



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“LA INFLUENCIA ENTRE LA TERAPIA COGNITIVA
CONDUCTUAL Y LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS
DE LA CIUDAD DE PISCO - ICA, 2020”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico

Presentado por:

Maria Angélica Landa Garcia

Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciada en
Psicología

Docente asesor:

Jorge Raul Ponce Aliaga

Código Orcid N° 0000 41629256

Chincha, Ica, 2020

ASESOR

PONCE ALIAGA, JORGE RAUL

MIEMBROS DEL JURADO

- DR. EDMUNDO GONZALES ZAVALA
- DR. WILLIAM CHU ESTRADA
- DR. MARTÍN CAMPOS MARTÍNEZ

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a Dios, porque Gracias a él estoy logrando cumplir mis metas en el aspecto profesional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, a mi familia y esposo, por haberme acompañado en este proceso para lograr uno de mis objetivos en la vida.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar cuál es la influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en los pacientes adultos de la ciudad de Pisco - Ica, 2020. En el presente estudio de enfoque cuantitativo, el tipo fue aplicada, de nivel descriptiva exploratoria, el diseño fue una investigación no experimental, correlacional de corte transversal, la unidad de análisis constó de 30 pacientes adultos, 15 en control y 15 en experimento, con edades entre 26 a 67 años, de la ciudad de Pisco – Ica, quienes sufren de depresión. La técnica utilizada fue la entrevista clínica, y la técnica psicométrica, se les intervino con el instrumento de la Terapia Cognitiva Conductual y con el Inventario de Depresión de Beck - II. Se concluyó, que se demostró la influencia de la Terapia Cognitiva Conductual en los 15 pacientes adultos a los que controló de edades de 26 a 67 años, con el trastorno de la depresión, en la ciudad de Pisco – Ica, asimismo, el nivel de depresión antes de la TCC en los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020, fue leve, moderada y grave, el nivel de depresión después de la TCC en los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020 fue leve y en trece de los casos ya no se encontró depresión, también se demostró la eficiencia de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020, y por último, la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020, es adecuada a las necesidades del paciente.

Palabras clave: Beck, conductual, cognitiva, depresión, psicoterapia.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the influence between Cognitive Behavioral Therapy and depression in adult patients from the city of Pisco - Ica, 2020. In the present study with a quantitative approach, the type was applied, at a descriptive exploratory level, the design was a non-experimental, correlational cross-sectional investigation, the analysis unit consisted of 30 adult patients, 15 in control and 15 in experiment, aged between 26 to 67 years, from the city of Pisco - Ica, who suffer of depression. The technique used was the clinical interview, and the psychometric technique, they were intervened with the Cognitive Behavioral Therapy instrument and with the Beck Depression Inventory - II. It was concluded that the influence of Cognitive Behavioral Therapy was demonstrated in the 15 adult patients who were controlled from ages 26 to 67, with the depression disorder, in the city of Pisco - Ica, also the level of depression before CBT in adult patients in the city of Pisco - Ica, 2020, was mild, moderate and severe, the level of depression after CBT in adult patients in the city of Pisco - Ica, 2020 was mild and thirteen of In the cases, depression was no longer found, the efficiency of Beck's Cognitive Behavioral Therapy was also demonstrated in adult patients with depression in the city of Pisco - Ica, 2020, and finally, the application of the Cognitive Behavioral Therapy of the Beck's model in adult patients with depression in the city of Pisco - Ica, 2020, is appropriate to the needs of the patient.

Keywords: Beck, behavioral, cognitive, depression, psychotherapy.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen.....	v
Palabras claves	v
Abstract.....	vi
Índice general... ..	vii
Indice de cuadros.....	ix
Indice de figuras.....	x
I. INTRODUCCIÓN	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.1. Descripción del Problema	12
2.2. Pregunta de investigación general.....	14
2.3. Preguntas de investigación específicas	14
2.4. Objetivo General	14
2.5. Objetivos Específicos.....	14
2.6. Justificación e importancia	15
2.7. Alcances y limitaciones	16
III. MARCO TEÓRICO	17
3.1. Antecedentes	17
3.2. Bases teóricas	21
3.2.1. Depresión.....	21
3.2.2. Terapia cognitivo conductual	28

3.2.3. Modelo cognitivo de Beck	32
3.3. Identificación de las variables	39
IV. METODOLOGÍA	41
4.1. Tipo y Nivel de Investigación	41
4.2. Diseño de la Investigación	42
4.3. Operacionalización de variables	43
4.4. Hipótesis general y específicas.....	44
4.5. Población – Muestra	45
4.6. Técnicas e instrumentos: Validación y Confiabilidad	46
4.7. Recolección de datos.....	50
4.8. Técnicas de análisis e interpretación de datos	51
V. RESULTADOS.....	52
5.1. Presentación de Resultados	52
5.2. Interpretación de los resultados.....	58
VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	60
6.1. Análisis de los resultados.....	60
6.2. Comparación resultados con antecedentes	62
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS.....	71
Anexo 1: Matriz de Consistencia.....	71
Anexo 2: Matriz de Operacionalización de Variables.....	73
Anexo 3: Instrumentos de medición.....	75

Anexo 4: Ficha de validación de instrumentos de medición	79
Anexo 5: Base de datos.....	87
Anexo 6: Informe de Turnitin al 28% de similitud se excluye referencias Bibliográficas.....	80

INDICE DE CUADROS

	Pág.
Tabla 1 Influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020	52
Tabla 2 Nivel de depresión antes de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020	53
Tabla 3 Nivel de depresión despues de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.....	54
Tabla 4. La eficiencia de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020.....	55
Tabla 5 Aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020.....	56

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 2 Nivel de depresión antes de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020	53
Figura 3 Nivel de depresión despues de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.....	54
Figura 4 La eficiencia de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020.....	55

I. INTRODUCCIÓN

En el presente estudio se pretende establecer si una terapia cognitiva conductual del modelo de Beck influye en pacientes con depresión, ya que diversos estudios han señalado que el modelo mencionado ha demostrado tener grandes beneficios, por lo que se va analizar para el bienestar de los pacientes con el trastorno de depresión.

La depresión en los adultos, y en general, puede causar mucho sufrimiento y trastornos en su día a día, pero no suele diagnosticarse ni tratarse. Al tener conocimiento de la Terapia Cognitivo Conductual, y su intervención en los trastornos de depresión se debe determinar también los mecanismos de acción, los enfoques que hay, qué tratamiento es más eficaz, además de las diferentes técnicas, procedimientos y terapias, ya que es fundamental abordar en bienestar del paciente. Es así que en el presente estudio se analizará la Terapia Cognitivo Conductual desde el modelo del autor Aaron Beck.

Se presentará y analizará el problema de investigación en cuanto a la influencia de la terapia cognitiva conductual en la depresión en pacientes adultos, enmarcado en las bases teóricas del tema. Asimismo, se presentará la metodología a utilizar la cual será desde el enfoque cuantitativo, pues de acuerdo a este enfoque se inicia con el planteamiento de un problema delimitado y concreto, por último, el tipo de investigación es Aplicada, el diseño de la investigación de la presente investigación es no experimental, correlacional de corte transversal.

Se llegó a la conclusión que existe influencia entre la terapia cognitiva conductual y la depresión en pacientes adultos de la ciudad de Pisco - Ica, 2020.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

La depresión es una de las alteraciones del estado de ánimo del cual se tiene mayor preocupación pues es considerada una de las principales causas del desperfecto del bienestar de las personas, y es un trastorno mental común en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, OMS (2020): La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Prosiguiendo con la OMS (2020) indican que la depresión “aqueja a más de 300 millones de individuos mundialmente. La depresión es diferente a los varios estados de ánimo y de las consecuencias emocionales habituales a los inconvenientes de la vida”.

La depresión en los adultos, y en general, puede causar muchos sufrimientos y trastornos en su día a día, pero no suele diagnosticarse ni tratarse, debido a que no le dan importancia. Considerándose este contexto, se propone una intervención psicológica mediante una terapia o intervención psicológica desarrollado para tratar a los adultos con depresión, y así contrarrestar este mal.

Una forma de intervenir en los pacientes adultos con depresión es con una Terapia Cognitivo Conductual (TCC), lográndose como una terapia más que actualmente revelan mucha efectividad para las revoluciones emocionales (Álvarez y Álvarez, 2017). La dirección cognitiva conductual se refiere a una intervención de terapia el cual requiere atenuar los padecimientos y mejorar a las personas que aquejan algún trastorno mental a través de detectar y modificar las distorsiones de cognición que se involucran en esas alteraciones. Siendo así que las terapias cognitivas conductuales se definen como unos procesos activos,

con dirección y estructura, con lapsos de tiempo que se utiliza para la intervención de varios trastornos como la depresión.

Al tener conocimiento de la TCC, y su posible intervención en los diferentes trastornos se debe determinar también los mecanismos de acción, los enfoques que hay, qué tratamiento es más eficaz, y con qué trastorno y paciente, además de las diferentes técnicas, procedimientos y terapias, ya que es fundamental abordar en bienestar del paciente. Una de las terapias pertenecientes a las TCC es la desarrollada por Aarón Beck a principios de los años 60, quien diseñó varios estudios acerca de contrastar hipótesis sobre principios básicos psicoanalíticos relacionados con la depresión. De acuerdo con Hernández et al. (2017) manifestaron acerca de la depresión que se refiere a los estados de ánimos establecidos por señales como la tristeza, falta de interés, ausencia de gratificación por logros, culpa baja autoestima, variaciones del sueño y hambre, debilidad y falta de concentración.

Referente a los casos de los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco - Ica, 2020, se analizará desde el modelo Cognitivo Conductual de Beck, ya que se considera el más relevante y presenta un acontecimiento de teoría sobre psicopatología y otras teorías determinadas, principalmente referente a la depresión, ansiedad y trastornos de personalidad, mostrando así un modelo cognitivo referente a la depresión. En este modelo refiere que, dentro de la depresión existe mala maniobra de los procesos de información por dogmas nucleares profundas por sucesos o contextos relevantes de la vida de la persona y que llevan a síntomas físicos, de emoción o conductas disfuncionales. No se determina que las cogniciones vayan a ser el origen de la depresión u otro trastorno, ya que los orígenes pueden ser a consecuencia de varios factores como genéticos, bioquímicos, de evolución, temperamento, circunstancial, etc. O su interacción entre ellos; lo que ciertamente se refiere es la "primacía de los síntomas" lo que el autor Beck denomina como la activación de esquemas negativos y las distorsiones cognitivas consiguientes, lo que serían los primeros síntomas de la depresión.

2.2. Pregunta de investigación general

De lo anteriormente expuesto, se formula los siguientes problemas de investigación:

¿Cuál es la influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020?

2.3. Preguntas de investigación específicas

¿Cuál será el nivel de depresión antes de la terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020?

¿Cuál será el nivel de depresión después de la Terapia Cognitivo Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020?

¿Cuál es la eficiencia de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020?

¿Cómo se aplica la Terapia Cognitivo Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020?

2.4. Objetivo general

Determinar la influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.

2.5. Objetivos específicos.

Identificar el nivel de depresión antes de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.

Verificar el nivel de depresión después de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.

Analizar la eficiencia de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de pisco – Ica, 2020.

Examinar la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de pisco – Ica, 2020.

2.6. Justificación e importancia

La importancia de este estudio recae en el propósito de intervenir con una Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes con depresión en adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020 y así analizar su influencia. Se pretende tratar el problema con esta intervención psicológica a partir de un modelo que tenga efectividad, logrando que estas personas tengan un mejor nivel de vida, más sanos mentalmente, y que tengan mayor autonomía, ya que se ha observado son propensos a desarrollar problemas tanto físicos como mentales, y dentro de esos problemas se ha observado que es la depresión lo que más les impide su bienestar.

En esta investigación podremos tener el conocimiento de la influencia de una terapia Cognitiva Conductual, del Modelo de Beck, para pacientes con depresión, el cual ha sido estudiado y se ha observado que ha tenido buenos resultados, es por eso que se pretende utilizar este modelo en los pacientes adultos de la ciudad de Ica, porque además se ha identificado que hay un gran número de adultos con depresión; por tal motivo nace la importancia de desarrollar el presente estudio. Asimismo, los beneficiarios serán los adultos con depresión en la ciudad de Ica, ya que la intervención psicológica que se hará será en bienestar de su salud psicológica pretendiendo disminuir los niveles de depresión que sufren.

El presente estudio resulta viable puesto que se cuenta con la predisposición de las autoridades en la ciudad de Ica, e interés de los mismos adultos del estudio para habilitar la información requerida para el estudio y para su bienestar.

Asimismo, se cuenta con los recursos humanos, materiales, financieros y el tiempo necesario para realizar esta investigación, siendo posible cumplir con los objetivos planteados previamente.

Se espera que este estudio sirva de utilidad para futuras investigaciones en nuestra institución y en otras. Conjuntamente, se contó con recursos bibliográficos para ampliar la comprensión de esta investigación y obtener toda la información que se requiere.

2.7. Alcances y limitaciones

Debido al confinamiento en el que nos encontramos por la pandemia del COVID – 19, las limitaciones de estudio que se ha tenido se presentan en el alcance, es decir en la cantidad de pacientes adultos con depresión a los que podemos brindar la intervención psicológica, la cual será de 30 pacientes, 15 en un grupo de control y 15 en un grupo experimental. Asimismo, se cree que esto no afectara la viabilidad del estudio, por lo que contamos con toda la información, tiempo y recursos requeridos para continuar con la investigación.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

Antecedentes Nacionales

Huaynates (2019) en su tesis titulada “Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa” en Lima – Perú, brinda los siguientes alcances: En su metodología el tipo de estudio fue aplicada, diseño de caso, como técnica para la recolección de información utilizó la entrevista, línea base, registros, análisis cognitivo y de función y como instrumento, Inventario de Beck y Escala de Personalidad de Eysenck. También aplicó las técnicas cognitivas conductuales de relajación, auto instrucciones, activación de conducta y reestructuración cognitiva. Empleó diseño univariable multicondicional ABA, con el propósito de reformar los pensamientos que desencadenan emociones o conductas que perjudican. Los resultados indicaron una baja del nivel de depresión, descenso de ideologías, conmociones y conductas negativas de acuerdo con los exámenes de seguimiento, así es que, finalizando la etapa de tratamiento se ratificó la eficacia de las técnicas utilizadas para el caso de depresión, ya que éstas se hicieron a nivel cognitivo y conductual a fin de reemplazar pensamientos impropios por pensamientos flexibles y fundados.

Céspedes (2019) en su estudio titulado “Propuesta de un programa cognitivo conductual para superar la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en una clínica de Chiclayo, 2016”, llegó a las siguientes conclusiones: su finalidad fue establecer niveles de depresión y plantear un esquema cognitivo conductual en enfermos de insuficiencia renal crónica que se atienden en la clínica en estudio. Utilizó estudio de diseño no experimental, tipo descriptivo propositivo. Tuvo como muestra 200 pacientes de edades entre 20 y 75 años; empleó el cuestionario Test de depresión de Beck de 1961, y usó una estadística descriptiva. La información se examinó mediante el estadístico SPSS versión 23. Concluyó que el 29% de pacientes se ubicaron en nivel de depresión grave, seguidamente del nivel No depresión, y por último otro porcentaje se ubicó en nivel moderado. En cuanto al área afectiva el 28%, área

cognitiva 31%, área conductual 33%, alcanzaron depresión grave, en referencia al área motivacional 42% se ubicó en nivel moderado, por último, en el área física alcanzaron un 39% en el nivel No depresión.

