.

**Materiales** : Hojas bond y lápiz (para dibujar línea o mapeo de vida)

**Tiempo** : No hay tiempo límite.

## **SESIÓN 03**

### **Denominación:**

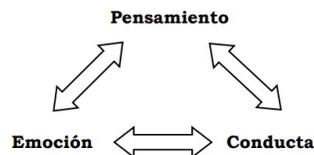
“Iceberg”

### **Objetivo:**

Identificación del pensamiento irracional

### **Desarrollo:**

1. Para esta sesión es importante realizar la evaluación a través de auto registros por parte del especialista que se evidencia en la sesión.
2. Utilizar la técnica del ABC, teniendo en cuenta que ante una situación identificada (A) es pensamiento, (B) es emoción y (C) es conducta. (Psicoeducación)



3. Asimismo, esta técnica permite evidenciar la triada cognitiva que consiste en la visión negativa de sí mismo, de su alrededor y sobre su futuro.
4. A través de ejemplos, plantear situaciones donde en equipos pueda identificar la técnica de ABC.
5. Este ejercicio finalmente, podrá identificar el tipo de distorsiones cognitivas presentes, tales como: interferencia arbitraria (sostener afirmaciones aun cuando hay evidencia contraria), maximización (maximizar errores que cometen), minimización (subestimaciones), abstracción selectiva (afirmar conclusiones que comprueben su inutilidad) todas ellas propias de la depresión.

**Materiales** : Hojas Bond, lápices.

**Tiempo** : No requiere tiempo límite.

## **SESIÓN 04 y 05**

### **Denominación:**

“Giro de 180°” - 1º Parte - “Giro de 360°”

### **Objetivo:**

Reestructuración Cognitiva: Identificar y corregir el pensamiento negativo, tomando en cuenta como precedente la sesión Nª 03, que permitan reducir o eliminar la perturbación emocional y/o conductual.

### **Desarrollo:**

1. Se pretende trabajar en base a la sesión anterior, en primer lugar, debemos analizar la lista de acontecimientos descritos e identificados a manera de ejemplo (se puede incluir vivencias propias); sin embargo, la diferencia es que deberá ser sustituida por una situación más racional.
2. Posteriormente, explicar en qué consiste la técnica de ABCDEF donde: A (acontecimiento activador), B (creencia irracional), C (consecuencia emocional/ conductual), D (cuestionamiento de la creencia irracional), E (creencia racional alternativa), F (nueva consecuencia emocional / conductual).
3. Dividirse en equipos y entregar al azar situaciones cotidianas, donde se ponga en práctica el uso de la técnica.
4. Incluir en esta sesión la técnica de “auto – instrucciones” (frases direccionadas a como pensar, actuar, ejecutar algunas tareas; es decir cómo afrontar problemas) las mismas que son importante repetir las y de esta manera ser utilizados en situaciones concretas y que se repiten en la vida diaria. Se hará un sorteo y cada frase de auto – instrucción que les toque al azar, deberán utilizarlo durante la semana y la próxima sesión compartirán la experiencia.
5. Es importante resaltar que el entrenamiento de auto instrucciones permitirá reemplazar un estilo inadecuado por otro más adaptativo, que permita “Re - aprender”. Es importante resaltar que en la sesión N° 05 se busca reforzar esta técnica.

## **SESIÓN 06**

### **Denominación: “DETRÁS DE MI VENTANA”**

**Objetivo:** Identificar pensamientos, sentimientos negativos y permitir observarlo desde otra perspectiva.

### **Desarrollo:**

1. Motivar a los participantes a utilizar la imaginación para esta actividad.
2. Explicar la importancia de identificar aquellos sentimientos, pensamientos negativos que se apoderan de su nuestra mente luego de una situación desagradable.
3. Posteriormente, brindarle como alternativa que existe otras posibilidades de ver la misma situación, pero de otra manera (más funcional) que ayudaran a su vez eliminar progresivamente su malestar.
4. Explicarle la importancia de utilizar preguntas como: ¿Cómo la vería? ¿Cuáles son las ventajas de verla desde esta nueva perspectiva?
5. Trasladar las respuestas a un cuadro que se adjunta a continuación

¿Cómo veo actualmente lo que está pasando (pensamientos, sentimientos negativos, etc.)?	Cómo lo vería desde mi ventana	Ventajas de verlo desde mi ventana
Tras la situación que se ha asignado, responder los cuestionamientos entre todo el equipo de trabajo.	Debatirlo en el equipo de trabajo.	Debatirlo entre todos los participantes.

**Material:** Entregar una copia del formato a cada equipo para trabajar en base a un caso que se les otorgue.

## **SESIÓN 07**

### **Denominación:**

“Auto Cuidado” – Psicoeducación

### **Objetivo:**

Monitoreo para evaluar la funcionalidad de los participantes posterior a las sesiones realizadas y de esta manera determinar si puede cuidar de sí mismo en situaciones “críticas” o similares a las trabajadas durante la sesión.

### **Desarrollo:**

1. Se hará uso del Formulario BATD, el mismo que presenta una tabla dividida entre: horario en base a rutinas, descripción de actividades acompañadas de una puntuación de disfrute e importancia, así como su estado de ánimo general durante el día (escala del 1 al 10).
2. Del mismo modo este formato evalúa además algunas áreas de vida, entre ellas: ámbito social, académico, recreación e intereses, espiritualidad, responsabilidades diarias, se omite algunas áreas en caso no corresponda. A su vez, permite que ellos se coloquen una puntuación para cada área que le permitirá saber cuál es la que le falta trabajar y necesitan mejorar.
3. Por otro lado, permite una jerarquización de dificultad al momento de realizar alguna de las tareas en mención (donde 1 es menos difícil y 15 equivale a más difícil), este indicador es fundamental para determinar qué tan preparado se encuentra el paciente para afrontar situaciones complejas.

