



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO PSICOLÓGICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN DEPRESIÓN EN UNA PACIENTE EN HEMODIALISIS

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autor:

Alarcón Cánova, Miluska María

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio
(ORCID: 0000-0003-1946-6831)

Jurado:

Del Rosario Pacherras, Orlando
Venegas Dioses, Hugo
Campana Cruzado Frey

Lima - Perú

2022

Referencia:

Alarcón, M. (2022). *Caso psicológico: intervención cognitivo conductual en depresión en una paciente en hemodiálisis*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5601>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE PSICOLOGIA

CASO PSICOLÓGICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN DEPRESIÓN EN UNA PACIENTE EN HEMODIALISIS

Línea de investigación:

Salud Mental

Trabajo Académico para optar el Título de
Segunda Especialidad Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autor(a):

Alarcón Cánova, Miluska María

Asesor(a):

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio
Código ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado

Del Rosario Pacherres Orlando

Venegas Dioses Hugo

Campana Cruzado Frey

Lima — Perú
2022

Pensamiento

“Todas las palabras hablan de la mente sin titubear,
pero se quedan perplejas cuando les pide que la
definan”

(B. F. Skinner)

Dedicatoria

A Dios y la Virgen

Sin sus bendiciones nada hubiese sido posible.

A mi madre y padre

Que con el amor que le tienen a sus hijos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para seguir adelante.

A mis hermanos

Por sus palabras y compañía durante esta etapa para nunca rendirme y seguir adelante.

A mi esposo

Por sus palabras de confianza, por su amor y por brindarme el tiempo necesario para cumplir con este objetivo, la especialidad.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Federico Villarreal, que me acogió en sus aulas para poder finalizar la especialidad de Terapia Cognitivo conductual y así aplicarla en nuestra vida profesional.

A los Docentes que con sus enseñanzas y ejemplo se ha podido ir aprendiendo a lo largo de la especialidad, por la paciencia y comprensión para brindarnos aprendizajes que nos servirán durante toda la vida.

A mi familia, mis compañeros de especialidad y a todos aquellos de que de una u otra forma contribuyeron en todo momento brindando sus consejos y retroalimentación para seguir adelante.

Índice

Pensamiento	ii
Agradecimientos	iv
Índice.....	v
Índice de tablas.	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
I. Introducción.....	10
1.1 Descripción del Problema	11
1.2 Antecedentes	12
1.2.1. Antecedentes Nacionales	12
1.2.2 Antecedentes Internacionales	15
1.2.3 Fundamentación teórica.....	19
1.3 Objetivos	25
Objetivo General.....	25
Objetivos Específicos	25
1.4 Justificación.....	26
1.5 Impacto esperado del trabajo académico	26
II. Metodología	28
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	28
2.2. Ámbito temporal y espacial.....	28
2.3 Variables de Investigación	28
Variable Independiente: Intervención cognitivo conductual.....	28
Variable Dependiente: Depresión.....	30
2.4 Participante.....	30
2.5.1. Técnicas.....	30
2.5.2. Instrumentos	32
2.5.3. Evaluación psicológica	35
2.6. Intervención.....	54
Objetivos.....	54
2.7. Procedimiento	54
2.8.Consideraciones éticas	67
III. Resultados	68
3.1 Análisis de los resultados	68
3.2 Discusión de Resultados.....	71
3.3 Seguimiento.....	74
IV. Conclusiones.....	76

V. Recomendaciones.....	77
VI. Referencias	78
VII. Anexos.....	82

Índice de tablas.

Tabla 1. Resultados del inventario de Depresión de Beck Pre vs Post, aplicado a un grupo de pacientes en tratamiento médico de hemodiálisis, e intervenidos con talleres terapéuticos de orientación cognitivo conductual para mejorar la adherencia al tratamiento médico.	18
Tabla 2. Resumen de las sesiones a realizar en el programa de intervención	29
Tabla 3. Resultado del inventario clínico multiaxial de personalidad de millón.....	45
Tabla 4. Diagnostico funcional	49
Tabla 5. Análisis cognitivo de la conducta depresiva.....	50
Tabla 6. Análisis funcional de la conducta depresiva.....	51
Tabla 7. Criterios según el DSM V para el episodio de depresión mayor.....	52
Tabla 8. Primera sesión - Aplicar la técnica de psicoeducación a la paciente sobre su problemática desde la perspectiva cognitiva relacionando su situación, pensamiento, emoción y conducta.	55
Tabla 9. Segunda y tercera sesión - Aplicar la técnica de psicoeducación a la paciente sobre su problemática desde la perspectiva cognitiva relacionando su situación, pensamiento, emoción y conducta.	56
Tabla 10. Cuarta sesión - Reestructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias lo cual conlleva a pensamientos racionales a partir de las evidencias.	57
Tabla 11. Quinta sesión - Reestructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias lo cual conlleva a pensamientos racionales a partir de las evidencias.	58
Tabla 12. Sexta sesión – Reestructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias lo cual conlleva a pensamientos racionales a partir de las evidencias.	59
Tabla 13. Séptima sesión - reestructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias lo cual conlleva a pensamientos racionales a partir de las evidencias.	60
Tabla 14. Octava sesión – Disminuir las respuestas fisiológicas y emocionales (tensión, ansiedad, llanto) que presenta que presentaba al realizar su tratamiento de hemodiálisis.	61
Tabla 15. Novena sesión – Disminuir las respuestas fisiológicas y emocionales (tensión, ansiedad, llanto) que presenta que presentaba al realizar su tratamiento de hemodiálisis.	62
Tabla 16. Decima sesión – Incrementar el desarrollo de habilidades socioafectivas funcionales que fomente pensamiento y conductas adaptativas.	64
Tabla 17. Onceava sesión - Incrementar el desarrollo de habilidades socioafectivas funcionales que fomente pensamiento y conductas adaptativas.	65
Tabla 18. Doceava sesión- Incrementar el desarrollo de habilidades socioafectivas funcionales que fomente pensamiento y conductas adaptativas.	66
Tabla 19. Resultados Pre-Test y Post-Test de depresión.	68
Tabla 20. Registro de frecuencia de la paciente pre y post test.	68
Tabla 21. Registro de frecuencia e intensidad de emociones del paciente pre y post test.....	69
Tabla 22. Registro de conducta del paciente pre y post test.	70
Tabla 23. Sesión de seguimiento	75

Resumen

Objetivo: Disminuir los niveles de depresión a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual que le permita a la paciente adoptar pensamientos racionales, conductas y emociones funcionales para su desenvolvimiento ante las situaciones difíciles. **Método:** El caso psicológico se realizó a través del Inventario de Depresión de Beck (BDII), Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón (MCMI-II); entrevista y observación psicológica. Previamente se recopiló información en autorregistros de pensamiento, emociones y conductas. Para la intervención cognitivo conductual se utilizaron técnicas como psicoeducación, entrenamiento en relajación profunda, visualización, debate socrático, tres columnas, examinando evidencias, generando alternativas racionales, búsqueda de soluciones, técnica de dominio y agrado. Se realizó en 12 sesiones de 45 minutos cada sesión. **Resultados:** En la evaluación post test muestran la disminución de los síntomas depresivos, comprobando de esta manera la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión.

Palabras clave: depresión, intervención, terapia cognitivo-conductual.

Abstract

Objective: Reduce depressive through the application of cognitive behavioral therapy that allows the patient to adopt rational thoughts, behaviors, and functional emotions for their development in difficult situations. **Method:** The case study is done through the Beck Depression Inventory (BDII), Millon Multiaxial Clinical Personality Inventory (MCM-II), interview and psychological observation. First information collected in self- records of thoughts, emotions, and behaviors. Techniques such as psychoeducation, self-instruction, Deep relaxation training, visualization, three columns, examining evidence, generating rational alternatives, search of solutions, dominance and liking. It was carried out in 12 sessions of 45 minutes each session. **Results:** In the post test evaluation show the decrease in depressive symptoms, thus checking the efficacy of cognitive behavioral therapy in the treatment of depression.

Keywords: Depression, intervention, cognitive behavioral therapy.

I. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, actualmente la padecen más de 300 millones de personas. Indica además que la depresión es un problema de salud preocupante, especialmente cuando su intensidad es de moderada a grave, causa sufrimiento, altera las actividades laborales, sociales, escolares y familiares, en el peor de los casos induce al suicidio.

En el artículo publicado por el Diario el Comercio (2018) indica cifras del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) Honorio Delgado-Hideyo Noguchi con relación a la depresión, donde se estima que al menos dos millones de peruanos padecen esta enfermedad. Según dichas estadísticas en el Perú, 334 personas se quitaron la vida en el año 2016, de las cuales 267 de esas muertes fueron provocadas por la depresión.

La depresión según nuestros manuales de diagnósticos DSM V y CIE 10 se caracteriza por el ánimo depresivo, pérdida o desinterés en sus actividades diarias, aumento de la fatiga, afectando el desarrollo de las actividades laborales, académicas, sus relaciones interpersonales, y su vida diaria, teniendo la sintomatología una duración de por lo menos dos semanas.

Un artículo de la OMS (2018) sobre salud en la mujer, afirma que la depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%) siendo esta enfermedad una de las causas más importantes dentro de la carga de morbilidad femenina.

En el presente trabajo se expone la intervención cognitivo conductual a una paciente adulta con un diagnóstico de depresión moderada según los criterios del CIE 10. El objetivo es disminuir los niveles de depresión a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual que le permita a la paciente adoptar pensamientos racionales, conductas y emociones funcionales para su desenvolvimiento ante las situaciones difíciles.

En el capítulo I, se presenta la descripción del problema a desarrollar, antecedentes nacionales e internacionales, fundamentación teórica, objetivos, justificación, impacto esperado en el trabajo académico; asimismo, en el capítulo II, desarrollo la metodología a utilizar que se desarrollará en tipo y diseño de investigación, variables de investigación, participantes, evaluación psicológica, intervención del estudio de caso; por otro lado en el capítulo III, se aborda los resultados, discusión y seguimiento a realizar. En el cuarto capítulo se menciona las conclusiones que se obtuvieron del presente estudio. Y en el último capítulo se menciona las recomendaciones que ayudarán a seguir con la mejora de la evaluada.