Lanza (2018) realizó una investigación denominada “Terapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en un Hospital”, en Puno – Perú, teniendo como finalidad manifestar la certeza de la terapia cognitivo conductual en los pacientes del Hospital en estudio. El tipo de estudio fue experimental mediante la injerencia de la variable independiente Intervención cognitivo conductual, en la variable dependiente Reducción de la depresión. Se realizaron a 40 adultos mayores en 2 grupos uno de control y otro experimental. Usó la herramienta para determinar los síntomas de depresión de la escala de depresión geriátrica de Yesavage con una calificación de 9.3 antes de aplicar la terapia y cuando finalizó la intervención los pacientes obtuvieron una calificación de 6.6 mostrando disminución significativa de los rangos de depresión.

López (2016) efectuó una investigación titulada “Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto de 29 años”, en Lima, con la finalidad de realizar una reducción de los niveles de los síntomas de depresión a través de aplicar técnicas conductuales y de cognición, usando para esto un diseño de caso único, como instrumento empleó el Inventario de depresión de Beck BDI – II logrando puntaje de 28 que correspondió a un episodio de depresión moderado, asimismo, de fijar la línea base, diagnostico funcional los que se aplicaron luego de las sesiones de terapia las cuales tuvieron puntaje de 12. Las técnicas utilizadas en la intervención de terapia fueron la psicoeducación, relajación, ejercicio asertivo, localización de pensamientos automáticos negativos, demostración de los supuestos propios, resolución de problemas, reestructuración de cognición, debate socrático. Los resultados fueron la conmutación de los síntomas de la depresión logrando en la aplicación de la herramienta del Inventario de Beck puntaje de 9 que corresponde a una calificación normal para la depresión, bajando los síntomas físicos, pensamientos y respuestas negativas,

conductas proporcionadas de la depresión como el llorar, dedicar tiempo en exceso a ver televisión e internet. Concluyó que la terapia ha logrado un éxito en la aplicación del tratamiento cognitivo conductual en el caso único al aprobar su efectividad conforme con varias investigaciones.

Antecedentes Internacionales

Espinosa (2019) en su estudio “Intervención en terapia cognitiva, de Aaron T. Beck, en pacientes con depresión, de un centro de salud de la ciudad de Panamá”, en Panamá, indico que seleccionó 10 pacientes en edades entre los 18 a 35 años, diagnosticados con depresión, quienes concordaban a los criterios de inclusión y exclusión. Los procedimientos se ejecutaron en 15 sesiones, dados en 2 sesiones a la semana y examinaron los síntomas iniciando y finalizando el estudio. Aplicó los inventarios de depresión y ansiedad, escala de desesperanza y de intencionalidad suicida de Beck, entrevistas psicológicas y un registro día a día de ideas distorsionadas. Empleó el diseño pre experimental con un solo grupo antes y después. Los resultados del estudio señalaron que en principio de la intervención las puntuaciones en el instrumento empleado del Inventario de Beck lograban un rango de 21 a 40 estimadas como depresión de moderada a severa, y al finalizar de 0 a 16 como ligera y normal. Indicó que rechazó la hipótesis nula y aceptó la hipótesis alterna. La diferencia fue reveladora en las calificaciones del antes y después, señalando una baja de la sintomatología de depresión.

Conforme con Rodríguez (2018) refirió en su tesis “Integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor”, en México, señaló que su finalidad al realizar el artículo fue examinar la validez de una intervención de complemento entre la terapia cognitiva conductual y la terapia en base a soluciones en un caso de un hombre de 23 años quien desempeñaba los criterios de depresión mayor DSM V, y también tuvo como propósito señalar la eficacia de las intervenciones psicológicas sin indicación médica en este tipo de casos. Como diseño empleó el de caso examen antes y después de la aplicación del plan de tratamiento que se investigaba. Luego de 16

sesiones de terapia observó una mejora relevante en los rangos de depresión y en los niveles de alteración de ideas asociadas al trastorno, asimismo, un acrecentamiento en su habilidad asertiva y en sus grados de autoestima. También, el paciente señaló que había un aumento significativo en su percepción de bienestar a través del uso de escalas de avance. Los resultados aportaron evidencia referente a la efectividad de un complemento de las intervenciones psicológicas con instrumentos de la terapia cognitivo conductual y de la terapia en base a soluciones. Por último, se vio mejorado la propuesta de la efectividad de la intervención en trastornos de depresión sin la usanza de psicofármacos.

Alcázar et al. (2017) realizaron una investigación titulada “Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla”, en México, con el propósito de señalar la validez y efectividad de la intervención en un caso de trastorno de depresión en consecuencia de un traumatismo en la rodilla, en base al modelo cognitivo conductual. La terapia se aplicó a un paciente hombre de 33 años de edad del país de México, quien se accidentó en una motocicleta, lo que le generó una secuela como discapacidad permanente y luego de ese suceso empezó la depresión. En su metodología que empleó fue de diseño investigación caso único, debido a que se reportó la intervención clínica para un caso específico. La intervención se realizó en 10 sesiones de 50 minutos con el propósito de aminorar emociones negativas como ira y tristezas que tenía el paciente a diario, asimismo problemas de sueño y agotamiento. Los resultados de los exámenes hechos de pre y post terapia mostraron que disminuyeron las sintomatologías de depresión, y por lo que se concluyó que existe eficacia del enfoque cognitivo conductual en las terapias del trastorno, en correspondencia con otras investigaciones.

Herrera (2019), en su investigación titulada “Plan de intervención psicológica desde el enfoque cognitivo-conductual para la depresión”, en Ecuador, indicó que su finalidad principal fue acomodar un plan de terapia para optimizar el estado emocional de la depresión en base al exploratorio del autor Aaron Beck. La depresión es una dolencia que registra una

mezcla de varios síntomas de cognición, de conducta y somáticos. Esta patología se observa generalmente en mujeres que, en hombres, y con mayor periodicidad de ocurrencia entre los 18 y 29 años de edad. Los aspectos de riesgo que se asocian a esta problemática son: ser mujer, reclusión, inconvenientes económicos, exposición a traumas, experiencias de estrés, circunstancias personales de otros inconvenientes de salud mental, herencia familiar, uso de drogas, problemas interpersonales y matrimoniales, etc. El modelo cognitivo de Beck refiere la depresión como consecuencia de valoraciones que tiene un individuo sobre sus experiencias, este modelo lo abrevia en esquemas cognitivos, los cuales son distribuciones cognitivas que establecen la información; triada cognitiva la cual refiere en tener un enfoque negativo de uno mismo, del futuro y del mundo; y el procesamiento de la información que se refiere a los sesgos cognitivos entre los que subraya la generalidad, meditación selectiva, individualización, maximización, arbitrariedad. Se propuso un plan de intervención de modelo cognitivo conductual en base en evidencia acreditada que apoye en acrecentar las actividades placenteras, bajar las ideas distorsionadas y realizar habilidades de resistencia afrontando esa problemática.

3.2. Bases teóricas

3.2.1. Depresión.

3.2.1.1. Conceptos.

Los casos de depresión en aumento, han originado que cada vez se observen más el tema, es así que la OMS (2016) mencionan a la depresión como una perturbación mental en el que se presenta tristeza, baja de interés o placer por el disfrute de la vida, conmociones de culpabilidad, dificultades de sueño y/o apetito, agotamiento, convirtiéndose en una problemática de salud, resultando gravemente en ocasiones en el suicidio. La depresión es considerada una enfermedad que sobresalta o hace mucho daño en rendimiento académico si se está estudiando, en lo laboral si está trabajando, en lo familiar, y así en todo ámbito de la vida, reduciendo la capacidad referente al afrontamiento de la existencia.

Según Kaplan, Sadock y Grebb (1996) definen que la depresión “es un trastorno del estado de ánimo en el cual hay humor deprimido con pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio” (Atencio et al, 2004).

Asimismo, diversos autores señalan que, en las representaciones de la depresión, las variaciones sintomatológicas en lo referente a rangos emocionales, motivacionales, cognitivos, fisiológicos, y de conducta se muestran características de un estado de tristeza constante, la exposición de poca energía, y mezquino interés en sus actividades habituales, perspectivas negativas sobre sí mismo, emociones de culpabilidad o de autocrítica negativa y la impresión de dependencia en los demás (Burns, 1999; Beck & Alford, 2009; Gheisari, 2016).

De acuerdo con Beck (1967) indicó:

La depresión esencialmente es un trastorno de ideas mucho más que del estado de ánimo, que se caracteriza por pensamientos negativos sobre sí mismo, el contexto y el futuro, que instituyen la triada cognitiva. Estas atribuciones de las personas deprimidas serán personales, es decir los individuos deprimidos se culparán así mismos por cualquier situación mala que acontezca, y cuando sucede algo bueno lo inculpan a la suerte (p. 305).

De acuerdo con Beck (1963) indicó que, las personas deprimidas no quieren el fracaso, sino que tienen una distorsión de la realidad acogiendo puntos de vista negativos de sí mismos o su potencial para lograr prosperidad o felicidad.

Conforme con Martínez et al. (2015) mencionan que los trastornos de la depresión se ocasionan como origen de varios aspectos como los internos, los de genética, de ambiente o circunstancial y de los factores psicológicos.

Conforme con Anderson et al. (2012) refirieron que, “la depresión es un problema sanitario de gran envergadura, que conlleva un importante

coste económico, social y también personal. Se ha estimado que las personas con depresión tienen un 40% más probabilidades que la población general de fallecer prematuramente por enfermedades médicas no atendidas o por suicidio”.

Asimismo, de acuerdo con Rojas (2006) Citado por Pisfil (2007) indicó que, la depresión es un periodo emocional de alteración caracterizado por la presencia de congoja complementado con síntomas tales como: inquietud, falta de sueño y apetito, falta de interés y placer en la ejecución de actividades que antes el individuo realizaba sin ningún inconveniente.

La depresión es una grave enfermedad que altera emocionalmente a las personas, con sentimientos de miedo, soledad, tristeza, negatividad, entre otras emociones negativas, las cuales llegan a desestabilizar la autonomía de cualquier persona. Es un problema que también recae sobre la familia, puesto que daña psicológicamente a todos los que conviven con el paciente.

La depresión consigue transformarse en un aspecto de riesgo para mostrar alguna forma de comportamiento suicida, consecuente, y se muestra que las mujeres cuentan con mayor tasa de tentativa de suicidio, si se compara con los varones (Arenas, Gómez y Rondón, 2016).

Diversos elementos existen implicados en las causas de la depresión, especialmente los de genética, biología, y psicosocial (OMS, 2020). En reconocimiento a los adelantos de los métodos de neuroimagen se han logrado estudiar los elementos neurobiológicos de la depresión. Se propusieron la existencia de una operación aumentada en regiones como la amígdala y la corteza prefrontal (CPF) en gente con depresión (Drevets, 2001). La amígdala es una orden límbica comprometida en el proceso de emociones, realiza el papel de revelar y regular las intimidaciones y también intermedia en las respuestas emocionales limitadas (Sánchez- Navarro & Román, 2004). La corteza cerebral es un territorio que tiene relación con las emociones y los procesos de control cognitivo. Se ha demostrado una disfunción cortical prefrontal dorso

lateral y ventro lateral en el TDM (Brody et al. 2001) y una hiperreactividad límbica a las incitaciones tristes que determinan el estado triste del trastorno (Price & Drevets, 2009). La corteza prefrontal desempeña un rol en la estructura temporal del comportamiento, así como en la ordenación emocional. Es por eso que se podrían corresponder los cambios en la situación de la psicoterapia con el orden emocional y por lo mismo con la peculiaridad de la corteza prefrontal (Silva & Slachevsky, 2005)

Conforme con Ríos (2016) mencionó que, la depresión suele contar con varios tipos de cursos y los síntomas concretos pueden tener variaciones de individuo a individuo, se considera que quien la sufre pasa por una serie de etapas hasta desplegarla por completo, siendo que pasa por una primera fase desencadenante, donde la persona sufre un episodio traumático, o estresante; para luego pasar a la fase de asentamiento de la depresión, donde la depresión está latente por más de 2 semanas y la persona no puede dejar de sentir la sensación de no poder hacer nada frente a pensamientos negativos volviéndose un círculo vicioso; luego está la fase de abandono de actividades agradables, donde por falta de motivación la persona evita actividades que antes le gustaba, la apatía y sus pensamientos negativos se agravan; finalmente esta la fase de incumplimiento de responsabilidades, donde la depresión está avanzada y quien los sufre no es apto para efectuar acciones ineludibles para sobrevivir, y donde la apatía y pensamientos suicidas están latentes.

Referente a las bases que son líderes en las investigaciones de depresión, se hallan que uno de los exponentes más reconocidos de la terapia cognitivo conductual es Beck, quien en su teoría ha descrito y definido al trastorno de la depresión como un conjunto de pensamientos en distorsión que tienen influencia de forma negativa en la persona, esto resaltando en cómo la persona descifra y percibe la información sobre sí mismo y el mundo que lo rodea. Conforme con esta teoría la persona observa en su pasado una numeración de experiencias negativas las cuales hicieron que éste procesara un esquema de pesimismo, es decir, cuando la persona vuelva a tener una práctica negativa éste instintivamente realizará una interpretación desacertada de los

acontecimientos, todo esto en consecuencia de la llegada de ideas distorsionadas. (Beltrán, Freyre & Hernández, 2012)

3.2.1.2. *Diagnostico.*

3.2.1.2.1. Criterios diagnósticos.

Los criterios diagnósticos que se utilizan normalmente son los de “clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud” (CIE)

Asimismo, los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM).

La CIE 10 clasifica la depresión en:

F32.0 Episodio depresivo leve

F32.1 Episodio depresivo moderado

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

F32.8 Otros episodios depresivos

F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los episodios, “debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad”. (CIE - 10)

El Episodio depresivo leve F32.0: “en donde el paciente, aunque siente algunos de los síntomas, aún pueden continuar con su vida”. Para que el paciente se encuentre en esta categoría debe contar con lo siguiente:

A. Corresponden efectuar los juicios universales de episodio depresivo (F 32)

B. Representación mínima de dos de los tres indicios subsiguientes:

1. Humor depresivo a un nivel visiblemente inaudito para la persona, latente gran porción del día y casi a diario.

2. Quebranto de interés o de la capacidad de disfrute en acciones que regularmente fueron satisfactorias.

3. Baja de energía o acrecentamiento del agotamiento.

C. Conjuntamente, tiene que haber presencia de uno o más indicios del subsiguiente detalle:

- Disminución de confianza o desvaloración de unos mismo.

- Emociones no sensatos de reproche a sí mismo o culpabilidad excesiva e impropia.

- Ideologías periódicas de muerte o suicidio, u otro comportamiento suicida.

- Lamentos o ensayos de perdida en la capacidad de concentración o pensamiento, como la duda o incertidumbre.

- Permuta en la acción psicomotriz, con conmoción o lentitud (subjetiva y objetiva).

- Toda forma de variación del sueño.