**Material** : Hojas de trabajo para casa (Formato BATD)

**Tiempo** : No especifica tiempo límite.

## **SESIÓN 08**

**Denominación:** “Porque YO también puedo”

**Objetivo:** Lograr crear conciencia al paciente que él también puede afrontar situaciones por más difíciles que sea, haciendo uso de sus recursos de afrontamiento.

**Desarrollo:**

1. Identificar aquellas situaciones que se haya creído “no poder resolver” (técnica de lluvia de ideas)
2. Imaginar a la vez, aquellas personas alrededor suyo que hayan pasado por situaciones similares o aún peores.
3. Motivarlos haciéndoles saber que existen maneras de pensar más útiles y funcionales, para seguidamente hacer la siguiente pregunta.
4. ¿Qué puedo hacer para afrontar de la misma forma que los demás pudieron hacerlo? (Lista de posibilidades)
5. Para resolver el cuestionamiento, hacemos uso de un recuadro que permitirá ordenar de mayor a menor aquello que genera malestar o aqueja. Este recuadro es importante poder realizarlo en equipo para poder aprender a identificar situaciones; se recomienda esta tarea practicarla en casa individualmente y compartirlo en la próxima sesión para evaluar el nivel de dificultad.

Describa la situación actual que aqueja/ genera malestar	¿Qué otra persona ha experimentado algo como esto?	¿Cómo vio esta situación y cómo afrontó?	¿Qué aprendizaje me llevo?

**Material:** Hacer uso del formato.

## **Sesión 09**

**Denominación:** “Mapeo de nuevas oportunidades y otras alternativas”

**Objetivo:** Identificar que existen otras posibilidades de sentirse bien, a pesar de circunstancias difíciles.

### **Desarrollo:**

1. Iniciar la sesión con una dinámica que permita romper el hielo, por ejemplo, a través de la siguiente pregunta ¿Qué estamos aprendiendo y nos hace sentir bien?, este ejercicio es al azar con ayuda de algún objeto acompañado de música.
2. Posteriormente, se le pedirá a cada uno de los participantes pensar en la importancia de poder disfrutar de aquellos momentos donde disfruten de tiempo de bienestar.
3. Luego del tiempo designado, se va a dividir en equipos para que puedan compartir entre todas sus experiencias (lluvia de ideas).
4. Finalmente usando su creatividad, crearan el “mapa de oportunidades y alternativas” donde plasmaran aquellas situaciones que le generan bienestar, pero además aquellos sueños que queda por cumplir y sobretodo cuales son los pasos a seguir para cumplirlos.
5. Finalmente elegirán a un representante por equipo para salir a compartir sus experiencias.

**Material:** Pelota, USB

**Tiempo:** No tiene tiempo límite.

## **Sesión 10**

**Denominación:** “Mi fotografía cambio de color, empiezo a ser Yo”

**Objetivo:** Redescubrir en cada uno de los participantes su esencia, tomando en cuenta aquellos recursos personales y/o fortalezas.

**Desarrollo:**

1. Se les solicita a los participantes en esta sesión traer una fotografía de ellos y que sea de su agrado, pero además otras fotografías relacionadas a cualquier ámbito de su vida que es importante para ellos (familia, amigos, trabajo, pareja, etc.)
2. La finalidad es que a través de fotografías y algunos mensajes (que ellos mismos ejemplificaran) puedan plasmar todo lo que han aprendido a lo largo de las sesiones, pero además como es que lo aprendido les ayudara en el transcurso de su vida no solo a ellos sino también a las personas que los rodea.
3. Del mismo modo, se les facilitara unas tarjetas de colores las cuales tendrán palabras clave (pautas y/o recomendaciones) para que puedan también plasmarlo en su álbum y de esta manera puedan utilizarlos solo en momentos que sean necesarios.
4. Al finalizar se recomienda que de manera voluntaria puedan compartir su experiencia y de esta manera aprender a darse cuenta los cambios y logros que se han cumplido por más pequeños que parezcan.

**Material:** Fotografías de los participantes, materiales de escritorio.

**Tiempo:** No tiene tiempo límite.

## ANEXO 04



"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

TUMBES, 28 DE NOVIEMBRE DEL 2020

Lic. Melissa Elizabeth Vásquez Vásquez  
Pte.

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR INSTRUMENTOS PARA DESARROLLO DE TESIS

Es grato dirigirme a Usted para saludarle cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que la Unidad de Capacitación de la Dirección Regional de Salud de Tumbes otorga la autorización para aplicar instrumentos para el desarrollo de tesis denominada "PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL A USUARIOS DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN, EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE TUMBES".

Cabe indicar que se debe tener en consideración las medidas preventivas frente a la pandemia por el COVID-19, además de anexas información importante como resumen de la investigación donde se refleje los objetivos y a quiénes se va a aplicar el instrumento de investigación, así como el formato de consentimiento informado y el formato de instrumento de investigación.

Sin otro particular es propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES  
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO  
"VIRGEN DEL CISNE" - TUMBES  
Lic. Enf. Maria Isabel Aleman Ortiz  
JEFA DEL CSMC "VIRGEN DEL CISNE"  
C.E.P. 89342

Lic. Maria Isabel Aleman Ortiz  
JEFA DEL CSMC - TUMBES

Cc  
ARCH