1.1 Descripción del Problema

La depresión y la enfermedad renal crónica, es uno de los problemas frecuentes en la actualidad, sin embargo, no hay muchas investigaciones sobre casos clínicos acerca del tema. Se debe tener en cuenta que la depresión es la condición psicopatológica común entre los pacientes con insuficiencia crónica terminal, reduciendo la calidad de vida e impacto negativo entre los pacientes. Según la OMS (2014) indica que la depresión es la segunda enfermedad más frecuente en la práctica médica general y entre los pacientes con enfermedades médicas no psiquiátrica, ya que se encuentra en la mitad de los casos, esto es alarmante debido que los efectos psicológicos y somáticos de la depresión pueden complicar el curso de esta enfermedad, reducir la calidad de vida, reducir la motivación del auto cuidado y aumentar las tasas de hospitalización. Dentro del tratamiento se encuentra no solo el manejo farmacológico sino es indispensable la Terapia Cognitivo Conductual.

El padecer de una enfermedad renal crónica causa en el individuo una serie de reacciones negativas que afectan la evolución de ésta, tanto de manera psicológica como física asociando el padecimiento de tal patología con la muerte, es decir, piensan que sus vidas llegaron a un límite del cual ya no podrán pasar y que en cualquier momento puede verse interrumpida. El

psicólogo de la salud trabaja sobre variables que influyen en la falta de adherencia al tratamiento, entendido este como el conjunto de comportamientos efectivos para cumplir con las prescripciones médicas (Becerril, 2021)

Teniendo en cuenta que la depresión es muy común en pacientes con enfermedades medicas como la insuficiencia renal crónica, la falta de información acerca de la misma y conociendo el impacto que tiene a nivel mundial, nacional y local, se considera conveniente realizar un caso sobre una paciente con depresión en hemodiálisis, para ello se utiliza la terapia cognitivo conductual con las técnicas como la psicoeducación, respiración profunda, visualización en vivo, examinando evidencias, debate socrático, técnica de tres columnas, generando alternativas adicionales, búsqueda de soluciones, técnica de dominio y satisfacción en 12 sesiones de 45 a 60 minutos aproximadamente, donde ayuda a disminuir la sintomatología que presenta.

1.2 Antecedentes

Luego de haber realizado la búsqueda pertinente en base de datos, revistas, tesis y artículos en sitios web tales como Proquest, Scielo, Dialnet, Redalyc y otros encontramos que, aunque es escasa la información relacionada con la variable de estudio, tenemos los siguientes antecedentes que a continuación se detallan:

1.2.1. Antecedentes Nacionales

En cuanto a los antecedentes nacionales en nuestra revisión realizada no se han encontrado investigaciones que refieran programas de intervención utilizando la terapia cognitivo conductual en pacientes con enfermedades crónicas en general y con enfermedades renales en particular.

Huaynates (2019) en un estudio de caso cuyo objetivo fue disminuir la sintomatología depresiva en una mujer de 40 años, quien presentaba pensamientos y sentimientos de culpa por la muerte de su hermana, a través de la entrevista, línea base, auto registros, análisis funcional y cognitivo, Inventario de Beck y la Escala de Personalidad de Eysenck, asimismo, se aplicó las técnicas cognitivas conductuales como relajación, auto instrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva, psicoeducación, programación de actividades, técnicas de dominio y satisfacción, cuyo resultados en el inventario de Beck fueron los siguientes en pretest 26 con nivel moderado, post test 8 altibajos normales y en la escala de personalidad de Eysenck fueron los siguientes pretest personalidad introvertida, emocionalmente inestable.

Díaz y Solís (2019) realizaron una investigación sobre depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V de un hospital estatal nivel III-1 de Chiclayo, con un diseño no experimental- descriptivo, cuyo objetivo fue determinar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V; e identificar los niveles de ansiedad y depresión según sexo, edad, a través de una ficha sociodemográfica, el inventario de depresión de Beck. Se obtuvo que el nivel de depresión y ansiedad más frecuente fue moderado (30%), leve (51%). El sexo femenino presenta porcentaje más alto en cuanto a ansiedad leve y depresión moderada.

Flores (2019) realizó un estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo - conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana por la Universidad San Martín de Porres en Lima, cuyo objetivo fue mejorar el estado emocional y afectivo de la paciente, mediante el cambio en la forma de percibir y estructurar sus pensamientos, ello hará que manifieste pensamientos racionales y realistas que generen en el paciente un afrontamiento satisfactorio en las diferentes 85 situaciones de su interacción social, con el fin de generar en ella una mejor adaptación personal y social. Se utilizó el inventario de depresión de Beck,

ansiedad. Se realizó en 14 sesiones de 45 minutos de dos veces por semana, las técnicas utilizadas son diálogo expositivo, psicoeducación, triple columna, reestructuración cognitiva, descubrimiento guiado, técnica de dominio y agrado, role playing, asignación de tareas, modelado). Los resultados del Inventario de Beck fueron los siguientes 16- depresión leve, post test 8 ausencia de depresión, mientras que en ansiedad fueron 19 ansiedad moderada, post test 7 ausencia de ansiedad.

De la Cruz y Delgado (2018) realizaron un estudio sobre las manifestaciones de depresión en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en el hospital nacional dos de mayo, cuyo objetivo fue identificar las manifestaciones de depresión en pacientes adultos con enfermedad renal crónica. El estudio se realizó bajo un enfoque cuantitativo, con diseño prospectivo y transversal, la muestra fue de 80 pacientes. Se utilizó el inventario de depresión de Beck- II. Se concluyó que las manifestaciones de depresión, como la ansiedad es una emoción presente en los pacientes con enfermedad renal crónica.

Guillen y Ordoñez (2017) realizaron un estudio para establecer el nivel de depresión y ansiedad en pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis. El estudio se realizó con una población accesible de 101 pacientes que reciben hemodiálisis en un hospital nacional de la policía nacional del Perú, a través del inventario de depresión de Beck y el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. Resultados: Siendo no depresión 61.4%, depresión leve 23.8% y depresión moderada 14.9%. En ausencia de ansiedad o ansiedad mínima 55.4%, ansiedad moderada o ansiedad marcada 42.6% y ansiedad severa solo el 2%. En las diferencias significativas se evidencia que para el sexo femenino de la depresión se encuentra significativa al 0.01% el puntaje total de la depresión, el área física de la depresión y el área cognitivo de la ansiedad, por otro lado, al 0.05% se observa el área afectiva de la depresión, puntaje total de la

ansiedad, factor II ansiedad interpersonal, factor III ansiedad fóbica y factor IV ante situaciones habituales o la vida diaria.

Angulo (2016) realizó una investigación sobre depresión en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal que reciben tratamiento de hemodiálisis en la clínica renosalud- Iquitos, cuyo objetivo fue determinar los niveles de depresión en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal, con una población de 50 pacientes de ambos sexos con diagnóstico de insuficiencia renal, a través de la prueba de Zung. Los resultados obtenidos evidencian que el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal atendidos en la clínica renosalud - Iquitos - 2016, presentan un nivel moderado (44%) y severo de depresión (44%), con mayor incidencia en pacientes del sexo masculino, cuyas edades oscilan entre los 46 y 60 años, con estudios superiores completos, estado civil casados, el tiempo de tratamiento que oscila entre 1 a 3 años y la mayoría presentó un diagnóstico de enfermedad renal crónico.

1.2.2 Antecedentes Internacionales

Herrera (2020) en un estudio de caso sobre la caracterización de las distorsiones cognitivas en un paciente de 41 años de la unidad de hemodiálisis Dial Ríos del Cantón Vinces-Ecuador tuvo como objetivo conocer las distorsiones que afectan en la vida del paciente a través de la escala de ansiedad de Hamilton (28 ansiedad severa), inventario de depresión de Beck (puntaje 18 depresión leve), test creencias Ellis (catastrofismo (no quiero morir), Etiquetado (soy un pecador, soy culpable), Abstracción selectiva (no podría soportar ser castigado), test proyectivo HTP, encontrando como resultado que las áreas afectadas del paciente fueron: área cognitiva, área afectiva, área conductual, área fisiológica, área social; asimismo, se logró que el paciente disminuya sus niveles de ansiedad y depresión para que puedan mantener una mejor calidad de vida en todas sus áreas constitutivas haciendo uso de las herramientas y técnicas

otorgadas en la intervención psicoterapéutica con el enfoque cognitivo conductual en las diferentes áreas y categorías afectadas.

Amaya (2019) en una investigación de tipo correlacional con un modelo pretest- postest sin grupo de control cuyo objetivo fue conocer la influencia de la terapia cognitivo conductual sobre los niveles de depresión presentes en los pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se atienden en la unidad de Hemodiálisis de la policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez del país de Venezuela, a través de la escala de depresión de ZUNG para determinar el diagnóstico depresivo de cada paciente y mediante la selección de toda la población de enfermos renales crónicos que resultaron con trastorno depresivo, los cuales conformaron un grupo experimental de 7 sujetos quienes fueron evaluados a profundidad con la entrevista psicológica clínica y basado en los criterios diagnósticos del DSM-V TR para luego iniciar con la terapia cognitivo conductual, la cual consto de 9 sesiones, una por semana y una atención posterior de seguimiento. Los resultados que se obtuvieron fueron que la terapia disminuye globalmente los síntomas depresivos en los pacientes observando mejoría en los síntomas asociados a tristeza/decaimiento; llanto fácil; pérdida de peso; taquicardia/palpitaciones; concentración; irritabilidad; toma de decisiones y satisfacción por las actividades que realiza

Santiago (2019) realizó un programa de intervención basado en la aplicación de un modelo cognitivo conductual (psicoeducación, regulación emocional, técnica de relajación y respiración, entrenamiento de resolución de problemas y autocontrol, sentido de la vida y resiliencia) y centrado en el sentido de la vida en enfermedad renal crónica en la ciudad de Valencia- España. En el cual consistió en 13 sesiones se utilizó los criterios de exclusión, inclusión para seleccionar a los pacientes. El estudio tuvo como énfasis en los aspectos como ansiedad y depresión que experimentan los pacientes con enfermedad crónica en las distintas etapas de su vida, debido a la incertidumbre y el miedo que conlleva a sufrirla. Los resultados

que se obtuvieron fueron favorables debido que los pacientes afectados por enfermedad renal crónica presentan niveles altos de ansiedad y depresión, por ello, cualquier intervención psicológica centrada en trabajar la depresión mejoraría en estos pacientes la adherencia al tratamiento médico.

Rojas et al. (2017) realizaron un estudio sobre ansiedad y depresión en la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal en la universidad autónoma del estado de México, cuyo objetivo fue evaluar la relación entre depresión y ansiedad sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica, a través de la escala depresión de Beck-II, inventario de ansiedad de Beck y escala de adherencia terapéutica y participaron 31 pacientes con enfermedad renal crónica, entre 18 y 69 años, con tratamiento de reemplazo renal, se encontró como resultados que los pacientes presentaron adherencia alta (67%), así como síntomas depresivos (48%) y ansiosos (35%). La depresión se relacionó con menor adherencia, especialmente en el control de ingesta de alimentos/líquidos y seguimiento médico.