- Subida o pérdida de apetito con el propio cambio de peso,

Episodio depresivo moderado F32.1: Regularmente pueden estar concurrentes 4 o más indicios siendo posible que el paciente tenga muchos problemas para continuar con sus actividades habituales.

A. Corresponden efectuarse los discernimientos generales de episodio depresivo (F32).

B. Existencia de, mínimo, 2 de los 3 sintomatologías explicados en el criterio B de F32.0.

C. Existencia de sintomatologías agregados del criterio C de F32.0, a fin de sumar un total de mínimo 6 indicios.

Puede emplearse una quinta representación para detallar la existencia o desaparición del “síndrome somático”.

Episodio depresivo grave F32.2: Se presentan todos los síntomas, y el individuo no puede seguir con su vida con naturalidad.

3.2.1.3. Teoría de la depresión de Aarón Beck

De acuerdo con Pérez y García (2001) indicaron que, entre los modelos y teorías explicativos que existen para el trastorno de la depresión, uno de los que describen con más vigencia es el Modelo Cognitivo de la depresión presentada por Aarón Beck desde fines de los años 50, el cual tiene como propósito principal a los varios procesos cognitivos de la persona.

Según Beck y Shaw (2010) exponen que, es el trastorno en el estado de ánimo como una transformación en el método de dogmas y en el proceso de información. Esta teoría refiere que la depresión está basada en alteraciones en los 3 aspectos en los cuales se crea el modelo cognitivo presentado por Beck que son: la triada cognitiva, los esquemas o la organización estructural del pensamiento, y los errores cognitivos o del proceso de la información.

El aporte original y fundador en referencia para el procedimiento terapéutico de la depresión desde la Teoría Cognitiva corresponde a Aaron Beck.

Conforme con Beck et al. (1979) define la terapia cognitiva como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tipo limitado, que se utiliza para tratar distintas alteraciones psíquicas, en función del supuesto teórico de los efectos y la conducta del paciente.

Las técnicas terapéuticas específicas, que se utilizan en la terapia sería el cognitivo, teniendo como objetivo identificar y modificar los conceptos distorsionados y falsas creencias. El terapeuta ayudaría al paciente en su pensamiento y acciones de forma más realista y con adaptación, para la búsqueda de reducir o eliminar síntomas (Beck et al, 1979, p. 13).

De acuerdo a Beck (1979) el objetivo de la terapia cognitiva es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente, y se colabora de manera activa en la exploración de las experiencias psicológicas, en la elaboración de actividades y tareas. Asimismo, las técnicas conductuales, tienen por objetivo alcanzar cambios en las acciones desaprobaciones del paciente para producir mejoras en su realización. Las técnicas de conducta se usan como ensayos chicos a fin de comprobar la validez de las creencias del paciente.

La modificación de la conducta sería para el terapeuta cognitivo el medio para llegar a la modificación cognitiva.

La disposición de actividades, es una de las técnicas conductuales basándose en la observación de los pacientes que sufren depresión y que les resulte difícil ejecutar trabajos que antes les parecía fácil. Esto podría compensar la insuficiente estimulación del paciente en torno a su depresión. Al momento de concentrarse en labores encaminadas a alguna meta brindaría al paciente y terapeuta ideas objetivas de la capacidad eficaz del paciente, y además en el paciente le daría un sentimiento de saberse capaz de controlar su tiempo. Además, se evalúa la sensibilización con respecto al grado de satisfacción, aumentando sensaciones agradables en el paciente.

3.2.2. Terapia cognitivo conductual.

3.2.2.1. Conceptos.

Conforme a Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) indican que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) "es la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente". Esta terapia aparece en el contexto de los tratamientos psicológicos, como alternativa al tratamiento psicoanalítico. (p. 85)

Siendo el objeto del tratamiento la conducta, esta se conceptualiza como esencialmente aprendida, como consecuencia de los diversos factores que han operado en la historia del sujeto, sin ignorar la influencia

de aspectos sociales o biológicos (Haynes, 1995). Entonces el objeto de la TCC es el cambio conductual, cognitivo y emocional.

Conforme con Karlin et al. (2013) refirieron que, el empleo de la terapia cognitivo conductual proporciona que el individuo aprenda y ejecute estrategias determinadas a fin de modificar los pensamientos y conductas que no son útiles y que corresponden con la depresión.

Diversos escritores señalaron que la terapia cognitivo conductual soluciona las intervenciones en los trastornos del estado de ánimo teniendo un impacto en la disminución de los síntomas depresivos y que ésta es en tiempos resultante al tratamiento con medicinas antidepresivos (Hellerstein et al. 2001, en Rosique, 2013). Asimismo, otras investigaciones han señalado que la TCC posee la peculiaridad de brindar técnicas que proporcionan que se muestre menores índices de tasas de reincidencia y mayor adherencia que el procedimiento para la depresión mayor (Puerta & Padilla, 2011).

Este modelo de terapia, trabaja en varios trastornos tanto emocionales como de temperamento con gran valor.

De acuerdo con se puede definir a la Terapia Cognitiva Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) como “un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado que utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales” (p. 380).

Conforme con Beck et al. (2010) indicó que la TCC está basada en la apariencia de teoría subyacente de que el impacto y comportamientos de una persona están establecidos en mucha medida por la forma que tiene tal persona de organizar el mundo (p.13). Dicho de otra forma, sus cogniciones, y su forma de responder antes incitaciones o ideas son basadas en experiencias que aprendieron con antelación.

El tratamiento cognitivo conductual podría estar establecido en 15 a 20 sesiones, 1 vez por semana, y en los casos más graves se solicitan

sesiones constantes, 2 veces a la semana, las cuales se van disminuyendo a 1 por semana. A fin de realizar un abordaje del plan de intervención y aplicación de las técnicas es relevante indicar el modelo cognitivo conductual de la depresión, el cual apareció desde observaciones clínicas, que tenían métodos y una secuencia lógica, asimismo de investigaciones experimentales (Beck et al. 2010).

Conforme con Beck et al. (2010) alude que las intervenciones cognitivas conductuales son realizadas con base a los requerimientos de las personas, y sus primeras etapas se orienta en reponer las actividades previas de los pacientes, resumidamente se mantiene atareado su atención e interés en acciones constructivas que se encuadran en la terapia conductual.

De acuerdo con González y Oropeza (2016) la terapia cognitiva conductual acoge metodologías acerca del enfoque conductual y del condicionamiento tradicional o del operante, asimismo de metodologías de la corriente cognitiva.

La TCC representa a las intervenciones de la psicología. Conforme con Pérez y García (2001) indicaron que, unas de las técnicas planteadas para el tratamiento de la depresión son: reestructuración de la cognición, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, adiestramiento en autocontrol (Puerta & Padilla, 2011), asimismo, la psicoeducación, juego de roles, y la aprensión de recaídas (Beck & Alford, 2009, Beck & Shaw, 2010).

Tales tácticas se refieren efectivas por las grandes cantidades de estudios que las garantizan. Conforme con Karlin et al. (2013) indicaron que, el empleo de la terapia cognitivo conductual proporciona que el individuo asimile y realice la aplicación de técnicas determinadas para los cambios de pensamientos y actitudes poco útiles y que corresponden a la depresión.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ayuda a romper el círculo vicioso de pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos. Cuando se ven las partes de la secuencia con claridad, puede cambiarlas

y así cambiar la forma cómo se siente. La TCC tiene por objeto que el individuo pueda desarrollarse solo y elaborar sus propias maneras de afrontar estos problemas.

Las terapias cognitivas conductuales son útiles, para producir una mejoría, en el funcionamiento del paciente, disminuyendo los pensamientos disfuncionales, las actitudes inadecuadas, y adquirir sentimientos de gratitud.

Existen varias técnicas conductuales:

Dominio y grado: que “es la escala de evaluación para que el paciente identifique triunfos indebidos, rangos bajos de satisfacción. Su utilidad reside en compensar la ideología dictadora del todo o nada”. (Beck et al, 1979, p. 120)

Practica cognitiva: “consiste en que el paciente imagine cada paso que compone la ejecución de una tarea, obligando a atender los detalles principales de las actividades, contrarrestándolos en la dispersión”. (Beck et al, 1979, p. 126)

Entrenamiento en asertividad y role – playing: “se centra en habilidades específicas, y el role – playing implica la adopción de papeles por parte del terapeuta, paciente, o ambos y la siguiente interacción social”. (Beck et al, 1979, p. 128)

3.2.2.2. Rasgos de la TCC.

Desde la perspectiva fenomenológica, se pueden mostrar 4 rasgos evidentes de la TCC actualmente:

1) De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012): “La TCC es ambiente de intervención en salud que labora con contestaciones físicas, emocionales, de cognición y conductas no adaptadas, de forma aprendida. Estas contestaciones se han ejercido en mucho tiempo que se han transformado en habituales de la forma como se comporta la persona” (p. 33). Pero, las personas casi nunca tienen conocimiento sobre la representación asimilada de sus prácticas y piensan que poseen escaso o ningún registro en ellos. La TCC discurre que el sujeto posee

compromiso en los procesos que le atañen y puede formar control en ellos.

2) Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) indican que: “la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para distintos problemas y trastornos cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado. La naturaleza orientada hacia problemas específicos de la TCC ha facilitado su caracterización como una terapia de tiempo limitado” (p. 33).

3) De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) indicaron que, “la TCC posee generalmente una naturaleza de educación que podrían ser explícitas. La máxima parte de las intervenciones poseen medidas educativas, así como de la conceptualización al inicio del terapeuta en la dificultad y la lógica de la intervención” (p.33).

4) Por último, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) mencionan que, la TCC cuenta con un carácter auto evaluador en todo el proceso con constante referencia a los métodos experimentales y énfasis en la validez práctica de los tratamientos. Estas características son beneficiarias de la protección del conductismo de la metodología como importante eje vertebrador de la TCC (p. 33).

Los objetivos de las tácticas de conducta son cambiar ciertos comportamientos a fin de mostrarle al paciente que sus conclusiones son excesivas o no correctas, y que no ha perdido la habilidad de funcionamiento de antes y que la desesperanza es lo que obstaculiza la ejecución de sus actividades. Cuando el paciente evalúa que la causa de sus dificultades vienen de sus pensamientos, se realiza la continuación de las técnicas cognitivas de modo más concreto. Las técnicas de la terapia cognitiva apuntan a un objetivo de cambios en las distorsiones cognitivas de la persona con la finalidad de demostrar que se tiene la misma capacidad de funciones de antes (Beck et al., 2010).

3.2.3. Modelo cognitivo de Beck.

En los años 60, Aarón T. Beck, psiquiatra estadounidense creó la Terapia Cognitiva. Es conocido ampliamente por sus cuestionarios muy

utilizados: Beck Depression Inventory (BDI), Beck Hopelessness Scale y Beck Anxiety Inventory (BAI). Y de acuerdo a la American Psychological Association (APA), es apreciado dentro de los 5 psicoterapeutas mejor reconocido del mundo.

De acuerdo a Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), indican que, en el origen de la formulación de la Terapia Cognitiva, Beck señaló los principales aspectos que apoyaron: “su descontento con los resultados del psicoanálisis, sus investigaciones sobre depresión, la observación de sus pacientes y la autoobservación de sus pensamientos ante situaciones vitales negativas de alto contenido emocional”. (p. 401)

3.2.3.1. Conceptos.

El autor Beck, expone un experimento cognitivo a fin de exponer los trastornos de emoción, que inicia con la depresión, asimismo, una forma de intervención fundado en el exploratorio.

Esta forma cognitiva refiere que, las personas frente a un contexto de estimulación no tienen respuestas automáticas, sino que anterior a esto de expresar una respuesta emocional o de conducta, perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo (Beck, 1963).

Beck sufrió una depresión moderada, por una enfermedad, lo que le permitió auto observarse y entender el problema, además su ansiedad y distintas fobias, le hicieron distinguir, conocer y referir los métodos funcionales y cognoscitivos.

De acuerdo a Ruiz, Díaz y Villalobos (2012, p. 367) en definitiva, sus derivaciones de las exploraciones, la observación médica de la poca eficacia del psicoanálisis para el tratamiento de varios trastornos neuróticos, observación clínica, y la autoobservación de la relevancia de los pensamientos en la molestia emocional llevaron al autor Beck a discutir la validación del psicoanálisis como modelo psicopatológica y como procedimiento de cura. Del mismo modo, le proveyeron de información con el que pudo realizar una nueva teoría general acerca de

la psicopatología y modelos más determinados como la ansiedad, depresión y trastornos de temperamento.

Beck y sus colaboradores han expuesto teorías definibles de varios trastornos emocionales. El originario fue el modelo cognitivo de depresión (Beck, 1967), consecutivamente realizó otros los cuales son los modelos cognitivos para los trastornos de ansiedad (Beck, 1976; Beck, Emery & Greenberg, 1985) también para trastornos de personalidad (Beck, Freeman y cols., 1990). Se describirá el modelo de la depresión porque fue del que partió la Terapia Cognitiva, y el que se utilizará en la investigación.

La terapia cognitiva de acuerdo a Beck (1979), es un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado, que utiliza como estrategia el raciocinio de la deducción y la demostración de hipótesis a fin de ayudar a las personas a reconocer sus pensamientos de disfunción.

En la terapia cognitiva se centran en las desviaciones cognitivas del paciente, pero además se centran en las dificultades externas, en relación con su molestia. Se ha colaborado con el paciente a fin de lograr el cambio de sus esquemas cognitivos disfuncionales, desarrollándose esa ayuda a la toma de decisiones y a la indagación de recursos en las peticiones, y dificultades circunstanciales.

3.2.3.2. Modelo cognitivo de la depresión.

Según Beck (1967,1973), indica que, dentro de la depresión unipolar no endógena, las personas poseen vulnerabilidad cognitiva que aumenta según situaciones de estrés de la vida. Esta vulnerabilidad reside en una serie de bosquejos negativos y faltos de adaptación que muestran pérdidas, incompetencia o vencimiento.

Sobre este modelo, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) indican que:

Dentro de la depresión existe un mal trabajo del proceso de la información ya que tienen activado las creencias nucleares recónditas debido a sucesos o hechos relevantes de la vida de la persona y que le llevan a síntomas físicos, emocionales o comportamientos disfuncionales.

No se instaura que las cogniciones sean el origen de la depresión o de cualquier trastorno de emoción. Las causas podrían ser por varios factores tanto de genes, bioquímicos, de evolución, temperamento, circunstanciales, etc., o la relación entre ellos (p.370).

Beck (1976) expone la primacía de los síntomas el cual se refiere a la activación de esquemas negativos y las desviaciones de cognición subsiguientes, los cuales serían el primer paso de la sucesión de sintomatologías depresivas. Asimismo, señala una serie de características comunes en la depresión como:

Triada cognitiva. - que hace referencia a tres patrones: visión negativa sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, y de aquí se desencadena los demás síntomas como, ausencia de estimulación, deseo de muerte, sumisión, incertidumbre, entre otros.

En referencia a la triada cognitiva es una serie de 3 patrones de cognición, que logran a la persona referirse a sí mismo, su futuro y sus experiencias. El primer patrón está basado en la vista adversa que edifica el paciente en sí mismo, llamándose como un inservible, falta de habilidad y con culpabilidad de las experiencias nada gratas que tiene (Beck et al., 2010).

El patrón que sigue se centraliza en la interpretación no acertada de sus experiencias, la persona tiene percepción que lo presionan y le reclaman asiduamente la responsabilidad de las labores imposibles de realizar, incitando sentimientos de frustración. El tercer patrón está enfocado en la vista adversa del futuro, en éste la persona se traza metas a realizar, prediciendo su derrota, ya que tiende a pensar que los problemas que lo aquejan actualmente seguirán el futuro paralizándolo para no cumplir con sus objetivos (Beck et al., 2010).

Distorsiones cognitivas o esquemas. - Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) indicaron que, "los esquemas negativos activados en las personas depresivas los conducen a realizar una serie de faltas en el procesamiento de la información, que proporcionan sesgos que se realizan en el momento de recepcionar la información del ambiente y,

permiten a la persona mantener la validación de sus pensamientos” (p. 373).

De acuerdo con Beck et al. (2010) refirió que, “son patrones cognitivos estables” (p. 21). En éstos se logran dar explicación a comportamientos inadecuados, que incitan al padecimiento, incluso cuando hay indicios suficientes para enfrentarlos. Los esquemas son el cimiento que permite los cambios de las ideas, a través de un esquema que se puede delimitar, diversificar y codificar el estímulo que enfrenta la persona, es decir, la matriz de esquemas activos le concede a la persona dar respuesta frente a las incitaciones que muestra el medio que lo rodea.

En las variaciones psicopatológicas como dentro de la depresión, las ideas del individuo sobre algunas situaciones tienen distorsiones y se ajustan a esquemas errados. Según que los esquemas personales de la persona se van activando, son generales a otras incitaciones, manteniendo poca correspondencia lógica con los mismos. La persona no tiene control de voluntad de sus pensamientos y no es capaz de recordar otros esquemas más adecuados. El tercer y último concepto son los errores consecuentes que tienen origen en el pensamiento del individuo con depresión, siendo los que mantienen las dogmas negativas (Beck et al., 2010).

Pensamientos automáticos o errores sistemáticos. - Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) son las auto-verbalizaciones, pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación externa o interna determinada y que son el resultado de la interacción, en el caso de la depresión, de los supuestos depresogénicos, los acontecimientos activadores, los sesgos que se comenten al interpretar tales acontecimientos. Son una parte tan importante de la expresión de las creencias o de la visión de uno mismo y del mundo que los pacientes suelen considerarlos aseveraciones verdaderas no distorsionadas (p. 375).

Los errores sistemáticos que tienen origen en el pensamiento del individuo que sufre depresión son los que se conservan en las costumbres negativas (Beck et al., 2010). Existen varios errores

sistemáticos como la derivación arbitraria que es el proceso en el que se da conclusión que una suposición es válida, incluso sabiendo de evidencias que lo refuta, otro error sistemático es la meditación selectiva en el cual la persona extrae un detalle negativo de los contextos y centra la experiencia referida a esa peculiaridad, sin ver en los argumentos positivos. La generalización excesiva es a raíz que la persona hace suposiciones acerca de contextos similares a sus experiencias previas y piensa que tendrán por norma igual consecuencia (Beck et al., 2010).

La maximización y minimización, representan al error de valoración del contexto real en correspondencia a su significancia o magnitud, conllevando a una desviación, un error más es la individualización en la que la persona tiende a responsabilizarse por las situaciones que ocurren, incluso cuando no corresponde con las mismas. Por último, el pensamiento absolutista, dicotómico, que es la tendencia a relacionar las prácticas de dos extremos disímiles y narrarse con el extremo malo (Beck et al., 2010).

3.2.3.3. *El proceso de intervención en terapia cognitiva.*

En la obra titulada “Terapia Cognitiva de la depresión” Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) narran menudamente los puntos fundamentales del procedimiento de la depresión encerrando: las peculiaridades del terapeuta, la organización de las sesiones y las metodologías de intervención.

De acuerdo al autor Beck (1970) el proceso de intervención de la TC está principalmente dirigida a modificar los patrones cognitivos disfuncionales.

Asimismo, Beck (1970) indicó que, la Terapia cognitiva está basado en la estructura de cognición de los pacientes, sin embargo también toma atención a las dificultades externas correspondientes con su molestia.

Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), la Terapia Cognitiva maneja metodologías cognitivas, conductuales y emotivas a fin de originar la permuta de los esquemas, distorsiones cognitivas y pensamientos

automáticos. Varias de las técnicas que maneja, esencialmente las conductuales y emotivas, constituyen parte de la colección tradicional de la Terapia de Conducta, aunque su aplicación posee como principal objetivo la modificación de cogniciones en lugar de conductas.

Asimismo, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012, p. 403) indicaron que “así como la Teoría de la Terapia Cognitiva ha proporcionado varios estudios destinados a corresponder en la práctica sus principales supuestos de teoría, la eficacia de la Terapia cognitiva como forma de intervención también”.

Dentro de las tácticas que se logran emplear de acuerdo con Beck et al. (2010) en la intervención cognitivo conductual están: “la programación de actividades, técnica de asignación de tareas graduales, el rol – playing, reestructuración cognitiva, la psicoeducación y la retribución”.

La técnica de programación de actividades reside en proyectar labores diarias que facilitaran el acrecentamiento de refuerzos y tomaran control de incitaciones predecibles e inadecuados para el paciente, impidiendo la desmotivación, estabilidad y utilizando a fin de cotejar la realidad de los hechos con las ideas del paciente, la técnica del dominio y satisfacción refiere en determinar una valoración al dominio y a la satisfacción de 0 a 5 que el paciente obtiene de las acciones planificadas, logrando encasillar e identificar qué acciones domina y cuales son gratificantes.

Asimismo, se tiene la técnica de asignación de tareas graduales que reside en la ejecución de acciones de baja dificultad hasta las más complicadas, por lo que el provecho de las mismas vale como motivación y benefician al paciente, en consecuencia a sus distorsiones cognitivas. El adiestramiento en asertividad es una táctica que se refiere a la identificación de formas de comportamiento y en qué contexto se muestra esta forma, a fin de describir los contextos donde la contestación se da de forma inconveniente y planificar como se debe accionar de una forma asertiva y pronunciar sentimientos de acuerdo a los méritos de la situación o las acciones que se realicen (Beck et al., 2010).

Asimismo, el rol – playing que conforme con Barrera (2015) refirió que, logra darse de manera personal o múltiple y como consecuencia de su empleo se puede cambiar, acrecentar un rol o crear uno nuevo, en la terapia se refiere en descifrar roles en una simulación consintiendo al paciente mirar desde una vista diferente su situación y comprenderla de una forma mas real.

Conforme con Beck et al. (2010) indicaron que, la psicoeducación instruye e informa acerca de los conceptos fundamentales que manejan parte del trastorno mental y de su tratamiento, otra técnica es la reestructuración cognitiva, de acuerdo con Zuazua y Ramírez (2015) mostraron que, a través de esta forma el paciente con la guía del terapeuta, al empezar identifica, y discute las ideas inadecuadas y los reemplaza por otras más convenientes.

Asimismo, la técnica de Retribución reside en apoyar al paciente a realizar una identificación de los aspectos que forman un contexto de problema, fijando valores en porcentajes que aclaren que la responsabilidad o culpabilidad es solamente suya, logrando enfrentar las ideas de culpa y compromiso que se centran en lo real (Beck et al., 2010).

3.3. Identificación de las variables.

Variable Depresión.

Fundamentalmente, la depresión es un trastorno dentro del pensamiento más que del estado de ánimo, con características de pensamientos negativos sobre sí mismo, el contexto y su futuro, que forman la triada cognitiva (Beck, 1963).

Beck (1967) señala:

La depresión es especialmente una perturbación del pensamiento más que del estado de ánimo, diferenciado por ideologías negativas sobre sí mismo, la situación y el futuro, que consienten la triada cognitiva. Las facultades de las personas deprimidas serán particulares; es decir los individuos con depresión se culpabilizan a sí mismas por todo lo malo que le ocurra y si fuera algo bueno lo declara a la suerte (p. 305).

Variable Terapia Cognitiva conductual.

Terapia. Tratamiento en el cual tiene como objetivo cambiar los pensamientos, emociones y conductas de un paciente tratado por un profesional de la salud de naturaleza psicológica.

Cognitiva. Conocimiento como resultado del proceso de aprendizaje o la experiencia. Área de la psicológica que engloba los procesos intelectuales.

Conductual. Relativo a la conducta o a la formación de ella.

Conforme a Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) indican que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) “es la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente”. Esta terapia aparece en el contexto de los tratamientos psicológicos, como alternativa al tratamiento psicoanalítico. (p. 85)

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y nivel de la investigación

Tipo

El tipo de investigación es Cuantitativo. “La investigación, se inicia con el planteamiento de un problema delimitado y concreto; se ocupará de aspectos específicos externos del objeto de estudio, y el marco teórico que guiará el estudio será elaborado sobre la base de la revisión de la literatura que, a su vez, facilitará la operacionalización de la variable” (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Según Hernández et al (2014) indicó:

Los proyectos son favorables a fin de: valorar, cotejar, descifrar, instituir antecedentes y establecer causa y sus discrepancias. Esta genealogía es muy conveniente para la indagación aplicada (conteniendo la que tiene como apología progresos y valores científicos) y para las exploraciones de las que se proceden ejercicios (p. 42).

Asimismo, el tipo de estudio fue Aplicada, diseño de estudio de caso (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Fue Aplicada porque se intentó dar un cambio en la sintomatología depresiva de tres personas mediante una intervención a través de la Psicoterapia Cognitiva Conductista.

Nivel

Fue exploratorio - descriptivo

Exploratorio: porque “la formulación del objetivo, evidenció que el propósito fue examinar una variable poco estudiada; además, hasta el momento de la planificación de investigación, no se encontraron estudios similares; mucho menos, con una propuesta metodológica similar. Por ello, se orientó a familiarizarse con la variable en estudio, teniendo como base la revisión de la literatura que contribuirá a resolver el problema”. (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010)

De acuerdo a Hernandez, Fernandez y Baptista (2014), indicaron que, “los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas” (p. 91).

Descriptivo: porque “el procedimiento de recolección de datos, permitió recoger información de manera independiente y conjunta, su propósito fue identificar las propiedades o características de la variable” (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010).

4.2. Diseño de la investigación

Según Hernández, et al (2014) comentaron que:

El diseño se refiere al plan o estrategia que se realiza para sacar información y responder al planteamiento del problema. En el enfoque cuantitativo, el investigador usa sus diseños para analizar la certeza de las hipótesis formuladas en un contexto en particular o para aportar evidencias en relación de los lineamientos de la investigación (si es que no se tienen hipótesis). (p.128)

El diseño de la investigación de la presente investigación es no experimental, correlacional de corte transversal, de enfoque cuantitativo.

Según Hernández, et al (2014), el diseño no experimental “son estudios que se ejecutan sin la maniobra premeditada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para examinarlos” (p. 152). Entonces, no se manipularán las variables de estudio de capacitación y productividad, dado que se respetarán los fenómenos en su contexto natural, para poder así componer.

Asimismo, en concordancia con Kerlinger (1988) indicó que “lo que se hace en una investigación no experimental es observar los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (p. 98).

En cuanto al diseño de corte transversal; Hernández, et al (2014) refieren que son “Investigaciones que recopilan datos en un momento único” (p. 154). En el presente estudio la información se recolectará en un solo tiempo.

En lo referente al diseño correlacional de corte transversal; Hernández, et al (2014) indican que “hacen una descripción de la relación entre dos o más clases, nociones o variables en un período dado, sea en procesos de correlación, o de acuerdo a la relación causa-efecto” (p. 158).

Se determinará entonces, la relación de las variables en estudio, capacitación y productividad, en un solo momento determinado.

4.3. Operacionalización de la variable

La unidad de análisis en el presente estudio son los casos de 30 pacientes adultos con edades entre 26 a 67 años, de la ciudad de Pisco – Ica, los que sufren de depresión y en quienes se intervino con una terapia cognitivo conductual.

Definición conceptual de la terapia cognitiva conductual:

De acuerdo a Hernández y Sánchez (2009) es definida como una metodología colaborativa, iniciando del supuesto de que el paciente cambie su modo de deliberar, desde su razón de introspección.

El objetivo es enseñar al paciente a deliberar de otra forma frente a las dificultades y síntomas que sufre, lo que le ayudaría para la reducción de las emociones negativas y a reanimarse ante los inconvenientes con soluciones.

Definición operacional de la terapia cognitiva conductual:

De acuerdo a Beck (1979) el objetivo de la terapia cognitiva es averiguar las ideologías y emociones del paciente, y se colabora de manera activa en la exploración de las experiencias psicológicas, en la elaboración de actividades y tareas. Asimismo, las técnicas conductuales, tienen por objetivo lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente para producir una mejoría en su ejecución.

Definición conceptual de la depresión:

La OMS (2016) mencionan a la depresión como un trastorno de la mente que posee presencia de tristezas, baja del interés o placer por la satisfacción de la vida, emociones de culpa, dificultades de sueño y/o apetencia, agotamiento, convirtiéndolo en un problema de salud, y eventualmente uno de sus resultados más graves es el suicidio.

Definición operacional de la depresión:

De acuerdo con Pérez y García (2001) de todas las teorías y modelos existentes para la depresión uno de los que cuenta con mayor credibilidad es el modelo cognitivo expuesto por Beck desde finales de los años 50 el cual cuenta como base varios procesos cognitivos de la persona. Beck y Shaw (2010) indicaron que este trastorno en el estado emocional se da como una alteración en el proceso de ideologías y en el proceso de información. Por tal motivo, en este estudio se tomó como instrumento ese modelo.

4.4. Hipótesis general y específicas

Hipótesis general

Existe influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.

Hipótesis específicas

El nivel de depresión antes de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020, es grave.

El nivel de depresión después de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020, es leve.

La eficiencia de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020, es alta.

La aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020, es adecuada a las necesidades del paciente.

4.5. Población – Muestra

Población

Para el presente estudio nuestra población está conformada por todos los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020.

Conforme a Hernández et al. (2014) indican que “la población se refiere al grupo de todos los casos que coinciden con una serie de descripciones, las poblaciones deben estacionar visiblemente por sus particularidades de contenido, lugar y tiempo” (p. 174).

Muestra

Se utilizó el muestreo No probabilístico.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), indican que el muestreo no probabilístico es: En donde elegir los elementos no responde de la probabilidad, sino de las características del estudio. Depende de las causas afines con las características de la investigación o las intenciones del investigador. Siendo que el procedimiento no es mecánico, ni con fórmulas de probabilidad, sino que depende de la toma de decisiones y criterios del investigador (p. 176).

La muestra no probabilística dependiendo de la toma de decisiones y criterios del investigador vendría a ser en esta investigación, los 30 pacientes con depresión, en quienes se aplicó la intervención psicológica de una psicoterapia cognitiva conductual de Beck.

4.6. Técnicas e instrumentos: Validez y confiabilidad

Técnica

La técnica utilizada fue la entrevista clínica, en donde se conocieron los fundamentos más notables de los casos a tratar tales como, el historial clínico, sus relaciones interpersonales, ámbito familiar, etc., para así contar con un mejor diagnóstico y evaluación.

Asimismo, se utilizó la técnica psicométrica, ya que “el instrumento constituye una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta ya que el resultado obtenido en el test es independiente del propio sujeto evaluado y del psicólogo que realiza la evaluación. Tipificada porque se refiere a la uniformidad de los procedimientos en la aplicación y calificación de la prueba” (Anastasi y Urbina, 1998).