Quintana (2016) en un estudio sobre entrenamiento en estrategias cognitivo- conductual de afrontamiento de los síntomas depresivos para aumentar niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica de la unidad renal dialibarra de la ciudad de Ibarra-Ecuador, cuyo objetivo fue disminuir los síntomas depresivos y mejorar el nivel de adherencia al tratamiento, a través de doce sesiones semanalmente grupales durante tres meses en la Unidad Renal en las cuales se entrenaba a los catorce pacientes, los cuales fueron seleccionados de acuerdo con criterios de inclusión- exclusión aceptando voluntariamente a ser partícipes del proyecto, también se utilizó la escala de depresión de Beck, inventario de pensamiento automáticos de Ruiz y Lujan. Se obtuvo resultados positivos tales como la mejoría en el estado de ánimo y reducción de los síntomas depresivos de los participantes, además se redujo

sustancialmente el índice de distorsiones cognitivas y con ello se mejoró el nivel de adherencia al tratamiento, se promovió la calidad de vida de los pacientes y familiares.

Tabla 1

Resultados del inventario de Depresión de Beck Pre vs Post, aplicado a un grupo de pacientes en tratamiento médico de hemodiálisis, e intervenidos con talleres terapéuticos de orientación cognitivo conductual para mejorar la adherencia al tratamiento médico.

Código del participante	Antes del tratamiento	Después del tratamiento
1	11	8
2	20	13
3	11	7
4	29	17
5	25	15
6	16	10
7	18	13
8	14	10
9	23	16
10	19	14
11	21	6
12	13	10
13	20	15
14	20	18
Total	260	172

Antón-Menárguez, et al. (2016) en un estudio sobre la intervención en el caso de una adolescente tardía de 18 años con trastorno depresivo mayor en Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España, cuyo objetivo fue analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual dirigido a reducir la sintomatología depresiva a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), asimismo se aplicó un tratamiento cognitivo-conductual que incluyó psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en respiración diafragmática, autoinstrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad y reestructuración cognitiva, se encontró en la evaluación pretest-postest,

la reducción de la sintomatología depresiva, teniendo como resultados en la evaluación de la depresión antes y después del tratamiento una puntuación directa de 31 (depresión severa) a 17 (en “riesgo de sufrir una depresión”).

1.2.3 Fundamentación teórica

1.2.3.1. Terapia Cognitivo Conductual. Puerta y Padilla (2011) manifiesta que la Terapia Cognitiva- Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales.

Se basa en cuatro modelos operante, aprendizaje social, condicionamiento clásico y el modelo cognitivo es especial porque se ha basado para el siguiente caso. El modelo cognitivo tiene como principales representantes a Albert Ellis y su terapia racional cognitiva conductual y Aaron Beck y su terapia cognitiva la cual ha sido base para la planificación y ejecución para el presente programa.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967).

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente.

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Beck, 1964).

Beck (1964) dentro de su modelo cognitivo menciona las creencias que a su vez las divide en lo siguiente:

- Creencias centrales
- Creencias intermedias (situación, pensamiento automático y emoción)
- Pensamientos automáticos

Además, Beck (1964) también menciona ello:

A. *Triada cognitiva.* Patrones de ideas y actitudes negativas de sí mismo, del mundo y del futuro

B. *Esquemas negativos.* Patrones de pensamientos estables y duraderos que representan las generalizaciones de una persona acerca de experiencias pasadas, y de esta manera juzga el presente y futuro.

C. *Distorsiones cognitivas.* Tales como la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización, magnificación, minimización, personalización y pensamiento dicotómico. Las personas que están con depresión responden a su ambiente de una manera rígida y negativa.

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o

sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables.

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, 1967).

Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Desde la perspectiva cognitiva (Aaron Beck, 1967) el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se le conoce como la triada cognitiva. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en termino de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde entonces con pasividad, resignada a no poder modificarlas.

1.2.3.2. Depresión. La OMS (2016) define la depresión como una enfermedad frecuente en el mundo y que daña a más de 300 millones de personas, 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. La depresión afecta el desempeño académico, laboral, familiar disminuyendo la capacidad de afronte en la vida.

Según la Organización mundial de la salud, el CIE 10 refiere que el episodio depresivo se encuentra dentro de los trastornos de estado de ánimo, siendo este de nivel bajo, reducción de su energía y disminución de su actividad. La capacidad de disfrute, el interés y la concentración se haya disminuida permaneciendo frecuente el cansancio, aunque no se haya realizado un trabajo pesado, asimismo presencia de alteración en el apetito y el sueño. El estado de ánimo no varía significativamente de un día a otro, la respuesta a situaciones del entorno es mínima o nula, pudiéndose acompañar de síntomas somáticos como tales como:

Perdida de interés y de la capacidad de disfrute.

Desaparición de reacciones emocionales que generalmente inducen una respuesta.

Despertar prematuro varias horas antes de la hora habitual.

Agravamiento matinal de humor depresivo.

Enlentecimiento psicomotor importante, agitación.

Pérdida de apetito.

Disminución de su peso corporal.

Reducción de la libido.

En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

Para considerar un episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, no haber síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco en ningún periodo de la vida del individuo.

1.2.3.3. Depresión según el modelo de Aaron Beck. Beck (2002) señaló la importancia de identificar en la depresión de síntomas objetivos que llevarán a una adecuada intervención en el proceso de tratamiento siendo estos

Afectivos: presencia de tristeza, pérdida de la alegría, de la gratificación

Motivacionales imperante: deseo de evadir dificultades incluso acciones de la vida diaria.

Cognitivos: Dificultad para atender, retener, concentrarse. Presencia de distorsiones cognitivas en el proceso de la información, problema para la toma de decisiones.

Conductuales: pérdidas de interés, pasividad, poca energía, lentitud o agitación psicomotora.

Fisiológicos o vegetativos: variación del sueño insomnio o hipersomnia, alteración en el apetito, disminución del deseo sexual.

Beck (1976) concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Para esto, existen varias estructuras cognitivas específicas que son centrales al desarrollo de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los tres patrones cognitivos.

Beck (1983) considera la depresión como trastorno que altera el estado de ánimo, haciendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en

riesgo su salud psíquica. Pues todo lo que el individuo genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria.

El cuestionario de Beck BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993).

1.2.3.4. Depresión en paciente en hemodiálisis. La investigación de la depresión y otros trastornos mentales entre los pacientes con insuficiencia renal crónica es muy importante porque él su diagnóstico es frecuente y puede perjudicar la adhesión de los pacientes al tratamiento. Se supone que los pacientes en diálisis tienen más problemas psicológicos que aquellos en tratamiento conservador. El impacto sobre el individuo está dado por las perturbaciones en el estilo de vida, derivado de los cambios anatómicos, el déficit funcional y la discapacidad física que se presenta en ellos. Todo paciente dializado atraviesa por tres etapas psicológicas: Experimenta los síntomas, toma conciencia, reflexiona y analiza el proceso que le tocó vivir, sin embargo, otros pacientes van a tener una actitud pasiva y dependiente, sin proyectos propios y viven centrados en su enfermedad, se marginan socialmente, con altibajos emocionales, tensión familiar y manifestaciones psicopatológicas.

Moya (2017) añade que la depresión en pacientes de hemodiálisis experimenta una serie de cambios bruscos en su vida debidos a la propia enfermedad y al tratamiento, llegando en

algunos casos, a padecer trastornos depresivos, por falta de adaptación ante esta situación estresante. Aparte de los cambios en el estado emocional, estos pacientes van a padecer la sintomatología propia de la enfermedad, que limita sus actividades físicas y tengan aumentado el dolor.

Rudnicki, (2006) indica que la psicología aplicada a la nefrología es la comprensión del enfermo renal crónico, específicamente aquel en hemodiálisis, que presenta en su diagnóstico y tratamiento factores emocionales que permean, agravan o causan mayores dificultades en su vida.

Los problemas psíquicos más comunes en este tipo de población son la depresión, ansiedad, los procesos fóbicos, la indiferencia afectiva, que repercuten en conductas escasamente cooperativas, negatividad, irritabilidad u otras alteraciones del estado anímico. (López, 2000)

1.3 Objetivos

Objetivo General

Disminuir los niveles de depresión a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual que le permita a la paciente adoptar pensamientos racionales, conductas y emociones funcionales para su desenvolvimiento ante las situaciones difíciles.

Objetivos Específicos

- Brindar información sobre los factores asociados a la problemática que viene presentando sobre la perspectiva del modelo cognitivo.
- Reestructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias lo cual conlleva a pensamientos racionales a partir de las evidencias.
- Disminuir las respuestas fisiológicas y emocionales (tensión, ansiedad, llanto) que presenta que presentaba al realizar su tratamiento de hemodiálisis

- Incrementar el desarrollo de habilidades socio afectivas funcionales que fomente los pensamientos y conductas adaptativas.

1.4 Justificación

El presente estudio es importante porque refiere la revisión de fuentes actualizadas que analizan el tema como lo que manifiesta Beck (2002) que indica que la depresión es el resultado de una errónea interpretación a una situación o acontecimiento que el paciente afronta.

Asimismo, este estudio va a permitir conocer la metodología que se ha llevado a cabo y hacer una nueva propuesta de investigación mediante la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales debido a que no existe muchos estudios sobre este tema y así puedan consultar y recurrir para futuros programas de intervención.

Por otro lado, con este estudio se busca contribuir a la mejora de los pacientes con insuficiencia renal a través de la disminución de su sintomatología psicológica que trae consigo problemas físicos, médicos mediante una intervención cognitivo conductual.

Sera de gran ayuda para otros psicólogos que se encuentren trabajando en esta área y así puedan los pacientes recibir un apoyo psicológico que es importante durante todo el tratamiento que llevan.

1.5 Impacto esperado del trabajo académico

Durante los últimos años, los estudios relacionados con la depresión y la enfermedad renal crónica han indicado que la depresión aparece en las distintas etapas de progresión de la enfermedad renal, con alta prevalencia sobre todo en pacientes renales crónicos en tratamientos de hemodiálisis; su sintomatología psicósomática y emocional, afecta el proceso y manejo de la enfermedad renal y tratamiento, las consecuencias emocionales e interaccionales en la vida del paciente repercuten significativamente en su adherencia y calidad de vida (Pérez- Domínguez et al., 2012)

Este estudio de caso permitirá conocer la eficacia de la terapia cognitivo conductual en una paciente en hemodiálisis con depresión, asimismo contribuirá como guía para la utilización en casos de sintomatología depresiva con antecedentes similares a los señalados en el presente estudio de caso.