Instrumentos

Se utilizaron la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck y el Inventario de Depresión de Beck – II.

En los casos seleccionados, se les intervino con el instrumento de la Terapia Cognitiva Conductual, en donde se realizaron en 8 sesiones, 2 sesiones por semana, media hora por día de sesión. Estas sesiones se trabajaron en 3 módulos detalladas a continuación:

Primer módulo: se inició en dos sesiones con el tema “De qué modo nuestro pensamiento impresiona nuestro estado de ánimo”, teniendo como objetivo identificar si influye los pensamientos en el estado de ánimo. Se trabajaron aspectos como las formas de pensamientos que se puede dar en una persona, cómo se pueden cambiar los mismos y se dieron técnicas para acrecentar los pensamientos válidos. Del mismo modo, se enseñó que son los pensamientos, cómo piensa un individuo deprimido, cómo piensan los que no están deprimidos, se reconocieron los distintos tipos de pensamientos, se aprendió a identificar esos pensamientos, el acrecentamiento de pensamientos que causa un mejor ánimo al bajar los pensamientos que no nos favorecen comunicando sus

pensamientos (métodos ABCD) se brindaron ejemplos de algunos pensamientos frecuentes que pueden hacerles sentir deprimidos.

Segundo modulo: se ocupó en cuatro sesiones con el tema “De qué forma nuestras actividades afectan nuestro estado de ánimo”, en el que su objetivo fue reconocer las opciones, acciones y metas que logren tener más control en la vida propia de modo que la persona pueda superar si estado ánimo de depresión y así se realizaron acciones como las relaciones entre los participantes en actividades satisfactorias y la sintomatología (Depresión) mostrada y cómo la misma perturba en estas actividades por el manejo del tiempo, por lo mismo estas sesiones tuvieron como finalidad describir la manera en que se realizaron las sesiones de tratamiento, mostrarnos unos a otros desde el grupo, conocer lo que es la depresión aprendiendo de manera útil cómo pensar de la depresión, aprender cómo las acciones del día a día que se hace incide en cómo nos sentimos. Asimismo se observaron las actividades que nos apoyaran a proporcionar más información del concepto y relevancia de practicarlas y las consecuencias a los que llevan. Luego se hicieron un contrato que llevó el título de “Cuanto cree usted que disfrutara de sus actividades agradables”. Indistintamente se laboró el conocimiento de cómo manipular la realidad cuando se está con depresión.

Tercer módulo: se laboró en 2 sesiones las cuales se realizaron el tema “De qué forma nuestro contacto con la gente afecta nuestro estado de ánimo”, la cual tuvo como finalidad identificar cómo las relaciones interpersonales inciden en nuestro comportamiento y pensamientos con temas como la ayuda social; cómo se reconoce se conserva y se da fortaleza, por tanto se trabajó las maneras en que se realizaron las sesiones de terapia de presentación de cada integrante del grupo, aprendiendo lo que es la depresión, la forma ventajosa de ello y aprendiendo cómo los pensamientos inciden en cómo nos sentimos.

En lo que respecta al Inventario de Depresión de Beck – II, se describe a continuación:

Ficha Técnica:

Objetivo: Evaluación de síntomas depresivos según criterios DSM – IV

Autor: Aaron Beck

Población: A partir de los 13 años

Normas: Puntuación de corte según severidad de la depresión.

Tipos de administración: Individual, colectiva y autoadministrable.

Tiempo de administración: 10 a 15 minutos aproximado.

Ámbitos de aplicación: Clínico, Forense e investigación aplicada.

Descripción del instrumento:

El inventario está creado por 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una es una expresión, en algunas categorías hay dos alternativas de respuestas y se les divide en a y b a fin de mostrar que se halla en igual nivel, cada ítem presenta una calificación que se rige desde cero (0) a tres (3).

Si el paciente refiere que existe 2 o más expresiones que concuerde con su estado de ánimo, se hará el registro del valor más alto, y si el paciente se siente que está entre 2 expresiones, estando más en 2 que en 3, se hará el registro del valor 2 por tener más cercanía.

Validez

En la revisión de la Validez del Inventario de Depresión Beck, se empezó tratando brevemente un estudio experimental antes de pasar a otros métodos. En el año de 1977, Beck, Kovaes & Hollan, estudiaron a 44 pacientes del exterior que asistieron a una consulta por voluntad propia y beneficio de criterios determinados para el diagnóstico de Neurosis Depresiva (DSM III), aquellos pacientes presentaron una depresión de moderada a intensa de acuerdo con el inventario de Beck.

Todo el grupo estuvo dividido en 2 partes: El primero integrado por 18 pacientes establecidos a la terapia cognitiva y el segundo grupo por 24

pacientes dados a terapia farmacológica, al finalizar el tratamiento, los 2 grupos revelaron una disminución significativa de la sintomatología depresiva.

En referencia a la relación con más pruebas, en nuestro país Novara, Sotillo y Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996) realizaron una investigación en una muestra de 178 pacientes con diagnóstico de depresión usando las escalas de Zung y Hamilton y el inventario de Beck, empleando un grupo control de 49 pacientes relacionaron entre sí a las 3 pruebas, la correlación entre Beck y la escala de Hamilton fue de 0.72 y la de Beck con la escala de Zung fue de 0.76, las cuales fueron rangos muy altos y significativos.

Asimismo, en el Hospital Militar Central se realizó una investigación de correlación entre 2 escalas de Beck y Zung en una muestra de 15 pacientes que sufren depresión, resultando una correlación entre ambas escalas de 0.78. El coeficiente de Beck con el diagnóstico psiquiátrico también fue hecha por Novara, Sotillo y Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996) encontrando una correlación de 0.75. Los hallazgos de los estudios citados lograron identificar que el inventario de Beck tuvo una validación beneficiosa y fue de utilidad para las finalidades para lo que fue creada.

Confiabilidad

Las apreciaciones de la confiabilidad se encuentran en conformidad que se adjudica como causante de error de medida, por lo que se halla en los subsiguientes tipos de confiabilidad:

Estabilidad y Consistencia de los puntajes a través del tiempo.

Equivalencia. Consistencia en los puntajes en 2 maneras equivalentes de la prueba.

Consistencia interna valora el nivel en que los ítems fueron relacionados con el puntaje total Brown (1980 citado por Pimentel 1996) éste último modo se distingue por ser obtenido mediando una sola aplicación de la prueba en cálculo con las técnicas de separación por

mitades (Holt Split Method), o apreciaciones de uniformidad (formulas: Kuder, Richardson o Coeficiente Alfa de Cronbach).

Por otra parte, se realizó una investigación de confiabilidad en el Hospital Militar Central, que fue creado de una muestra pequeña y que no permitió generalizar si da síntomas sobre la confiabilidad de esta herramienta, se administró el Inventario de Beck en 15 pacientes con diagnóstico depresivo y después se realizó un retest con una pausa de 1 semana, logrando un coeficiente de 0.80. Del mismo modo con la información de la primera administración se hizo un cálculo de la consistencia interna con el coeficiente Alfa de cronbach, logrando un coeficiente de 0.81. Los hallazgos interpretados lograron indicar que el Inventario de Beck cuenta con una confiabilidad muy aceptable.

4.7. Recolección de datos

El procedimiento de recolección de casos fue mediante el muestreo No probabilístico.

La muestra no probabilística dependiendo de la toma de decisiones y criterios del investigador vendría a ser en esta investigación, los 30 pacientes con depresión, 15 en un grupo de control y los otros 15 en un grupo experimental en quienes se aplicó la intervención psicológica de una psicoterapia cognitiva conductual de Beck.

Para la ejecución del presente estudio se siguieron los siguientes pasos:

Selección del tema de investigación en su viabilidad e importancia del mismo

Obtención de información bibliografías.

Elaboración del proyecto de estudio, problema, justificación objetivos.

Preparación de la metodología.

Deliberación de los instrumentos por aplicar a la muestra establecida.

Entrega del proyecto

Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual y el Inventario de Depresión de Beck – II.

Análisis de los datos con procedimientos cuantitativos.

Conclusiones y recomendaciones

Elaboración del informe final

Entrega de la investigación

Sustentación

4.8. Técnicas de análisis e interpretación de datos

Para el procesamiento y análisis de información del presente estudio se utilizó el análisis descriptivo, mediante la observación y técnica de la entrevista, y los resultados fueron recolectados en la historia clínica de cada paciente.

Por la naturaleza de la investigación, que es descriptiva, los datos recolectados fueron tabulados en el programa informático Microsoft Excel 2017. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva y tablas de frecuencia relativas y porcentuales.

V. RESULTADOS

5.1. Presentación de los resultados

Tabla 1. Influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.

Objetivo	Hipótesis	Unidad de Análisis	Resultados/ conclusiones
Determinar la influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.	Existe influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.	Fueron 30 pacientes de los cuales solo 15 pacientes adultos con edades entre 26 a 67 años, de la ciudad de Pisco – Ica, quienes sufren de depresión se aplicaron la TCC.	Se observó el avance de la psicoterapia cognitivo conductual en los 15 pacientes del grupo experimental. En iniciales sesiones se mostraron conductas propias de la depresión, como aislamiento, poca colaboración y atención, sin interés para terminar las actividades; cada uno desde su personalidad. Según avanzaba las sesiones, se notó que las conductas y pensamientos ilógicos de los casos en estudio, caminaban en mejora gradualmente manifestándose cuando intervenían más en las tareas, realizaban las actividades, y las ideologías absurdas que tenían como por ejemplo que no servían en nada, estaban disminuyendo. Se concluye en que si existe influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.

Fuente: Terapia Cognitiva Conductual e Inventario de depresión de Beck - II.

Tabla 2. Nivel de depresión antes de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.

Depresión	F	%
No depresión	0	0
Depresión leve	2	13
Depresión moderada	8	53
Depresión grave	5	33
Total General	15	100

Fuente: Inventario de depresión de Beck - II.

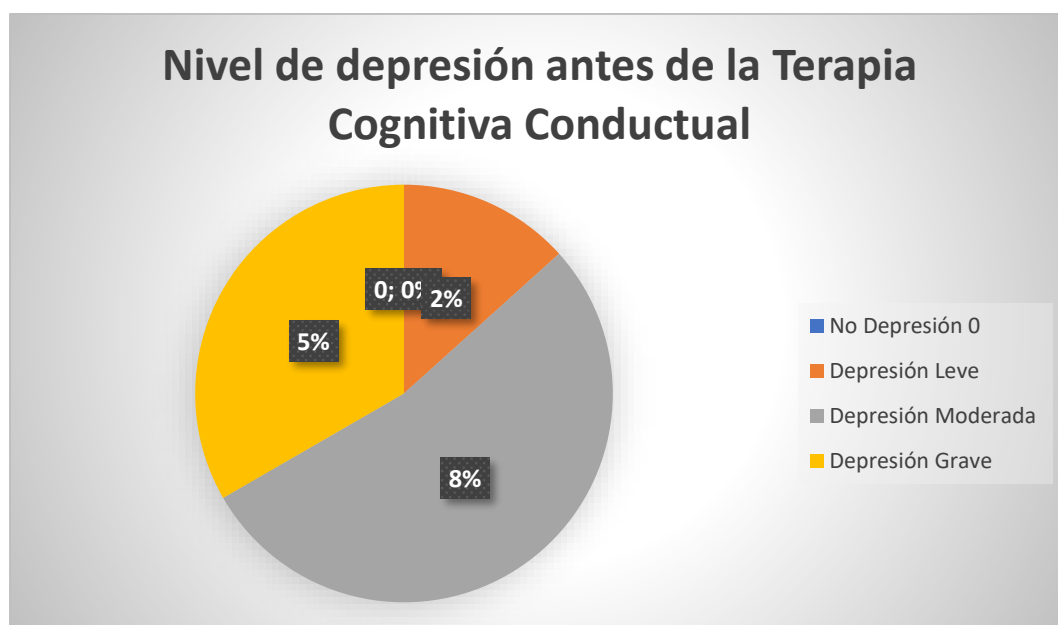


Figura 1: Gráfico circular de la distribución porcentual de la depresión antes de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.

Tabla 3. Nivel de depresión después de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.

Depresión	F	%
No depresión	13	87
depresión leve	2	13
Depresión moderada	0	0
Depresión grave	0	0
Total General	15	100

Fuente: Inventario de depresión de Beck - II.

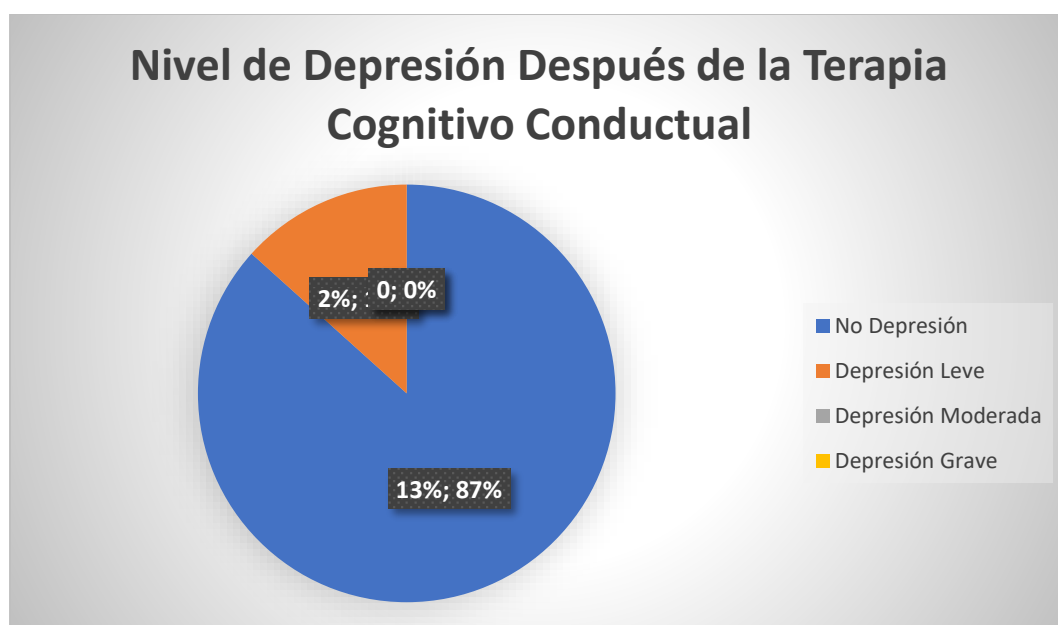
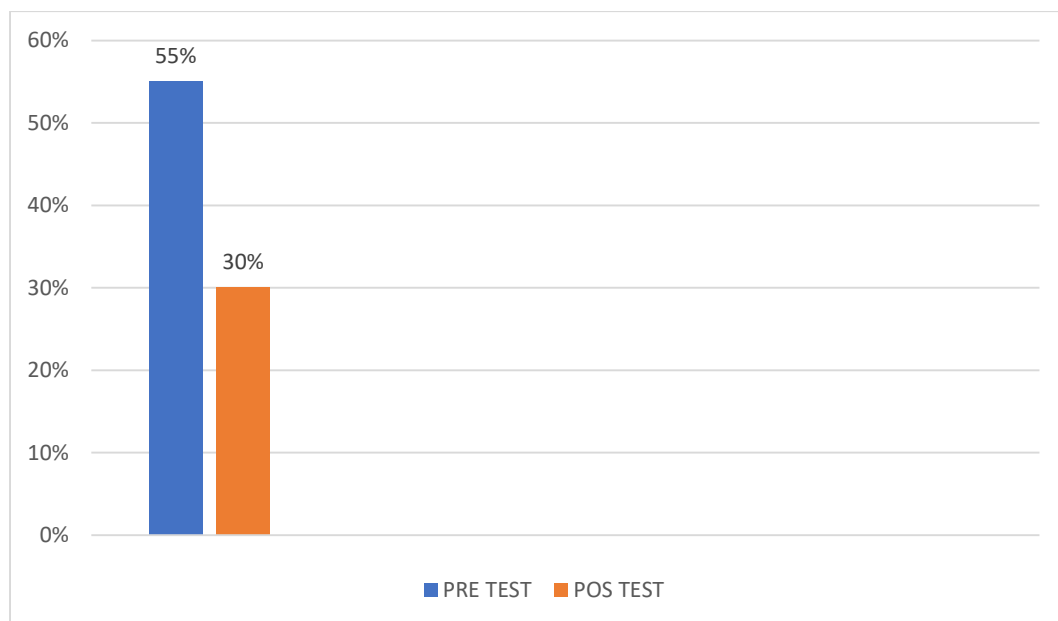


Figura 2: Gráfico circular de la distribución porcentual de la depresión después de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.

Figura 3. La eficiencia de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020.



Fuente: Inventario de depresión de Beck - II.

Figura 3: Gráfico de la distribución porcentual de la depresión antes y después de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020.

Tabla 4. Aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020.

Objetivo	Hipótesis	Unidad de Análisis	Resultados/ Conclusiones
Examinar la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de pisco – Ica, 2020.	La aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020, es adecuada a las necesidades del paciente.	15 pacientes adultos con edades entre 26 a 67 años, de la ciudad de Pisco – Ica, quienes sufren de depresión.	<p>La psicoterapia Cognitivo conductual consta de 3 módulos. Las sesiones fueron 8 encuentros (2 por semana), y constaron de media hora de duración y fueron distribuidas de la siguiente manera:</p> <p>Sesión 1: Se hizo la presentación e introdujo a los pacientes al programa dando a conocer los objetivos generales. Sirve para el conocimiento, de los miembros entre sí y para disminuir la ansiedad en general.</p> <p>De acuerdo con Ruiz et al (2012, p. 382) los propósitos que se deben cubrir son: “procesar información importante acerca de los problemas del paciente, determinar un buen rapport, dar explicación breve de los aspectos teóricos de la Terapia cognitiva, bosquejar el tratamiento y crear expectativas de cambios”.</p> <p>Asimismo, Ruiz et al. (2012, p. 383) refirieron que, una forma que hay que cuidar muy esencialmente en la primera sesión es tener un feedback mutuo con el paciente, a fin de corroborar si se ha comprendido correctamente, cuál es la dificultad del paciente, cuáles son las posibles reacciones ocultas del paciente hacia la terapia, qué tipo de emociones e ideas tiene en ésta, si se ha comprendido las explicaciones del terapeuta y se sincroniza con ellas. Este feedback es importante porque lograra determinar la colaboración que necesita la Terapia cognitiva a fin de marcar los propósitos y técnicas de tratamiento, y obtener un cimiento concreto que permita precisar y formular de forma sólida las dificultades del paciente.</p> <p>Las demás sesiones se dan para cumplir los propósitos terapéuticos propios de la terapia cognitiva: cambios de las</p>

cogniciones negativas que están en el cimiento de la molestia emocional del paciente.

Sesión 1 a 2: inicio del módulo de relajación, en combinación con otras de focalización. Se introduce al paciente en los conceptos de reestructuración cognitiva. Se explica que los estados anímicos, ansiedad y depresión son resultado de los hechos mismos, de las actitudes y creencias con que se les interpreta. Seguidamente se les instruye sobre monitoreo y registro de las cogniciones, y su concomitancia con hechos y emociones, acentuando la necesidad de la auto observación en el proceso de cambio. Se les explica los conceptos de idea automática, creencias erróneas, esquema cognitivo, y otros.

Sesiones 3 y 5: Evaluación del progreso terapéutico en cuanto al balance entre expectativas y logros. Administración de la escala de expectativa y las correspondientes al módulo de Entrenamiento asertivo.

Sesiones 6 a 7: Modulo de entrenamiento asertivo, en donde los pacientes aprenden a diferenciar las reacciones asertivas de las pasivas agresivas, buscando que lleguen a admitir que todos tenemos algún déficit en nuestra asertividad. Se usa el rol – playing y el modelaje.

Sesiones 8: Modulo de resolución de problemas. La tensión y las fluctuaciones de humor son el resultado de la dilatación en la toma de decisiones y la rumiación prolongada de conflictos. Se enseñan para esto estrategias y técnicas de resolución, buscando un hábito que permita al paciente cambiar su atención centrada en el problema centrándolo en la búsqueda de una solución.

En iniciales entrevistas, se fue más dirigente en la recolección de información del diagnóstico, y en la definición del tratamiento, con compromiso en enseñar a detectar y cuestionar los pensamientos, distorsiones y creencias en la selección de la técnica de intervención, aunque es el

paciente el que tiene que descubrir sus pensamientos e instruirse a cuestionarlos. Precedentemente a finalizar la terapia, el terapeuta ayuda de la misma forma con la valoración para saber si el paciente ha logrado las destrezas y adiestramiento inevitable a fin de descubrir y discutir sobre sus pensamientos que se den ante contextos futuros, y que le causen molestia disfuncional.

Se concluye en que la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020, es adecuada a las necesidades del paciente.

Fuente: Terapia Cognitiva Conductual

5.2. Interpretación de los resultados

En la Tabla 1, se observa que, se ha encontrado influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020, lo que admite la hipótesis planteada en la investigación: Existe influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020; al observarse los cambios positivos de los pacientes.

En la tabla 2 y figura 1, denominado Nivel de la depresión antes de la TCC en pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020; se puede mostrar que de los 15 pacientes analizados 2 pacientes (13%) tienen depresión Leve, 8 pacientes (53%) tiene depresión moderada, mientras que 5 pacientes (33%) tiene una depresión grave, de acuerdo con el Inventario de depresión de Beck - II aplicado a los pacientes.

En la tabla 3 y figura 2, denominado Nivel de la depresión después de la TCC en pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020, la cual se aplicó a sólo 15 pacientes de los 30 pacientes analizados 2 pacientes (13%) tienen depresión Leve y 13 (87%) ya no registró depresión.

En la figura 3 se muestra la eficiencia de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los 15 pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020, los cambios que hubo antes y después de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck – II. Originalmente se había un promedio de puntuación lo cual ubicaba a los pacientes en un nivel de depresión grave, moderada y leve, después de la aplicación del inventario vario la puntuación lo que los ubica en un nivel de depresión leve y no depresión.

En la tabla 4 se muestra la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020; donde se llegó a determinar que es adecuada a las necesidades del paciente. Cada caso ha sido cuidadosamente inducido intrínsecamente en el marco teórico cognitivo, lo que llevó a preferir la estrategia y técnica adecuada.

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

6.1. Análisis de los resultados

El presente estudio tuvo relevancia puesto que se abordó la depresión en pacientes adultos de la ciudad de Pisco – Ica, con la finalidad de determinar la influencia de la Terapia cognitiva conductual en pacientes con depresión, evidenciándose que además de lo aportado por las bases teóricas acerca de la TCC, en la práctica, la terapia cognitiva conductual ha sido de gran efectividad, logrando que se disminuya las manifestaciones presentes de la depresión en los pacientes, determinándose una gran influencia.

El objetivo de la Terapia Cognitiva Conductual a corto tiempo fue la eliminación de las sintomatologías y las dogmas disfuncionales, profundos que muestra el paciente; en tanto que, a largo plazo, fue que obtenga las destrezas relevantes para corregir las distorsiones cognitivas que vaya cometiendo, e incorpore como parte de su vida habitual, actitudes y formas de funcionamiento más adaptativos y racionales.

La técnica que se utilizó fue la conductual, el cual fue el medio para conseguir la modificación de las cogniciones del paciente, el cual es el objetivo principal de una terapia cognitiva.

En el presente estudio de enfoque cuantitativo, la unidad de análisis constó de 30 pacientes adultos con edades entre 26 a 67 años, de la ciudad de Pisco – Ica, 15 en un grupo de control y 15 en un grupo experimental, quienes sufren de depresión, y se observó aspectos de trascendencia encontrándose los siguientes alcances:

- De familias monoparentales, con relaciones conflictivas en su niñez. En el ámbito educacional, tienen estudios superiores inconclusas.
- En los 15 casos manifiestan que se sienten solos, además tienen falta de atención y concentración, tristeza, falta de apetito.
- En su composición familiar, 3 viven solos y 12 viven con familiares, sin hijos.

Los datos expuestos son muy relevantes porque dan a conocer el contexto de su enfermedad y nos muestra los factores que han desencadenado su depresión.

Asimismo, se obtuvieron resultados a partir del Inventario de depresión de Beck - II, los cuales fueron un instrumento para examinar el nivel de depresión en el que se encuentra cada caso. Y también se obtuvieron resultados desde la terapia cognitiva conductual para identificar su efectividad antes y después del tratamiento y la estimación cognitiva con 30 pacientes, 15 en un grupo de control y 15 en un grupo experimental, donde se observó que antes de la intervención con la TCC la depresión de los pacientes fue de nivel grave, moderada y leve, que luego esto cambio a nivel de depresión leve, y se encontraron 13 casos de No depresión.

Antes de la psicoterapia presentaban pensamientos irracionales, y conductas inapropiadas, como aislamiento, falta de atención, aislamiento, incluso tenían falta de atención en las primeras sesiones, lo que caracteriza este tipo de trastorno al inicio de la psicoterapia cognitivo conductual.

Después de aplicada la TCC se evidenció modificaciones en sus pensamientos y conducta inapropiadas, obteniendo varios beneficios en el rendimiento de cada paciente, en lo referente a la realización de tareas o actividades; en el aspecto cognitivo, se evidenció mayor concentración, planeamiento y análisis de solución de problemas, y seguimiento de las instrucciones; en lo referente a lo interpersonal, se evidenció que no se aislaban y se notaron más accesibles.

Se observó el avance de la psicoterapia cognitivo conductual en los 15 pacientes del grupo de experimento. En las primeras sesiones se mostraron conductas propias de la depresión, como retraimiento, poca colaboración y esmero, sin interés para terminar las actividades; cada uno desde su personalidad. Según avanzaba las sesiones, se notó que las conductas y pensamientos ilógicos de los casos en estudio, iban optimizando gradualmente manifestándose cuando intervenían más en las

tareas, realizaban las actividades, y los pensamientos ilógicos que tenían como por ejemplo que no servían, estaban disminuyendo.

Por último, cabe indicar que, aunque se lograron modificar algunos pensamientos y conductas de los pacientes con las principales manifestaciones del trastorno de la depresión como, aislamiento, tristeza, falta de atención y concentración, deterioro de apetito; estos datos no son extendidos para toda la población que sufra este tipo de trastorno, pues la presente investigación se ha realizado tomando ciertos factores de inclusión puntualizados.

6.2. Comparación resultados con antecedentes

De acuerdo a los resultados expuestos, en cuanto al objetivo general acerca de la influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020, donde se encontró que existe influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020. Estos resultados se asemejan a los resultados de Rodríguez (2018), quien indicó que, los resultados aportaron evidencia referente a la efectividad de un complemento de las intervenciones psicológicas con instrumentos de la terapia cognitivo conductual y de la terapia en base a soluciones. Por último, se vio mejorado la propuesta de la efectividad de la intervención en trastornos de depresión sin la usanza de psicofármacos.

En referencia al nivel de la depresión antes de la TCC en pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020; en donde los resultados fueron que de los 15 pacientes analizados 2 pacientes (13%) tienen depresión Leve, 8 pacientes (53%) tiene depresión moderada, mientras que 5 pacientes (33%) tiene una depresión grave, de acuerdo con el Inventario de depresión de Beck - II aplicado a los pacientes. Estos hallazgos son similares a los resultados expuestos por Espinosa (2019) quien manifestó que, en principio de la intervención las puntuaciones en el Inventario de Beck lograban un rango de 21 a 40 estimadas como depresión de moderada a severa, y al finalizar de 0 a 16 como ligera y

normal. La diferencia fue reveladora en las calificaciones del antes y después, señalando una baja de la sintomatología de depresión.

En referencia al nivel de la depresión después de la TCC en pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020; de los cuales 15 pacientes del grupo experimental, se ha mostrado que 2 pacientes (13%) tienen depresión Leve y 13 (87%) ya no registró depresión.

Estos resultados son similares a los hallazgos mostrados por López (2016) quien indicó que, los resultados fueron la conmutación de los síntomas de la depresión logrando en la aplicación de la herramienta del Inventario de Beck puntaje de 9 que corresponde a una calificación normal para la depresión, bajando los síntomas físicos, pensamientos y respuestas negativas, conductas proporcionadas de la depresión como el llorar, dedicar tiempo en exceso a ver televisión e internet. Concluyó que la terapia ha logrado un éxito en la aplicación del tratamiento cognitivo conductual en el caso único al aprobar su efectividad conforme con varias investigaciones.

En cuanto a la eficiencia de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020; los cambios que hubo antes y después de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck – II. Originalmente había un promedio de puntuación lo cual ubicaba a los pacientes en un nivel de depresión grave, moderada y leve, después de la aplicación del inventario hay una puntuación que los ubica en un nivel de depresión leve y no depresión. Estos resultados se asemejan a los hallazgos de Alcázar et al. (2017) quien señaló que, los resultados de los exámenes hechos de pre y post terapia mostraron que disminuyeron las sintomatologías de depresión, y por lo que se concluyó que existe eficacia del enfoque cognitivo conductual en las terapias del trastorno, en correspondencia con otras investigaciones.

Por último, en referencia a la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión

en la ciudad de Pisco – Ica, 2020; donde se llegó a determinar que es adecuada a las necesidades del paciente y cada caso ha sido cuidadosamente conceptualizado dentro del marco teórico cognitivo, lo que llevó a elegir la estrategia y técnica adecuada. Estos hallazgos son similares a los realizados por Huaynates (2019) quien refirió que, los resultados indicaron una baja del nivel de depresión, descenso de ideologías, conmociones y conductas negativas de acuerdo con los exámenes de seguimiento, así es que, finalizando la etapa de tratamiento se ratificó la eficacia de las técnicas utilizadas para el caso de depresión, ya que éstas se hicieron a nivel cognitivo y conductual a fin de reemplazar pensamientos impropios por pensamientos flexibles y fundados.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

La Terapia cognitiva conductual de Beck, aunque tiene en cuenta las emociones, se direcciona claramente en las cogniciones llamadas erróneas como objetivo de trabajo; siendo que solo el procesamiento cognitivo de la realidad es el que determina la conducta y los estados emocionales. De acuerdo a Morales y Nogueira (2017), “este enfoque cognitivo conductual tiene la ventaja epistemológica, y es posible continuar preservando, el nivel de efectividad adjudicado en sus postulados” (p. 60).