II. Metodología

2.1 Tipo y diseño de investigación

Es de tipo aplicada porque su fin es práctica, porque toma los conocimientos de la investigación básica para aplicarlos, con la finalidad de mejorar la calidad del fenómeno estudiado. (Kerlinger, 2002).

El diseño del presente estudio es específicamente preexperimental, porque se caracteriza por ser un sujeto único, es decir carece de grupo de control. En el estudio se busca determinar el efecto de la terapia cognitivo conductual en un caso de depresión en un paciente en hemodiálisis. (Hernández et al., 2014).

Se utilizará el modelo ABA que describe la fase A como línea base, B el tratamiento, A como evaluación final

2.2. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio de caso único se llevó a cabo desde abril del 2021 hasta junio del 2021, teniendo como lugar de intervención en una clínica privada de hemodiálisis.

2.3 Variables de Investigación

Variable Independiente: Intervención cognitivo conductual

Beck (1993) refiere que la terapia cognitivo conductual es una disciplina científica que se basa en los pensamientos y las conductas motoras, y se centra en cómo se percibe el mundo que nos rodea, las respuestas fisiológicas y emocionales, a consecuencia de una percepción y/o creencia irracional. A si mismo los desórdenes emocionales son causa de contingencias ambientales de acuerdo con las leyes del condicionamiento

En este estudio se llevará a cabo en 12 sesiones lo cual se utilizarán las técnicas de psicoeducación, respiración, visualización, debate socrático, examinando evidencias, descubrimiento guiado, cuya planificación se describe en la siguiente tabla:

Tabla 2

Resumen de las sesiones a realizar en el programa de intervención

Nº Sesión	Objetivo	Técnicas
1	Brindar información sobre los factores asociados a la problemática que viene presentando sobre la perspectiva del modelo cognitivo.	Psicoeducación
2	Brindar información sobre los factores asociados a la problemática que viene presentando sobre la perspectiva del modelo cognitivo.	Psicoeducación
3	Brindar información sobre los factores asociados a la problemática que viene presentando sobre la perspectiva del modelo cognitivo.	Psicoeducación
4	Reestructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias lo cual conlleva a pensamientos racionales a partir de las evidencias.	Técnica de tres columnas Técnica examinando evidencias
6	Reestructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias lo cual conlleva a pensamientos racionales a partir de las evidencias.	Técnica de tres columnas Técnica examinando evidencias
7	Reestructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias lo cual conlleva a pensamientos racionales a partir de las evidencias.	Técnica generando alternativas racionales
8	Disminuir las respuestas fisiológicas y emocionales (tensión, ansiedad, llanto) que presenta que presentaba al realizar su tratamiento de hemodiálisis	Técnica de respiración profunda Visualización

9	Disminuir las respuestas fisiológicas y emocionales (tensión, ansiedad, llanto) que presenta que presentaba al realizar su tratamiento de hemodiálisis	Técnica de respiración profunda Visualización
10	Incrementar el desarrollo de habilidades socioafectivas funcionales que fomente pensamiento y conductas adaptativas.	Técnica de dominio y agrado
11	Incrementar el desarrollo de habilidades socioafectivas funcionales que fomente pensamiento y conductas adaptativas.	Técnica de dominio y agrado
12	Incrementar el desarrollo de habilidades socioafectivas funcionales que fomente pensamiento y conductas adaptativas.	Técnica de dominio y agrado

Variable Dependiente: Depresión

Beck (1983 mencionado por López, 2016) señala que la depresión es principalmente un trastorno del pensamiento más que del estado de ánimo, caracterizado por pensamientos negativos acerca de sí mismo, la situación y el futuro, que conforman la triada cognitiva.

En este estudio se utilizará el Cuestionario de depresión de Beck, lo cual los puntajes obtenidos arrojarán en qué nivel de depresión se encuentra la paciente. Así mismo se utilizará autorregistros de pensamientos.

2.4 Participante

Paciente mujer adulta de 41 años, con grado de instrucción secundaria presenta episodio depresivo moderado.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

2.5.1.1. Psicoeducación. Consiste en un abordaje que enseña a la paciente qué consiste la depresión, qué características tiene, su sintomatología y qué se puede hacer para mejorarlo. Como paso previo se le explica sobre la depresión a través de videos, información, permite que

la paciente explica sus situaciones de depresión, asimismo será explicado a través del modelo ABC.

2.5.1.2. Respiración profunda. El objetivo de la técnica de respiración profunda es disminuir el nivel de activación general que lo asocia cuando se enfrenta a la situación de realizarse el tratamiento de hemodiálisis. Se trabajo a través de la respiración profunda, esto le facilito controlar su sintomatología.

2.5.1.3. Visualización: Esta técnica ayudo a la paciente a conseguir un control de la mente, emociones para efectuar los cambios en su conducta. Se trabajo con la técnica de respiración y la paciente visualizo la situación que le causaba mucho miedo y ayudo a controlar y poder enfrentarse a la situación con tranquilidad.

2.5.1.4. Examinando evidencias: Esta técnica ayudo a que la paciente pueda darse cuenta con evidencias lo negativo y positivo del pensamiento que “es horrible llegar a mi casa y no ver a nadie”. En esta técnica la paciente en una hoja escribe lo positivo y negativo de su pensamiento, con ello permitió darse cuenta de que no todo es negativo como ella lo piensa.

2.5.1.5. Debate socrático: Se trata de una de las técnicas centrales y definitorias de la reestructuración cognitiva, a la que dedicaremos un epígrafe completo. Es el cuestionamiento verbal, por parte del terapeuta, de ciertas cogniciones desadaptativas del cliente.

2.5.1.6. Técnica de tres columnas: Se utiliza para la detención de las distorsiones más comunes; los propósitos de la técnica son, incrementar la objetividad en cuanto a sus cogniciones, la relación que existe entre sus pensamientos negativos, sentimientos desagradables y conductas inadecuadas y la distinción entre una interpretación realista y la distorsionada (Buela-Casal, 2004)

2.5.1.7. Generando alternativas adicionales: En esta técnica la paciente reelabora sus pensamientos a partir de las evidencias que se le presenta según el pensamiento que manifiesta.

2.5.1.8. Búsqueda de soluciones: La técnica está dirigida a enseñar a la paciente a resolver los problemas que presenta a través de cinco pasos fundamentales que consiste en identificar el problema, hacer una lista de alternativas, elegir la alternativa más apropiada, ejecutar y valorar los resultados, y finalmente reiniciar el proceso si es necesario.

2.5.1.9. Técnica de dominio y satisfacción: Caro (2011) refiere que esta técnica se basa en que la paciente elige actividades agradables que desearía hacer y que por su sintomatología no las realiza, considerándose la sensación de alcanzar un objetivo y el sentimiento de agrado por haberlo hecho, a su vez se identifica y modifica las cogniciones negativas y por último los pacientes observan los cambios en su estado de ánimo con una escala de dominio y agrado que puede ser del 0 a 10.

2.5.2. Instrumentos

Ficha Técnica

Nombre: Inventario de depresión de Beck II- (DBI-II).

Autores: Aron Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Año en la que se publicó: El cuestionario fue adoptada en lima Sur por Espinosa Estrada Ángela (2016).

Administración: Colectiva e Individual.

Significación: Evaluar el nivel de Depresión.

Tiempo de aplicación: 10 minutos como máximo.

Grado de aplicación: Mayoría de edad.

Características: El inventario de Depresión Beck-(BDI-II). Es de uso auto aplicable de 21 ítems ha sido diseñado para evaluar el grado de la sintomatología depresiva de la persona en adultos y en el adolescente con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir entre las cuatro alternativas lo que mejor le parezca según el estado de ánimo del cual se encuentre. 47.

En la versión de 1961 cada ítem se contemplaba de 4 a 6 opciones de respuestas ordenadas de menor a mayor gravedad y es así como fueron recogidas en la adaptación de Conde y cols. (1975) posteriormente introdujeron varias modificaciones importantes sobre el cuestionario original como la eliminación completa de 2 ítems (sentimiento de culpa y autoimagen) y la aleatorización de las alternativas de respuesta.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión más que los síntomas de esta esfera representan al torno al 50 % de la puntuación total de 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 somáticos vegetativos.

Confiabilidad: Sus índices Psicométricos han sido analizados de carácter profunda reflejando una buena consistencia interna. (alfa de crombach 0,76-0,95) la fiabilidad del test oscila alrededor de $r= 0,8$ pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración. En lima sur, Espinoza en el año 2016, en una muestra de más de 1000 universitarios, reporto en la confiabilidad por consistencia interna coeficientes Alpa de Crombach de 0.865 para el nivel general y coeficientes superiores a 0.60 para las 3 áreas en esta población que hallan y componen el inventario.

Validez: Su validez predictiva como instrumento de diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 a 64 años, con buen rendimiento sensibilidad 100% especificidad 99% y valor predictivo positivo 0.72 y valor predictivo negativo 18 (punto de corte >13) se había hecho un estudio en grupos distintos de pacientes médicos con criterios dispares en cuanto al punto de corte, porque los resultados no eran homogéneos. Espinoza (2016) en Lima Sur en universitarios evaluó la validez de constructo de BDI-II a través de 48 análisis factorial hallando tres factores que explican el 39% de la varianza total. Tabla 2 Estadística de fiabilidad de instrumento aplicada Alfa de Cronbach N° de elemento 0,708 21 Fuente propia. En la tabla 2, nos muestra que la fiabilidad de nuestro instrumento nos como resultado 0,708 es decir es aceptable por lo que manifiesta un adecuado uso para la presente investigación

Ficha Técnica

Nombre: Inventario Clínico Multiaxial de Millón II (MCMII-II)

Autor: Theodore Millon

Número de ítems: 175

Tipo de respuesta: Responder verdadero o falso

Escala de validez: Validez, sinceridad, deseabilidad, auto descalificación

Escala de personalidad: 22 escalas

Población: sujetos de 18 años a más. No aplicarse a sujetos no clínicos. Individual o colectiva (grupos pequeños de 10 personas)

Tiempo: No hay tiempo límite, aproximadamente 45 a 60 minutos

Materiales: Programa de preguntas

Se trata de un instrumento diagnóstico consonante con un formato nosológico y una terminología conceptual de un sistema operacional de un síndrome derivado de una teoría de personalidad y psicopatología. La prueba mide estas variables directamente y de modo cuantificable.