Dado que el objetivo principal ha sido determinar cuál es la influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020, lo cual se ha fundamentado en las percepciones de cada paciente mediante la TCC con enfoque en el Modelo de Beck, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Se demostró la influencia de la Terapia Cognitiva Conductual en los 100 pacientes adultos de edades de 26 a 67 años, con el trastorno de la depresión, en la ciudad de Pisco – Ica, de los cuales 15 estaban en un grupo de control y 15 en un grupo experimental, permitiendo que los pacientes modificaran ciertos pensamientos y conductas inapropiadas o que les afectaban.

- El nivel de depresión antes de la TCC en los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020, fue grave, moderada y leve por lo que tuvieron incidencias en su estado de ánimo, en su desarrollo social y en sus relaciones interpersonales, manifestando que se sentían solos, tenían falta de atención y concentración, tristeza, falta de apetito, y se aislaban, asimismo, tenían pensamientos irracionales y otras conductas inapropiadas.

- El nivel de depresión después de la TCC en los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020 fue leve y trece de los casos no se encontró, lo cual fue alentador en cuanto se modificaron esos

pensamientos irracionales que los afectaban y conductas, lo que permitió una rehabilitación del trastorno de la depresión.

- Se demostró la eficiencia de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020, ya que la terapia obtuvo varios beneficios en el rendimiento de cada paciente; en el aspecto cognitivo, y en lo referente a lo interpersonal, y el puntaje de nivel de depresión antes y después de la TCC fue disminuyendo, mostrándose un pretest y postest con diferencias.

- La aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020, es adecuada a las necesidades del paciente; ya que se demostró su efectividad con técnicas acorde a los requerimientos de los pacientes habiendo resultados alentadores.

RECOMENDACIONES

Por todo lo expuesto, se recomienda lo siguiente:

- Como medida de relevancia, se requiere reforzar los pensamientos positivos y conductas apropiadas en los pacientes, ya que esto le permitirá un mejor bienestar y rehabilitación del trastorno de la depresión.

- Se advierte que para cada psicoterapia cognitiva conductual existen diversas técnicas las cuales deben ser aplicadas de acuerdo a las necesidades del paciente, modificando si es necesario las sesiones del tratamiento.

- Es muy importante que, la psicoterapia deba ir acompañado de la intervención de la familia, para que se desarrolle un ambiente de confianza, seguridad y apoyo lo que permitirá al paciente, llevar a cabo con éxito el tratamiento.

- Se podría aplicar el tratamiento a una muestra más grande de pacientes para determinar mayor efectividad de la psicoterapia cognitiva conductual del modelo de Beck.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcázar, D.L., Hernández, R., Reyes, D. A., Romero, D. y Vogel, N. K. (2017). *Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla*. Revista de psicología y ciencias del comportamiento, 8, (1), 15-28. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>
- Álvarez, H. F., & Álvarez, J. F. (2017). *Terapia cognitivo conductual integrativa*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., et al. (2012). *The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis*. Diabetes Care.
- Atención, J. et al. (2004) *Evaluación de la Depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis*. Vol. 50. Venezuela.
- Arenas, A., Gómez, R y Rondón, M (2015). *Factores asociados a la conducta suicida en Colombia*. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2016.
- Beck, A.T. (1963). *Thinking and Depression: 1, Idiosyncratic content and cognitive distortions*. *Archives of General Psychiatric*, 9, 324-333.
- Beck, A.T. (1964). *Thinking and depression: 2. Theory and therapy*. *Archives of General Psychiatric*, 10, 561-571.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical Experimental and Theoretical Aspects*. NY: Harper and Row.
- Beck, A. & Shaw, B. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*. (19a Edición). España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, A. & Alford, B. (2009). *Depression, causes and treatment*. (2a Edición). Estados Unidos de América: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A, Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press. Nueva York. Publicado en castellano en Desclée De Brower, 1983.
- Beck, A. (1970). *Cognitive Therapy: Nature and relation to Behavior Therapy*. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.

- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brower, S.A.
- Beltrán, M., Freyre, M. y Hernández, L. (2012). *El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente*. *Terapia Psicológica*, (30) 1, 5. ISN: 0718-4808.
- Burns, D. (1999). *The feeling good therapy*. EUA: Harper Collings.
- Caballo, V. (2001). *Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad*. *Psicología Conductual*, 9(3), 579-605. Recuperado de <https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/Caballo%20Tratamiento%20TTPP.pdf>
- Brody, A., Saxena, S., Mandelkern, M., Fairbanks, L., Lewis, L.H., & Baxter, R. (2001). *Brain metabolic changes associated with symptom factor improvement in major depressive disorder*. *Biological Psychiatry*, 50(3), 171-178.
- Carro, C. & Sanz, R. (2015). *Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico*. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 43-59. Recuperado de http://www.casosclnicosensaludmental.es/files/definitivo_distimia_y_aniedad_1_2015.pdf
- Céspedes, C. (2019). *Propuesta de un programa cognitivo conductual para superar la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en una clínica de Chiclayo, 2016*. (Tesis) Lambayeque – Perú: Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo”.
- Drevets, W.C. (2001). *Neuroimaging and neuropathological studies of depression: implications for the cognitive- emotional features of mood disorders*. *Current Opinion in Neurobiology*, 11(2), 240-249. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0959-4388\(00\)00203-8](https://doi.org/10.1016/S0959-4388(00)00203-8).
- Espinosa, A. (2019). *Intervención en terapia cognitiva, de Aaron T. Beck, en pacientes con depresión, de un centro de salud de la ciudad de Panamá*. Panamá: Universidad de Panamá.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ª Edición. México: Mc Graw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Hernández, R., Romero, D., Alcázar, D. L., Vogel, N. K., & Reyes, D. A. (2017). *Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla*. Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento.
- Herrera, G. (2019). *Plan de intervención psicológica desde el enfoque cognitivo-conductual para la depresión*. Machala – Ecuador: Universidad Técnica de Machala.
- Huaynates, M. (2019). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa*. (Trabajo Académico para Optar el Título de la Segunda Especialidad Profesional en Terapia Cognitiva Conductual). Lima – Perú: Universidad Federico Villareal.
- Karlin, B., Trockel, M., Brown, G., Gordienki, M., Yesavage, J. & Taylor, B. (2013). *Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression among Older Versus Younger Veterans: Results of a National Evaluation*. Journals of Gerontology, 70(1), 3-12. Recuperado de http://www.oxfordjournals.org/our_journals/geronb/geronb_va.pdf
- Lanza, D. (2018). *Terapia Cognitivo Conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno* (Tesis de pregrado). Puno, Perú: Universidad Nacional del Altiplano.
- López, J. A. (2016). *Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto* (Tesis para optar por el título de especialista). Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Martínez, X. G., Cabeza, M. M., Pascual, M. S., & Bedia, I. M. (2015). *Trastornos del humor: trastornos depresivos*. Medicine, 64 - 74. OMS (2020). *Salud Mental*.
- OMS (1992). CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Ed. Méditor

- Pérez, M. & García, J. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión*. *Psicothema*, 13(3), 493-510. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Pisfil, J. y Viera, M. (2007). *Relación entre sucesos de vida y depresión en alumnos preuniversitarios de academia Excelsis – Lambayeque*. (Tesis de Licenciatura). Lambayeque: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Price, J & Drevets, W.C. (2009). *Neurocircuitry of Mood Disorders*. *Neuropsychopharmacology publicación oficial del American College of Neuropsychopharmacology* , 35 (1), 192–216
- 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*, 8(2), 251-257. Recuperado de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/viewFile/224/200>
- Ríos, J. (2016). *Las 4 fases de la depresión*. Recuperado de <https://psiquefunciona.com/las-4-fases-de-la-depresion>
- Rodríguez, D. (2018). *Integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- Sánchez-Navarro, J., & Román, F. (2004). *Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional*. *Anales de Psicología*, 20(2), 223-240.
- Silva, J., y Slachevsky, A. (2005). *Modulación de la actividad de la corteza prefrontal como mecanismo putativo del cambio en psicoterapia*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

Problema	Variabes	Dimensiones	Objetivos	Hipótesis	Metodología	Técnica e instrumentos
Problema General: ¿Cuál es la influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020?	Terapia Cognitiva Conductual	Primer módulo: "De qué manera nuestro pensamiento afecta nuestro estado de ánimo" Segundo módulo: "De qué forma nuestras actividades afectan nuestro estado de ánimo" Tercer módulo: "De qué forma nuestro contacto con la gente afecta nuestro estado de ánimo"	Objetivo General: Identificar el nivel de depresión antes de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020. Objetivos específicos: Identificar el nivel de depresión antes de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020. Verificar el nivel de depresión después de la Terapia Cognitiva Conductual de los	Hipótesis General El nivel de depresión antes de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020, es grave. Hipótesis específicas: El nivel de depresión antes de la Terapia Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020, es grave. El nivel de depresión después de la Terapia	Tipo y Nivel de Investigación: Cuantitativo Descriptivo Exploratorio Diseño: No experimental Correlacional Transversal Población: La población estuvo constituida por los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020. Muestra: El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia, debido a que los	Técnica: La técnica que se utilizó para la evaluación de las variables fue la entrevista clínica. Asimismo, se utilizó la técnica psicométrica. Instrumentos: Para la elaboración de esta investigación se aplicó los siguientes instrumentos: "Terapia Cognitiva conductual de Beck y el Inventario de la depresión de Beck - II".

<p>después de la Terapia Cognitivo Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020? ¿Cuál es la eficiencia de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020? ¿Cómo se aplica la Terapia Cognitivo Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020?</p>	<p>Depresión</p>	<p>Área afectiva Área motivacional Área cognitiva Área física Área conductual</p>	<p>pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020. Analizar la eficiencia de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de pisco – Ica, 2020. Examinar la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de pisco – Ica, 2020.</p>	<p>Cognitiva Conductual de los pacientes adultos en la ciudad de Pisco - Ica, 2020, es leve. La eficiencia de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020, es alta. La aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco – Ica, 2020, es adecuada a las necesidades del paciente.</p>	<p>sujetos están disponibles y basándonos al conocimiento previo de la población, donde se toma como muestra de 30 pacientes adultos de la ciudad de Pisco - Ica, 2020.</p>
---	------------------	---	---	---	---

Anexo 2: Matriz de Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala Ordinal
Terapia Cognitivo Conductual	De acuerdo a Hernández y Sánchez (2009), lo definen como un método colaborativo, partiendo del supuesto de que el paciente cambie su manera de pensar, desde su razón de introspección. El objetivo es enseñar al paciente a pensar de otro modo ante los problemas y síntomas que padece, lo que le apoyaría para reducir las emociones negativas y a reaccionar ante los problemas con soluciones.	De acuerdo a Beck (1979), el objetivo de la terapia cognitiva es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente, y se colabora de manera activa en la exploración de las experiencias psicológicas, en la elaboración de actividades y tareas. Asimismo, las técnicas conductuales, tienen por objetivo lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente para producir una mejoría en su ejecución.	<p>Primer módulo: “De qué manera nuestro pensamiento afecta nuestro estado de ánimo”</p> <p>Segundo modulo: “De qué forma nuestras actividades afectan nuestro estado de ánimo”</p> <p>Tercer módulo: “De qué forma nuestro contacto con la gente afecta nuestro estado de ánimo”</p>	<p>- Estado de Animo</p> <p>- Control</p> <p>- Área Interpersonal</p>	

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala Ordinal
Depresión	La OMS (2016), mencionan a la depresión como “un trastorno mental que tiene presencia de tristeza, disminución del interés o placer por disfrutar de la vida, sentimientos de culpabilidad, problemas de sueño y/o apetito, fatiga, transformándose en un problema de salud siendo una de sus consecuencias más graves el suicidio”.	De acuerdo con Pérez y García (2001), “Entre las teorías y los modelos explicativos existentes para la depresión, uno de los que cuentan con mayor vigencia es el modelo cognitivo de la depresión expuesta por Aarón Beck desde finales de los cincuentas, el cual tiene como foco central a los diversos procesos cognitivos del sujeto”. Beck & Shaw (2010), exponen que este trastorno en el estado de ánimo como una alteración en el sistema de creencias y en el procesamiento de la información.	Área afectiva	(A) Tristeza (E) Sentimientos de Culpa (J) Predisposición para el llanto (K) Irritabilidad	No depresión: 0-9 puntos
			Área motivacional	(D) Insatisfacción (I) Ideas Suicidas	Depresión leve: 10-18 puntos
			Área cognitiva	(B) Pesimismo Frente al futuro (C) Sensación de Fracaso (F) Expectativa de Castigo (G) Auto disgusto (M) Indecisión (N) Auto imagen deformada (T) Preocupaciones Somáticas (F) Auto acusaciones	Depresión moderada: 19-29 puntos
			Área física	(P) Pérdida de Sueño (R) Pérdida de apetito (S) Pérdida de peso (U) Pérdida del deseo sexual	Depresión grave: > 30 puntos
			Área conductual	(L) Alejamiento (O) Retardo para trabajar (Q) Fatigabilidad	

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre.....

Fecha de Nacimiento..... Sexo:..... Edad:

Grado de Instrucción:..... Ocupación:

Evaluador(a) :

Lugar procedencia:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también.

Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

A. TRISTEZA

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

B. PESIMISMO

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

C. SENSACIÓN DE FRACASO

0. No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

D. INSATISFACCIÓN

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

E. CULPA

0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3. Me siento culpable constantemente.

F. EXPECTATIVA DE CASTIGO

0. No creo que esté siendo castigado.

1. Siento que quizá esté siendo castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

G. AUTODISGUSTO

0. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí mismo.

2. Estoy a disgusto conmigo mismo.

3. Me detesto.

H. AUTOACUSACIONES

0. No me considero peor que cualquier otro

1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.

2. Continuamente me culpo por mis faltas.

3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

I. IDEAS SUICIDAS

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.

2. Desearía poner fin a mi vida.

3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

J. LLANTO

0. No lloro más de lo normal.

1. Ahora lloro más que antes.

2. Lloro continuamente.

3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

K. IRRITABILIDAD

0. No estoy especialmente irritado.

1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

L. ALEJAMIENTO SOCIAL

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

M. INDECISION

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

N. AUTO- IMAGEN DEFORMADA

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

O. RETARDO PARA TRABAJAR

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

P. PERDIDA DE SUEÑO

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.

Q. FATIGABILIDAD

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

R. PERDIDA DE APETITO

0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.

2. Ahora tengo mucho menos apetito.

3. He perdido completamente el apetito.

S. PÉRDIDA DE PESO

0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos Estoy tratando intencionadamente.

2. He perdido más de 4 kgs. de perder peso comiendo menos.

3. He perdido más de 7 kgs. SíNo.....

T. PREOCUPACIONES SOMATICAS

0. No estoy preocupado por mi salud.

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estómago o los catarros.

2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

U. PÉRDIDA DEL DESEO SEXUAL

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

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.

Anexo 4: Ficha de validación de instrumentos de medición

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Descripción de la prueba: El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BBDI) (Beck y Cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y Cols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida en nuestro país. En 1979 Beck y cols. dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz. (1991), siendo esta la más utilizada en la actualidad. En 1996, los mismos autores presentaron una nueva revisión de su cuestionario, el Beck Depression Inventory – II o BDI-II, del que no se dispone por el momento de adaptación y validación al castellano.

Existen también dos versiones abreviadas de 13 y de 7 ítems, de menor difusión, y no validadas en nuestro medio. Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. En la versión de 1961 cada ítems contemplaba de 4 a 6 opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad, y así fueron recogidas en la adaptación y validación de Conde y cols (1975), si bien fueron recogidas en la adaptación y validación de Conde y cols. (1975), si bien en una revisión posterior introdujeron varias modificaciones importantes sobre el cuestionario original, tales como la eliminación completa de 2 ítems (sentimientos de culpa y autoimagen) y la aleatorización de las alternativas de respuesta.

En la versión revisada de 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad /intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los

distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico - cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático- vegetativos.

El test de Beck Depresión Inventory (BDI) se presenta en forma de ensayo opción múltiple que pretende medir la presencia y el grado de depresión en adolescentes y adultos. Cada uno de los 21 artículos de los intentos BDI para evaluar un síntoma específico o de actitud que aparecen que es específica a los pacientes deprimidos y que son consistentes con las descripciones de la depresión que figura en la literatura psiquiátrica.

PUNTUAJE: Cada uno de los artículos del Inventario corresponde a una categoría específica de los síntomas depresivos y/o actitud. Cada categoría pretende describir una manifestación específica del comportamiento de la depresión y consiste en una serie escalonada de cuatro declaraciones de autoevaluación.

Ficha Técnica:

Objetivo: Evaluación de síntomas depresivos según criterios DSM – IV

Autor: Aaron Beck

Población: A partir de los 13 años

Normas: Puntuación de corte según severidad de la depresión.

Tipos de administración: Individual, colectiva y autoadministrable.

Tiempo de administración: 10 a 15 minutos aproximado.

Ámbitos de aplicación: Clínico, Forense e investigación aplicada.

Descripción del instrumento:

“El inventario está conformado por 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas es una manifestación, en algunas categorías existen

dos alternativas de respuestas y se les divide en a y b para indicar que se encuentra en el mismo nivel, cada ítem presentada una puntuación que va desde cero (0) a tres (3)".

En el caso de que el paciente exprese que hay dos o más enunciados que concuerden con su estado de ánimo, se registrará el valor más alto, y si el paciente se siente que está entre dos enunciados, estando más en dos que en tres, se registrará entonces el valor dos por estar más cercano.

Validez

En la revisión de la Validez del Inventario de Depresión Beck, se empezó tratando brevemente un estudio experimental antes de pasar a otros métodos. En el año de 1977, Beck, Kovaes & Hollan, estudiaron a 44 pacientes externos que acudieron a consulta por propia iniciativa y satisfacción de criterios establecidos para el diagnóstico de Neurosis Depresiva (DSM III), estos pacientes presentan una depresión de moderada a intensa, (según el inventario de Beck).

El grupo se dividió en dos partes: El primer grupo conformado por dieciocho pacientes asignados a la terapia cognitiva y el segundo por veinticuatro pacientes asignados a terapia farmacológica, finalizado el tratamiento, ambos grupos mostraron una reducción significativa de la sintomatología depresiva.

Con respecto a la correlación con otras pruebas, en el Perú Novara, Sotillo & Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996), ejecutaron un estudio en una muestra de ciento setenta y ocho pacientes con diagnóstico de depresión, utilizando la escalas de Zung, & Hamilton y el inventario de Beck; "utilizaron un grupo control de cuarenta y nueve pacientes correlacionaron entre sí a las tres pruebas, la correlación entre Beck y la escala de Hamilton fue de 0.72 y la de Beck con la escala de Zung fue de 0.76; coeficientes altamente significativos".

En el Hospital Militar Central se llevó a cabo un estudio de correlación entre ambas escalas de Beck y Zung en una muestra de quince pacientes con diagnóstico de depresión, encontrando una correlación entre ambas

escalas de 0.78. La correlación de Beck con el diagnóstico psiquiátrico también fue realizada por Novara, Sotillo y Wharton (1985. Citado por Pimentel, 1996), hallando una correlación de 0.75. Los resultados de los estudios citados permiten decir que el inventario de Beck tiene una validez satisfactoria y es útil para los propósitos para lo que fue elaborada.

Confiabilidad

Las estimaciones de la confiabilidad están en relación al respecto que se asume como causante de error de medición, es por ello que se encuentran los siguientes tipos de confiabilidad:

Estabilidad y Consistencia de los puntajes a través del tiempo.

Equivalencia. Consistencia en los puntajes en dos formas equivalentes de la prueba.

Consistencia interna evalúa el grado en que los ítems de un test están relacionados con el puntaje total Brown (1980, citado por Pimentel, 1996), está última forma se caracteriza por ser obtenido a través de una sola aplicación de la prueba calculada con las técnicas de separación por mitades (Holt Split Method), o estimaciones de homogeneidad (formulas: Kuder, Richardson o Coeficiente Alfa de Cronbach).

Por otro lado, se llevó a cabo un estudio de Confiabilidad en el Hospital Militar Central, que fue hecho en una muestra pequeña y que no permite una generalización, si da síntomas sobre la confiabilidad de este instrumento, se ha administrado el Inventario de Beck en 15 pacientes con diagnóstico depresivo y luego se realizó un retest con un intervalo de una semana, obteniendo un coeficiente de 0.80. Así mismo con los datos de la primera administración se calculó la consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0.81. Los resultados glosados posibilitan decir que el Inventario de Beck tiene una Confiabilidad suficientemente aceptable.

INVENTARIO DE BECK PARA EVALUAR DEPRESIÓN

El inventario de Depresión fue creado por Beck en el año de 1967, con el objetivo de medir la depresión, ya que ofrecería según el autor algunas ventajas: Evitaría la variabilidad del diagnóstico clínico, proveería una medida estándar no afectada por la orientación teórica o la inconsistencia del que no afectada por la orientación teórica o la inconsistencia del que lo administra , además, por ser administrado reduciría los costos del entrenamiento y tiempo del profesional, y por último facilitaría las comparaciones con otros datos.

El instrumento se basa en dos supuestos:

- a. Primero: Conforme a la depresión si es más severa, mayor sería número de síntomas, esta progresión permite hacer diferenciación entre personas sanas, y pacientes que tengan una depresión leve, moderada y/o severa.
- b. Segundo: En cuando el paciente este más deprimido, cada síntoma lo siente de una manera más intensa o frecuentemente por ello su diseño incluye todos los síntomas integrales de los cuales lo clasifica en cinco áreas:

AREA AFECTIVA: “(A)Tristeza (E) Sentimientos de Culpa (J) Predisposición para el llanto (K) Irritabilidad”

AREA MOTIVACIONAL: “(D) Insatisfacción (I) Ideas Suicidas”

AREA COGNITIVA: “(B) Pesimismo Frente al futuro (C) Sensación de Fracaso (F) Expectativa de Castigo (G) Auto disgusto (M) Indecisión (N) Auto imagen deformada (T) Preocupaciones Somáticas (F) Auto acusaciones”.

AREA CONDUCTUAL: “(L) Alejamiento (O) Retardo para trabajar (Q) Fatigabilidad”

AREA FISICA: “(P) Pérdida de Sueño (R) Pérdida de apetito (S) Pérdida de peso (U) Pérdida del deseo sexual”

Esta prevalencia de la afectividad subjetiva, psíquica de congruente con la teoría, cognitiva de la depresión mantenida por el mismo autor, según el cual la respuesta afectiva está determinada por la forma en que el individuo estructura su experiencia. En la teoría de Beck, menciona: “Es posible que

los episodios depresivos sean precipitados por un evento externo, la evaluación del evento mismo, puede ser lo que produce la depresión”.

ADMINISTRACIÓN. El Inventario de Depresión de Beck, fue elaborado para ser administrado de manera individual o grupal. Para ser administrado en forma individual se utiliza una doble copia de protocolo de respuestas, una se le entrega al paciente y la otra es leída en voz alta por el entrevistador. Luego de anunciar sus declaraciones que corresponden a cada reactivo, se pide al entrevistado que indique “Cual de las declaraciones define mejor su estado de ánimo, de cómo se siente en ese instante”. En ningún momento debe sugerirse la respuesta, y si el entrevistado indica que hay dos afirmaciones que corresponden a la manera como se siente, entonces de debe registrar el número más alto. El puntaje de la depresión es la suma de las respuestas que va desde la A hasta la U. El tiempo de aplicación, no tiene límite de tiempo y por lo general no se requiere más de 15 minutos en contestar.

CALIFICACIÓN. El sistema de codificación, toma en cuenta el número de síntomas reportados por el paciente y que cada uno de ellos tiene un puntaje numérico, la intensidad de cada síntoma ha sido registrada asignándole valores numéricos graduados a cada uno de los 21 categorías, o un 0 indica que el síntoma no estuvo presente, mientras que la severidad en aumento es graduada por uno, dos y tres, de tal suerte que el puntaje total del paciente representa una combinación del número de categorías sintomáticos y la severidad de los síntomas particulares. Sin embargo, un puntaje total desde 0 a 10 indica que no hay depresión. De 11 a 20 indica que hay una depresión leve, la puntuación que va desde los 21 a 30 significa que hay una depresión moderada; pero si pasa de los 31 a más, demuestra que hay depresión severa.

INTERPRETACIÓN: El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0- 63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no

proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:

No depresión: 0-9 puntos

Depresión leve: 10-18 puntos

Depresión moderada: 19-29 puntos

Depresión grave: > 30 puntos

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y cols en > 13 puntos. En pacientes médico la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos (por ej.: > 16 en pacientes diabéticos, > 21 en pacientes con dolor crónico).

A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es > 21 puntos.

Se ha cuestionado algunos aspectos de su validez de contenido, ya que los síntomas referidos al estado de ánimo tienen poco peso y además, parte de la premisa de que la depresión se caracteriza por una inhibición general, ya que sólo recoge síntomas por defecto. Tiene escasa capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad, y tampoco resulta adecuado para realizar un diagnóstico diferencial frente a otros trastornos psiquiátricos o para diferenciar distintos subtipos de depresión.

En población geriátrica los ítems de síntomas pueden distorsionar al alza la puntuación total, y general y a efectos de cribado, se considera más idónea la escala de depresión geriátrica de Yesavage. En pacientes médicos, y por la misma razón, mantiene una buena sensibilidad, pero una baja especificidad, con elevado porcentaje de falsos positivos, es especial si se utilizan puntos de corte bajos.

Al ser un cuestionario auto aplicado puede ser difícil de aplicar en pacientes graves o con bajo nivel cultural. Se trata posiblemente del cuestionario auto aplicado más citado en la bibliografía. Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos. Posee así mismo una adecuada

validez para el cribado o detección de casos en población general, pero en pacientes médicos su especificidad es baja.

BAREMOS

Áreas de la Depresión					
	Afectiva	Motivacional	Cognitiva	Conductual	Física
No depresión	<4	<2	<12	<4	<7
Depresión leve	4-7	3-4	13-18	5-6	8-9
Depresión moderada	8-9	5-6	19-21	7-8	9-10
Depresión grave	10 a mas	7 a mas	22 a mas	9 a mas	11 a mas

Niveles de la Depresión	
No depresión	<30
Depresión leve	31-45
Depresión moderado	46-54
Depresión grave	55 a mas

Anexo 5: Base de datos

Como ya se había indicado, son 30 pacientes adultos de 26 a 67 años que tienen el trastorno de la depresión, pertenecientes a la ciudad de Pisco, Ica – 2020, 15 en un grupo de control y 15 en un grupo experimental. Y a los que se les informó y entregó el siguiente consentimiento informado:

Consentimiento informado

Ica - Pisco, Setiembre del 2020

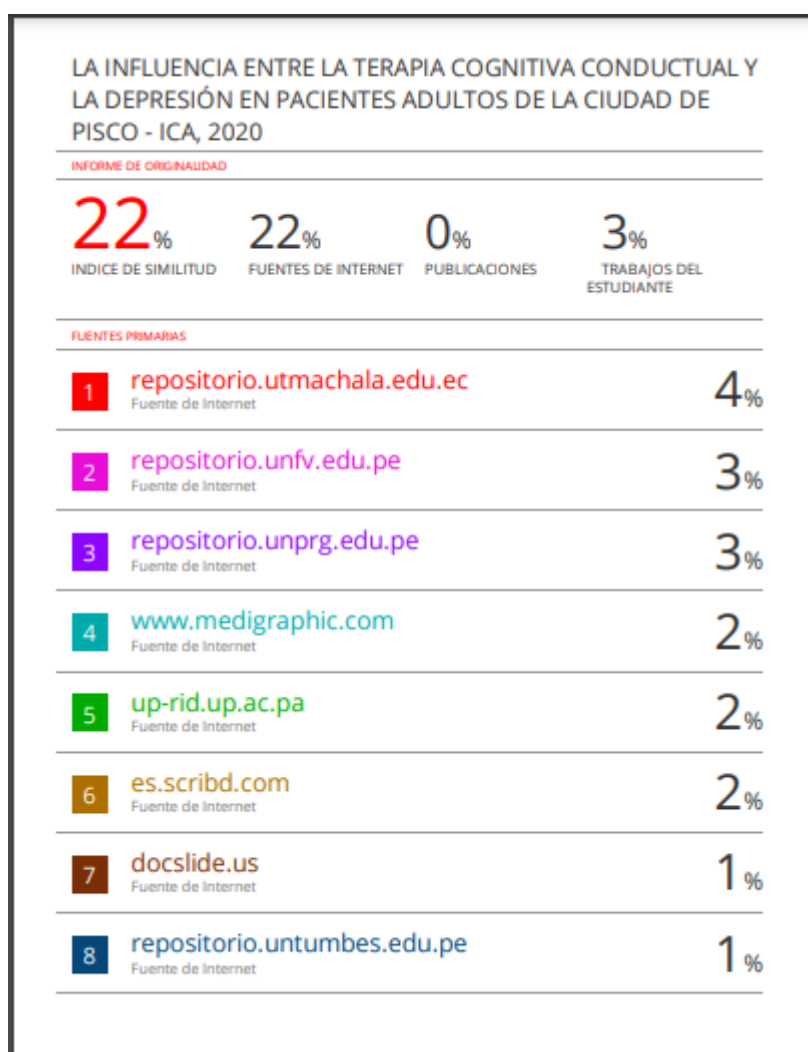
En forma libre y voluntaria yo

Identificado (a) con DNI. N° _____ acepto formar parte en la investigación que tendrá como objetivo determinar la efectividad de la psicoterapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck en los pacientes adultos con depresión en la ciudad de Pisco - Ica, 2020; a través de las sesiones terapéuticas que permitan modificar las conductas que afectan la dimensión cognitiva emocional y social, estudio que estará a cargo de la estudiante de psicología de la Universidad Alas Peruanas, quien se compromete en mantenerme informado (a) acerca del progreso del proceso terapéutico.

Firma

DNI:

Anexo 6: Informe del turnitin



9	repositorio.autonoma.deica.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	www.colibri.udelar.edu.uy Fuente de Internet	1 %
11	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1 %
12	core.ac.uk Fuente de Internet	1 %
13	www.studocu.com Fuente de Internet	1 %
14	dspace.uazuay.edu.ec Fuente de Internet	1 %
15	1library.co Fuente de Internet	1 %

Excluir citas Apagado Excluir coincidencias < 1%
 Excluir bibliografía Activo