2.5.3. Evaluación psicológica

2.5.3.1. Motivo de Consulta. Refiere: “Mi problema es que me siento muy triste desde que estoy con la enfermedad de hemodiálisis, asimismo, mi padre falleció hace 06 años y aun no puedo soportar que ya no esté conmigo. Muchas veces me encierro en mi dormitorio no quiero ver a nadie, me aílo de mis amigos, no quiero comer y pierdo el sueño con facilidad. Antes de ingresar a mi sesión de hemodiálisis tengo miedo de que me suceda algo, a veces tengo ganas de llorar, estoy tensa, me sudan las manos”.

La paciente refiere que cuando llega a su casa después de una sesión de hemodiálisis o porque tuvo que salir se le viene pensamientos como: “Me gustaría llegar a mi casa y ver a mi papá”, “No tengo con quien conversar”, “no tengo a quien contarle mis cosas”, “No puedo ver a mi familia, antes salía y podía ir a visitar”, “extraño una reunión familiar para conversar con alguien”, “ me duele tanto llegar a casa y solo ver a mi perrita”, “me gustaría volver a ver a mi papá”, “tengo miedo que me suceda algo cuando estoy sola”, Es horrible llegar a mi casa y no ver a nadie”, “ necesito de una compañía para no sentirme sola”.

2.5.3.2. Problema Actual. Julia manifiesta que durante los últimos 6 años se siente sola debido a la muerte de su padre que era con quien vivía, ya que perdió a su madre cuando ella tenía 20 años y se aferró mucho a su padre, él era con quien compartía muchos momentos desde su infancia, le dedicaba mucho tiempo a ella.

La paciente indica que siempre cuando está por llegar a su casa, empieza a sentir tristeza (9/10), desgano (8/10), miedo (8/10), temor (8/10) al no poder ver a nadie en su casa, no tener con quien entablar una conversación, y tener miedo de que le suceda algo por estar sola. Asimismo, al verse sola en su casa empieza a llorar, no tener apetito, aumento de sueño, dolor

de cabeza, y en algunas ocasiones llama a su tía o amiga para tener con quien conversar por un momento.

Al estar por llegar a su casa tiene pensamientos como:” me duele tanto llegar a casa y solo ver a mi perrita”, “es horrible llegar a mi casa y no ver a nadie”, “necesito de una compañía para no sentirme sola”

Julia indica que tiene la enfermedad de insuficiencia renal crónica, debido a que sufre de presión arterial, ello también fue perjudicial en su vida porque con su novio que iba a casarse, la deja porque está enferma y no piensa hacerse cargo de ella toda la vida, desde ese momento pensó “todos los hombres me traicionarán y mejor me quedo sola toda la vida”, por ello no tiene esposo ni hijos, solo tiene una perrita que es su compañera cuando llega a su casa.

2.5.3.3. Desarrollo cronológico del problema. Julia cuando tenía 06 años tuvo una crisis de asma que la dejó hospitalizada por dos semanas en el hospital, lo cual sus padres creyeron que los médicos no la podían salvar su vida, ella indica desde ese momento toda la vida he tenido que estar asistiendo a hospitales por mi salud y sigo en la actualidad debido a esta enfermedad crónica que padezco.

Cuando tenía 09 años sus padres la dejaban en la casa de su tío (hermano de su padre) porque ellos trabajaban y no tenían quien la cuide, sin embargo, ella no mantuvo buena relación con su tío debido a que la trataba mal, la insultaba mucho.

A los 13 años a Julia la cambiaron de colegio y los adolescentes la molestaban mucho para que tenga una relación con ellos sin embargo ella no quiso debido a que era muy pequeña y estaba muy concentrada en sus estudios que para ella es lo primordial.

A los 20 años muere su madre y ella sufrió mucho por ello, entonces ella empieza aferrarse mucho a su padre a cuidarlo, a pasar mucho más tiempo con él para que no le suceda nada y así tenerlo mucho tiempo con vida.

A los 25 años tuvo su primer enamorado, mantuvieron una buena relación como pareja, sin embargo, terminaron después de un año debido a que vivían lejos y ella debía tener más tiempo con su padre no podía descuidarlo por mucho tiempo.

A los 32 años tuvo su segunda relación, lo cual fue la mejor relación mantuvieron buena relación estaban muy enamorado, al segundo año de enamorados se hicieron novios y ya cuando se iban a casar ella se pone muy mal de salud, la hospitalizan por una semana y detectaron que tenía una enfermedad crónica entonces su novio decide dejarla debido a que él no podía estar con ella y con la enfermedad, y mucho menos podían formar una familia.

A los 35 años le detectaron la enfermedad renal crónica, donde sintió que su vida termino, ya que su novio termina con ella y no quería aceptar la enfermedad porque su vida se acabó por completo, sin embargo, su padre la apoyaba y le dio muchos ánimos para seguir con la vida. Al finalizar ese mismo año su padre fallece y ella no podía con su vida, fue un año muy trágico la muerte de su padre y la enfermedad renal crónica que tiene que enfrentar.

2.5.3.4. Historia Personal. Julia refiere que nació en la Victoria a los 9 meses de embarazo de su madre, lo que su madre le comentó es que no tuvo más hermanos, debido a que su madre se quedó hospitalizada por sufrir una preeclampsia que casi muere, es por ello que el médico les indico que de querer otro bebé deberían esperar 05 años y por eso sus padres decidieron solo tener un hijo.

Julia empezó a dar sus primeros pasos a partir del primer año de vida, empezó a caminar progresivamente, se mostraba atento y activa, a partir de los años empezaba a jugar y decía sus primeras palabras. Luego aprendió a pedir el baño a su madre para sus necesidades fisiológicas, y finalmente adquirió el control de esfínteres. De niña era alegre con todas las personas, sociable siempre le gustaba jugar con sus compañeros de su colegio. Le gustaba ir a su colegio para jugar con sus compañeros, aplicable en sus tareas, no tenía ningún problema en su colegio.

Sin embargo, cuando sus padres la dejaban al cuidado de su tío (hermano de su padre) no le gustaba debido a que tenían una mala relación con él, debido a que la insultaba mucho y siempre le decía que sea una buena hija y que tiene que aprender hacer sus cosas sola.

La paciente comenta que la relación con su madre era buena, sin embargo, ella siempre trabajaba y no tenía mucho tiempo para pasarla juntas.

Con el padre mantuvo una buena relación debido a que su padre muchas veces la recogía de la escuela, comían juntos, siempre jugaba con ella, le ayudaba en sus tareas del colegio. Siempre se mostró muy cariñoso con ella.

Julia manifiesta que nunca recibió ningún maltrato físico ni psicológico por parte de sus padres a pesar de que en ocasiones se portaba mal o realizaba alguna travesura.

En cuanto a su educación, Julia cuando cumplió los 4 años ingresó a Educación Inicial, recuerda que era un centro educativo era un lugar agradable, tenía un buen comportamiento, le gustaba realizar todas sus actividades sola, siempre estaba atento a lo que la maestra indicaba para ella plasmarlo en sus libros o cuadernos.

A los 7 años ingresó a primer grado en un centro educativo particular cerca de su vecindario, permanece hasta sexto grado de primaria y tuvo un buen desempeño académico.

En el primer año de secundaria Julia ingresa a otro centro educativo mixto, recuerda que los adolescentes la molestaban para tener una relación, sin embargo, ella no quería tener ninguna relación debido a que solo quería estar concentrada en sus estudios. Julia comenta a mí me encantaba estudiar e ignoraba todo lo que tenga que ver con enamoramiento en ese momento.

Durante el tercer año, su profesora la felicitó por un concurso de matemáticas que realizaron en el trabajo y ella obtuvo el primer puesto.

En cuarto año hubo un concurso en el colegio de comprensión de lectura de una obra, lo cual indica que se amanecía leyendo porque ella quería ganar el primer puesto lo cual lo logro.

Cuando culminó su quinto año de secundaria obtuvo el segundo puesto, lo cual sus padres se sintieron muy orgullosos de ella.

En cuanto a su área laboral, Julia desde los 15 años ayudaba a su madre en la confección de vestidos debido a que su madre era modista y tenía mucha curiosidad por aprender así es que empezó a ayudarla y así podían pasar más tiempo juntas y tener mejores ingresos en la casa.

Actualmente no trabaja debido que por la pandemia se cerró muchos centros de trabajo. Manifiesta que ella trabajaba en una librería cerca a su casa, sin embargo, tuvo que dejarla. Sus padres le dejaron una casa con muchas habitaciones por lo cual ella alquila esas habitaciones y con ello sostiene sus gastos económicos.

Julia inició su vida sexual a los 25 años, donde tuvo su primer enamorado y luego tuvieron que separarse por la distancia. A los 32 años tuvo su segunda relación con la que iba a quedarse toda su vida, sin embargo, la abandonaron por su enfermedad actual.

Actualmente no tiene ninguna pareja, debido a que no cree en nadie y piensa que nadie la va a querer por su enfermedad.

Su familia pertenece a la religión católica, Julia recuerda que durante su infancia asistía a misa todos los domingos porque sus padres la llevaban y le gustaba mucho como cantaba el coro, así que ella pensó y dijo “Cuando sea grande quiero pertenecer al coro de la iglesia”, por lo tanto, hasta antes de pandemia la paciente pertenece al coro de la iglesia.

Refiere haberse bautizado y haber realizado la primera comunión. Comenta que sus padres siempre han sido creyentes. Alex es creyente y considera a Dios como un ser superior.

Julia recuerda que de niña se acercaba y jugaba con otros niños y amigos, se unía al grupo de juego, siempre le gustaba participar de todas las actividades que realizaban los niños del colegio y de vecindario.

En su colegio nunca se peleó con ningún compañero, siempre buscaba mantener una buena relación, cuando alguien peleaba se iba por otro lado para que no la involucren en el problema.

Julia refiere que estuvo en un curso de decoración de globos para distraerse y poder sentir que el tiempo pasa rápido, manifiesta que, si pudo terminar el curso, le gustó mucho lo cual se inscribió a otro curso de decoración de cintas, espera que eso le ayude para poder tener su negocio más adelante.

Julia padeció desde pequeño de enfermedades respiratorias, tuvo problemas en el asma desde los 8 años recibiendo tratamiento médico y en algunas veces se hospitalizo porque se complicaba su enfermedad. Recuerda que cuando tuvo asma, indica que le faltaba el aire, experimentaba dificultades para respirar, no podía acostarse teniendo que permanecer sentada en la noche.

Julia indica que desde los 35 años padece de la enfermedad renal crónica, lo cual es muy difícil hasta ahora debido a que muchas veces tiene presión alta, presenta mucho dolor de cabeza.

Figura 1

Estructura familiar

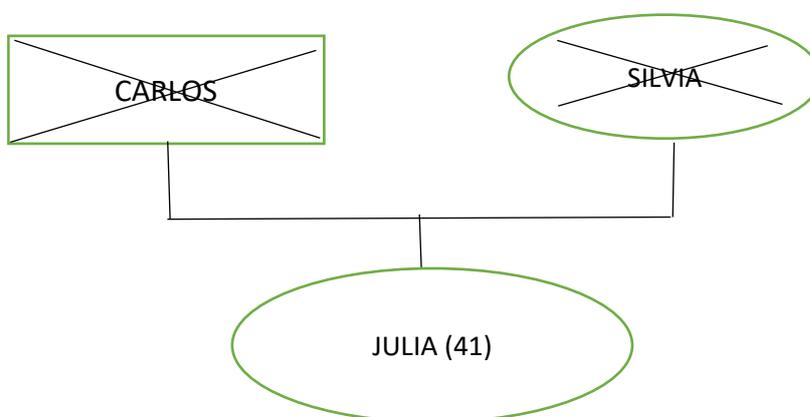
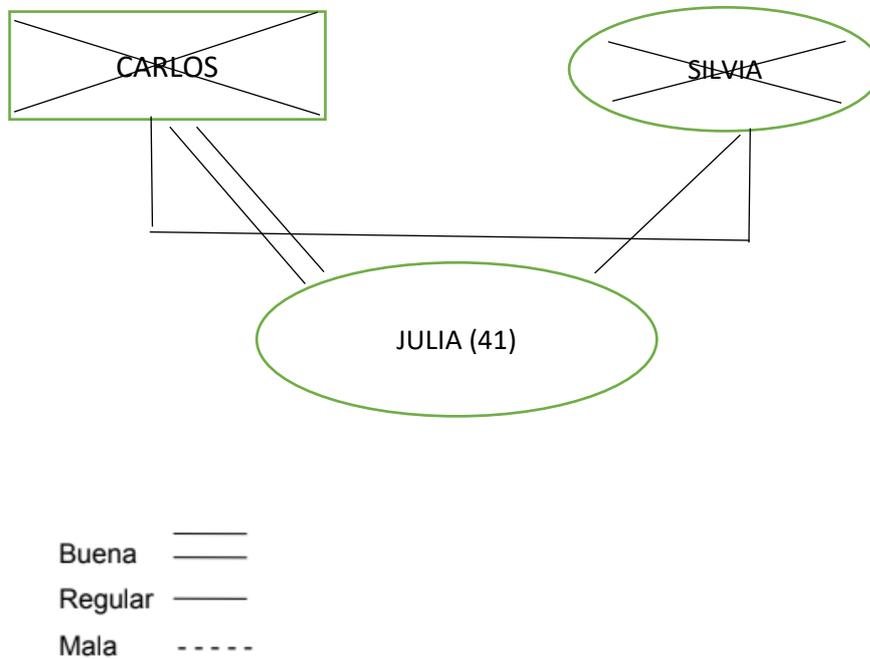


Figura 2*Interacción familiar*

Padre: Carlos, fallecido en el 2019. Julia refiere que su padre era muy bueno con ella, indica que siempre tenía mucho tiempo para ella, la llevaba y recogía del colegio muchas veces, jugaba con ella, realizaban las tardes juntos. Él le cocinaba y comían juntos. Su padre siempre le contaba sus anécdotas de cuando él era pequeño, le contaba historias donde ella se reía mucho. Cuando su padre no podía cuidarla si tenía que quedarse en la casa de su tío.

Madre: Silvia, fallecida en el 2020. Al referirse a la madre la examinada la describe como una persona atenta, cariñosa, estricta que lo corregía cuando se portaba mal o hacia travesuras, Julia refiere que siempre la obedecía, sin embargo, su relación con su madre no fue tan pegada debido a que ella trabajaba todo el día y no tenía mucho tiempo para compartir juntas momentos en casa.

2.5.4 Evaluación Psicométrica

Escala de depresión de Beck -BDI – II (2011).

Informe Psicológico

Datos de Filiación

Apellidos y Nombre	: Julia P.C.
Edad	: 40 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Lima, 04 de agosto de 1979
Estado Civil	: Soltera
Grado de instrucción	: Secundaria
Ocupación	: ama de casa
Religión	: católica
Derivado por	: Iniciativa propia
Lugar de Procedencia	: Lima
N.º de hermanos	: Hija única
Referente	: paciente
Fecha de intervención inicial	: abril
Entrevistador	: Lic. Miluska Alarcón Cánova
Lugar de entrevista	: Consultorio de la clínica
Informantes	: La paciente

Motivo de Consulta

Establecer el nivel de depresión de la paciente.

Resultados

Puntaje:26

Depresión moderada

Interpretación

La paciente tiende a sentir tristeza con frecuencia, soledad, desánimo, a tener pensamientos distorsionados de creencias irracionales, a tener llanto la mayoría de las veces se aísla de las personas, miedo. Dificultad para conciliar el sueño, poco interés en desarrollar actividades diarias, reducido nivel de energía.

Conclusiones

Indicadores de depresión moderada por más de dos semanas poco interés en la realización de sus actividades, desgano para realizar las actividades cotidianas, tristeza profunda.

Recomendaciones

Reestructuración de pensamientos negativos.

Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón**Informe Psicológico****Datos de Filiación**

Apellidos y Nombre : Julia P.C.

Edad : 40 años

Lugar y fecha de nacimiento : Lima, 04 de agosto de 1979

Estado Civil	: Soltera
Grado de instrucción	: Secundaria
Ocupación	: ama de casa
Religión	: católica
Derivado por	: Iniciativa propia
Lugar de Procedencia	: Lima
N.º de hermanos	: Hija única
Referente	: paciente
Fecha de intervención inicial	: abril
Entrevistador	: Lic. Miluska Alarcón Cánova
Lugar de entrevista	: Consultorio de la clínica
Informantes	: La paciente

Motivo de Consulta

Diferenciar los patrones, patología y/o síndromes de la personalidad que permitan determinar su perfil psicológico.

Resultados de la evaluación Psicológica:

Tabla 3*Resultado del inventario clínico multiaxial de personalidad de millón*

Puntaje	Escala	Dimensión
94	Dependencia	Patrones clínicos de
88	Compulsivo	personalidad
75	Ansiedad	síndrome clínico
84	Depresión	síndrome severo
	mayor	

Interpretación:

Presencia de indicador elevado en la personalidad dependiente, lo que indica que necesita de una persona para sentirse en compañía, y así ya no sentir tristeza, soledad y tenga quien hablar cuando llegue a casa. Presenta escasa iniciativa para empezar hacer actividades agradables y tener seguridad en ella misma.

Asimismo, presenta indicador compulsivo, lo que significa que muestra temor para hacer algunas actividades, miedo, y cuando se presenta a su tratamiento de hemodiálisis siente ansiedad porque le suceda algo y no tenga una compañía para que la ayude.

En relación con síndrome clínico presenta un puntaje moderado en ansiedad producto de su tratamiento de hemodiálisis, preocupación que salga mal, que le suceda algo durante su tratamiento, presenta tensión, miedo.

La paciente presenta un indicador moderado de depresión lo que conlleva a manifestar tristeza y llanto frecuente, miedo, temor, desinterés por la realización de actividades cotidianas y disfrute de las mismas.

Conclusiones

Personalidad dependiente

Recomendaciones

Aprendizaje de técnicas de relajación

Modificación de pensamientos negativos

2.5.5. Informe psicológico integrador

Datos de Filiación

Apellidos y Nombre	: Julia P.C.
Edad	: 40 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Lima, 04 de agosto de 1979
Estado Civil	: Soltera
Grado de instrucción	: Secundaria
Ocupación	: ama de casa
Religión	: católica
Derivado por	: Iniciativa propia
Lugar de Procedencia	: Lima
Nº de hermanos	: Hija única
Referente	: paciente
Fecha de intervención inicial	: abril

Entrevistador	: Lic. Miluska Alarcón Cánova
Lugar de entrevista	: Consultorio de la clínica
Informantes	: La paciente

Motivo de Consulta

Paciente orientada en tiempo, espacio y persona solicita consejería psicológica debido a que desde unos años está presentando síntomas de depresión.

Refiere: “Mi problema es que me siento muy triste desde que estoy con la enfermedad de hemodiálisis, asimismo, mi padre falleció hace 06 años y aun no puedo soportar que ya no esté conmigo. Muchas veces me encierro en mi dormitorio no quiero ver a nadie, me aísló de mis amigos, no quiero comer y pierdo el sueño con facilidad. Antes de ingresar a mi sesión de hemodiálisis tengo miedo de que me suceda algo, a veces tengo ganas de llorar, estoy tensa, me sudan las manos”.

La paciente refiere que cuando llega a su casa después de una sesión de hemodiálisis o porque tuvo que salir se le viene pensamientos como: “Me gustaría llegar a mi casa y ver a mi papá”, “No tengo con quien conversar”, “no tengo a quien contarle mis cosas”, “No puedo ver a mi familia, antes salía y podía ir a visitar”, “voy a empeorar y me va a pasar algo”, “ me duele tanto llegar a casa y solo ver a mi perrita”, “tengo miedo que me suceda algo cuando estoy sola”, “Es horrible llegar a mi casa y no ver a nadie”, “necesito de una compañía para no sentirme sola”

Evaluación Psicológica:

- Escala de depresión de Beck -DBI – II (2011).
- Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón

Resultados de la evaluación Psicológica:

La paciente presenta indicador elevado en la personalidad dependiente, lo que indica que necesita de una persona para sentirse en compañía, y así ya no sentir tristeza, soledad y tenga quien hablar cuando llegue a casa. Presenta escasa iniciativa para empezar hacer actividades agradables y tener seguridad en ella misma. Asimismo, presenta indicador compulsivo, lo que significa que muestra temor para hacer algunas actividades, miedo, y cuando se presenta a su tratamiento de hemodiálisis siente ansiedad porque le suceda algo y no tenga una compañía para que la ayude.

Respecto a los indicadores de depresión la paciente evidencia tristeza, sentimientos de soledad, desanimo, ansiedad, con presencia de pensamientos distorsionados de creencias irracionales, la mayor parte del tiempo llora, se encierra en su cuarto, evita relacionarse con los demás, presenta dificultad para conciliar el sueño, poco interés en desarrollar actividades diarias, reducido nivel de energía.

Impresión Diagnóstica

Teniendo como referencia los criterios Diagnósticos del DSM V, podemos inferir que estamos ante un caso de Episodio depresivo moderado (F32. 1) según el DSM

Tabla 4*Diagnostico funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> • Tensión cuando se va a dializar • Sudoración de manos cuando va a ingresar a sala de hemodiálisis. • Miedo a que le suceda algo y no esté con alguien para que la ayude • Tristeza por estar sola 9/10 • Lloro y se encierra en su cuarto • Problemas para conciliar el sueño • Desgano Medidas en SUD 8/10, miedo 8/10, Temor 10/10, ansiedad 7/10 • Llanto <p>Pensamientos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “necesito una compañía para no sentirme sola” • “es horrible llegar a mi casa y no ver a nadie” • “voy a empeorar”, “me va a pasar algo grave” • “me va a suceder algo grave” • “sé burlarán de mi al ver que no puedo comer lo que ellos comen” • “nunca podré hacer mis actividades de antes” 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución en realizar sus actividades agradables. 	

Tabla 5*Análisis cognitivo de la conducta depresiva.*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Al pensar en el fallecimiento de su padre	“necesito una compañía para no sentirme sola”	<ul style="list-style-type: none"> • tristeza 9/10 • desgano 8/10 • Encerrarse en el cuarto a llorar y ver fotos de su padre.
Al pensar que siempre estará sola	“es horrible llegar a mi casa y no ver a nadie”	<ul style="list-style-type: none"> • tristeza 9/10 • Llorar desde que entra a casa, no prepararse nada para comer
Al pensar en su enfermedad	“voy a empeorar”, “me va a pasar algo grave”	<ul style="list-style-type: none"> • tristeza 9/10 • miedo 8/10 • Se encierra en su cuarto, llora y no puede conciliar el sueño durante la noche.
Al asistir a su sesión de hemodiálisis	“me va a suceder algo grave”	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza 9/10 • miedo 8/10 • Sudoración de manos, tensión, nervios, llora. No puede conciliar durante la sesión de hemodiálisis.
Cuando la invitan a una reunión	“sé burlarán de mi al ver que no puedo comer lo que ellos comen”	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza 9/10 • miedo 8/10 • Rechaza invitaciones de amigos y familiares.
Cuando se acuerda que dejó de hacer actividades que le gustaban.	“nunca podré hacer mis actividades de antes”	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza 9/10 • Temor 8/10 • Lloro y se encierra en su cuarto.

Tabla 6*Análisis funcional de la conducta depresiva*

Estimulo discriminativo	Conducta	Estímulo reforzador
Externo:		Refuerzo externo:
Cuando está en su sesión de hemodiálisis	Motor:	
Cuando la invitan a una reunión	<ul style="list-style-type: none"> • Llanto • Encerrarse en su cuarto • No preparar nada para comer. 	<ul style="list-style-type: none"> • El personal asistencial de donde se dializa le consuelan y le dicen que ya va a pasar todo.
Cuando llega a su casa y está sola	Emocional:	
Interno:	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza (9/10), • desgano (8/10) • miedo (8/10) • temor (8/10) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sus familiares como tías acuden a verla y dejarle comida.
Al pensar en el fallecimiento de su padre	Fisiológico:	
Al pensar que siempre estará sola	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de sueño • Disminución del apetito. 	Refuerzo interno: (pensamientos)
Al pensar en su enfermedad	Cognitivo:	
Al pensar que dejo de hacer actividades que le gustaban realizar	<ul style="list-style-type: none"> • “necesito una compañía para no sentirme sola” • “es horrible llegar a mi casa y no ver a nadie” • “voy a empeorar”, “me va a pasar algo grave” • “me va a suceder algo grave” • “sé burlaran de mi al ver que no puedo comer lo que ellos comen” • “nunca podré hacer mis actividades de antes” 	<ul style="list-style-type: none"> • “Todos me tiene lastima por eso me ayudan”

Tabla 7

Crterios según el DSM V para el episodio de depresión mayor.

CRITERIOS DSM V	Presentes en la paciente
<p>A Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)</p>	<p>Estado de ánimo depresivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esta sola en su casa - No tiene con quien conversar desde que falleció su padre. - No realiza ninguna actividad. - Cuando piensa que le va a pasar algo no hay quien la ayude.
<p>B Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).</p>	<p>Prefiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar encerrada en su cuarto. - No Termino un curso de decoración. - No trabaja - No conversa con sus amigos.
<p>C Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se queda muchas veces sin almorzar - Pérdida de apetito, prefiere no almorzar para no cocinar
<p>D Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pierde el sueño con facilidad, tiene despertares frecuentes
<p>E Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o entecimiento).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No presenta.
<p>F Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los días se levanta sin ganas de hacer nada.
<p>G Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No presenta
<p>H Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).</p>	<p>Indecisión para tomar alguna decisión, ya que tiene miedo a equivocarse.</p>

2.6. Intervención

Objetivos

Objetivo General

Disminuir los niveles de depresión a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual que le permita a la paciente adoptar pensamientos racionales, conductas y emociones funcionales para su desenvolvimiento ante las situaciones difíciles.

Objetivos Específicos

- Brindar información sobre los factores asociados a la problemática que viene presentando sobre la perspectiva del modelo cognitivo.
- Reestructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias lo cual conlleva a pensamientos racionales a partir de las evidencias.
- Disminuir las respuestas fisiológicas y emocionales (tensión, ansiedad, llanto) que presenta que presentaba al realizar su tratamiento de hemodiálisis
- Incrementar el desarrollo de habilidades socio afectivas funcionales que fomente los pensamientos y conductas adaptativas.

2.7. Procedimiento

Tabla 8

Primera sesión - Aplicar la técnica de psicoeducación a la paciente sobre su problemática desde la perspectiva cognitiva relacionando su situación, pensamiento, emoción y conducta.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida	Saludo del terapeuta	Dar la bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> se le dio la bienvenida a la primera sesión de terapia. 		10'	
	Presentación del terapeuta y programa de intervención	Dar a conocer las características personales y profesionales del terapeuta y del programa	<ul style="list-style-type: none"> Se hace dar a conocer el nombre de terapeuta y como la paciente puede elegir llamarlo. Dar los lineamientos del programa. 			
	Introdutoria Preguntas generales	Establecer rapport y empatía.	Se realiza preguntas generales como se siente, como le fue en la semana, como le fue con su hemodiálisis.		5'	
Desarrollo central	Encuadre del proceso terapéutico	Determinar el horario semanal de las sesiones y los acuerdos de estas.	<ul style="list-style-type: none"> Se inicia fijando los martes para las sesiones a las 7pm, se utilizará la plataforma zoom para las sesiones. Las sesiones se realizarán en 45 a 60 minutos según como se vaya avanzando. Se deberá cumplir con las tareas y ejercicios que se dejen para la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> •Computadora o celular •plataforma zoom. 	5'	
	Explicación sobre el trastorno de depresión	Explicar en qué consiste la depresión, sus manifestaciones, consecuencias.	<ul style="list-style-type: none"> se establece un dialogo con la paciente explicándole a través de imágenes y trípticos en que consiste la depresión y como afecta en la vida de muchas personas al igual que ella. Se motivó a que la paciente comparta sus vivencias sobre las situaciones que presenta la depresión. 	<ul style="list-style-type: none"> • uso de casos comunes como ejemplos. • pizarra • diapositivas de depresión. • casos sobre depresión y su situación actual como ejemplos. 	10'	
	Ejemplos ilustrativos	Aplicar los contenidos explicados para analizar su situación actual	Se le brindara ejemplos de depresión, se le invita a la paciente que explique su situación para que se dé cuenta cómo afecta en su vida diaria.		10'	
Final	Conclusiones	Evaluar lo aprendido	<p>Preguntas sencillas y cortas sobre lo conversado en la sesión. Hasta aquí que es lo que rescata de la sesión.</p> <p>La paciente se asigna tareas</p>		5'	Se le brindan la información para que lo revise en la semana.

Tabla 9

Segunda y tercera sesión - Aplicar la técnica de psicoeducación a la paciente sobre su problemática desde la perspectiva cognitiva relacionando su situación, pensamiento, emoción y conducta.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida	Introductoria Preguntas generales	Establecer el rapport	<ul style="list-style-type: none"> se le realiza preguntas generales como se siente, como le fue en la semana, como le fue en hemodiálisis. 		5´	
	Explicación del tratamiento bajo el enfoque cognitivo conductual	Explicar la terapia cognitiva conductual con el ABC	<ul style="list-style-type: none"> se conversó sobre lo que significa ABC, situación, pensamiento, emoción, enfatizando a través de ejemplos la influencia que tiene los pensamientos sobre las emociones y el comportamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> pizarra. casos comunes (Fuente: youtube) 	15´	
Desarrollo central	Análisis de la problemática bajo el enfoque cognitivo	Aplicar los contenidos explicados para analizar el enfoque cognitivo en la depresión en casos específicos	<ul style="list-style-type: none"> se le brinda ejemplos de depresión y se le invite a la paciente que explique los ejemplos bajo el enfoque cognitivo ABC. Posteriormente, se le indica que trabaje su propio ejemplo e identifique el ABC. 		15´	
Final	Conclusiones	Evaluar lo aprendido	Preguntas sencillas y cortas sobre lo conversado en la sesión, se le deja actividad para la próxima sesión. Se le pregunta que resuma la sesión.		10´	Se le dejó como actividad en casa, que pueda identificar situaciones bajo el ABC.

Tabla 10

Cuarta sesión - Reestructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias lo cual conlleva a pensamientos racionales a partir de las evidencias.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida	Introdutoria Preguntas generales	Establecer el rapport	<ul style="list-style-type: none"> se le realiza preguntas generales como se siente, como le fue en la semana, como le fue en hemodiálisis. 		5'	
	Desarrollar la técnica debate socrático. Debate (dar las pautas pertinentes para que sus respuestas descubran lo que quiere que se solucione.	Identificar y reestructurar los pensamientos distorsionados.	<ul style="list-style-type: none"> se empieza a discutir el pensamiento distorsionado que presenta "es horrible llegar a mi casa y no ver a nadie", se realizan preguntas acerca de su pensamiento, preguntas sobre la evidencia o razón, preguntas respecto a puntos de vista. 		25'	
Desarrollo central	Técnica de las tres columnas	Lograr que ubique su pensamiento en el A(situación) B (pensamiento distorsionado), C (pensamiento reestructurado)	<ul style="list-style-type: none"> Luego de que se reestructuro el pensamiento "es horrible llegar a mi casa y no ver a nadie", se realiza con la ayuda de lápiz y papel la técnica las tres columnas donde la paciente ubica A (situación), B (pensamiento distorsionado), C (pensamiento reestructurado) para que vea como es la relación entre pensamientos distorsionados con el pensamiento reestructurado. 	<ul style="list-style-type: none"> Papel Lápiz pizarra 	10'	
Final	Resumen	Reforzar la información brindada Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida 		5'	Se le indica a la paciente que pueda hacer una ficha de ABC de cualquier situación que le suceda.

Tabla 11

Quinta sesión - Reestructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias lo cual conlleva a pensamientos racionales a partir de las evidencias.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida	Introductoria Preguntas generales	Establecer el rapport	<ul style="list-style-type: none"> • se le realiza preguntas generales como se siente, como le fue en la semana, como le fue en hemodiálisis. 		5´	
Desarrollo central	Técnica evidencias	examinando Demostrar con hechos lo positivo y negativo de la situación. Enseñar lo real que es vivir	<ul style="list-style-type: none"> • primero se le indica a la paciente el pensamiento que tiene sobre “me duele tanto llegar a mi casa y solo ver a mi perrita”. • Se le indica que en una hoja de word pueda realizar una tabla donde indique lo positivo y negativo que tiene este pensamiento que presenta. • Se identifica que todo no es negativo ante este pensamiento • Sienta que hay aceptación de su visión, empatía, para que sepa que si hay cosas negativas. Puede empezar a gritar y todo sin que nadie la censure y no sería positivo de tener la libertad de llegar o no llegar, y ella validar. Demostrar que no solo es malo sino también hay positivo, mira después notas algo mira quiero invitarte a notar lo siguiente, antes de empezar este ejercicio quiero que me digas es terrible pero ahora que hemos empezado a analizar en esa misma situación hay cosas positivas y entonces no es terrible, mira pues que no es todo terrible para que note y se dé cuenta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Hoja de Word • Pizarra. 	15´	
			<ul style="list-style-type: none"> • primero se le indica a la paciente que la siguiente técnica la va a ayudar a darse cuenta de sus pensamientos automáticos y sus reacciones 		15´	
Final	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la información brindada • Retroalimentación. 	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.		10´	

Tabla 12

Sexta sesión – Reestructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias lo cual conlleva a pensamientos racionales a partir de las evidencias.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida	Introductoria Preguntas generales	Establecer el rapport	<ul style="list-style-type: none"> se le realiza preguntas generales como se siente, como le fue en la semana, como le fue en hemodiálisis. 		5	
Desarrollo central	Técnica generando alternativas racionales	Reconozca alternativas racionales para situaciones difíciles	<ul style="list-style-type: none"> primero se le indica a la paciente el pensamiento que tiene sobre “necesito una compañía para no sentirme sola”. Luego se irá trabajando con este pensamiento en la manera que se le va a ir orientando para que la paciente busque alternativas adicionales. Se va a realizar con un ejemplo de la vida cotidiana y posteriormente se irá incorporando poco a poco a su pensamiento que presenta. 	<ul style="list-style-type: none"> Computadora Hoja de Word pizarra 	30´	
Final	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> Reforzar la información brindada Retroalimentación. 	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.		10´	

Tabla 13

Séptima sesión - reestructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias lo cual conlleva a pensamientos racionales a partir de las evidencias.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida	Introductoria Preguntas generales	Establecer el rapport	<ul style="list-style-type: none"> se le realiza preguntas generales como se siente, como le fue en la semana, como le fue en hemodiálisis. 		5'	
Desarrollo central	Técnica de búsqueda de soluciones	Utilizar soluciones ante las situaciones que se le presenta.	<ul style="list-style-type: none"> primero se le indica a la paciente el pensamiento que tiene sobre "necesito una compañía para no sentirme sola" se empezara realizando un análisis del descubrimiento de alternativas de solución, el mismo paciente es quien descubre las alternativas para que encuentre la solución. 	<ul style="list-style-type: none"> Computadora Hoja de Word pizarra 	30'	
Final	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> Reforzar la información brindada Retroalimentación. 	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.		10'	

Tabla 14

Octava sesión – Disminuir las respuestas fisiológicas y emocionales (tensión, ansiedad, llanto) que presenta que presentaba al realizar su tratamiento de hemodiálisis.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida	Introductoria Preguntas generales	Establecer el rapport	<ul style="list-style-type: none"> se le realiza preguntas generales como se siente, como le fue en la semana, como le fue en hemodiálisis. 		5´	
	breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión anterior	Consolidar el conocimiento de depresión y la terapia cognitiva conductual	<ul style="list-style-type: none"> con ayuda de sus ejemplos que trae de casa se realiza una retroalimentación o si tuviera alguna pregunta que realizar, asimismo, se le hicieron preguntas concretas sobre lo que recordaba de la terapia cognitiva conductual y la depresión. 	<ul style="list-style-type: none"> computadora 	5´	
Desarrollo central	Técnica de respiración profunda	Lograr el control voluntario de la respiración para que pueda realizarlo en cualquier momento, sobre todo en las situaciones que le cause tensión.	<ul style="list-style-type: none"> se le enseñó a tomar aire por la nariz, lenta y profundamente, mientras se cuenta hasta tres llenando bien de aire los pulmones, retener el aire durante 3 segundos y soltar el aire por la boca lentamente 	<ul style="list-style-type: none"> Música relajante de fondo 	15´	
	Técnica de Visualización	Lograr que aprenda a visualizar	<ul style="list-style-type: none"> Se le empezara a indicar las instrucciones para que empiece a imaginarse una situación concreta. Se empezará indicando que sienta su cuerpo sobre la silla, que toque su pie con el piso, que sienta sus manos, brazos, que se concentre en el mundo interno. Luego que se imagine en el lugar que más le guste y con sus dedos me va indicar como se siente y si se siente mal se congela el momento y se utiliza la 	<ul style="list-style-type: none"> música relajante de fondo. 	20´	

			respiración, hasta finalizar la sesión de visualización y disminuya la tensión.	
Final	Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar lo aprendido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas sencillas y cortas sobre las técnicas aprendidas. 	5´

Tabla 15

Novena sesión – Disminuir las respuestas fisiológicas y emocionales (tensión, ansiedad, llanto) que presenta que presentaba al realizar su tratamiento de hemodiálisis.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida	Introdutoria Preguntas generales	Establecer el rapport	<ul style="list-style-type: none"> • se le realiza preguntas generales como se siente, como le fue en la semana, como le fue en hemodiálisis. 		5´	
Desarrollo central	Técnica de respiración profunda	Lograr el control voluntario de la respiración para que pueda realizarlo en cualquier momento, sobre todo en las situaciones que le cause tensión.	<ul style="list-style-type: none"> • se practica la técnica de respiración y se le pregunta si lo pudo utilizar durante la semana en alguna situación de tensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Música relajante de fondo 	15´	
	Técnica de Visualización	Disminuir los niveles de que presenta el realizar su tratamiento de hemodiálisis.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brindará las siguientes instrucciones: Quiero que te imagines hoy es el día de tu sesión estas en tu dormitorio y quiero que me digas como te sientes en lo que voy diciendo, toca tus pies en el piso, tu cuerpo en el dormitorio huele lo que hay a tu alrededor. Mire ahora que todos sus sentidos están con usted, concéntrate lo que está en el mundo interno. Imagínate en un lugar que te guste lo que concéntrate en los sonidos, el aire, concéntrate en la puerta eso también te gusta, 		20´	

hay un pantalla gigante siéntate es muy cómodo, agradable la situación y vas viendo en la pantalla que es grande te vez muy bien y resulta que es el salón de hemodiálisis, te pones de pie en esa sala te acercas e ingresas ya estás en ese lugar, (luego narro todo lo que ocurre en la sesión), si tu sientes y cada vez que ocurre una actividad preguntar cómo te sientes y va levantando su dedo como se siente.
Y si es muy alto vamos a congelar y empiezas a respirar como te enseñe y empieza a salir de poco en poco ya cuando baje la ansiedad

Final

Conclusiones

- Evaluar lo aprendido.

- Preguntas sencillas y cortas sobre las técnicas aprendidas.

5'

Tabla 16

Decima sesión – Incrementar el desarrollo de habilidades socioafectivas funcionales que fomente pensamiento y conductas adaptativas.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida	Introductoria Preguntas generales	Establecer el rapport	<ul style="list-style-type: none"> se le realiza preguntas generales como se siente, como le fue en la semana, como le fue en hemodiálisis. 	sa	5'	
Desarrollo central	técnica de dominio y agrado	Logre tener agrado y satisfacción para realizar sus actividades	<ul style="list-style-type: none"> primero se le explicará en que consiste la técnica con ejemplos, luego empezará a realizar una lista de actividades que realizaba diariamente y ha dejado de realizar porque no ha tenido ganas de hacerlo. Después que coloque la emoción o el agrado de realizar esas actividades, posteriormente se dejará que en una semana asigne una tarea diaria y que anote todos los cambios de humor o estado de ánimo. Para ello se colocará el dominio (D) y de agrado (A) la escala de 5 puntos donde 0 representaría, la ausencia de dominio/agrado y 5 el máximo de dominio/agrado. 		30'	
Final	Resumen	Reforzar la información brindada Retroalimentación.	<ul style="list-style-type: none"> Preguntas sencillas y cortas de la técnica que se aprendió en la sesión. 		10'	

Tabla 17

Onceava sesión - Incrementar el desarrollo de habilidades socioafectivas funcionales que fomenten pensamiento y conductas adaptativas.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida	Introductoria Preguntas generales	Establecer el rapport	<ul style="list-style-type: none"> se le realiza preguntas generales como se siente, como le fue en la semana, como le fue en hemodiálisis. 		5'	
Desarrollo central	Técnica de dominio y de agrado	Revisar las actividades que se hicieron durante la semana.	<ul style="list-style-type: none"> Se revisará las actividades que se dejó en la semana y se reforzará si tuvo problemas para realizar las actividades agradables y se realizará otras actividades que aún no se han completado para poder empezar la próxima sesión. Se vuelve a reforzar la sesión anterior 	<ul style="list-style-type: none"> Computadora Hoja de Word pizarra 	30'	
Final	Resumen	Reforzar la información brindada Retroalimentación.	<ul style="list-style-type: none"> Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida. 		10'	

Tabla 18

Doceava sesión- Incrementar el desarrollo de habilidades socioafectivas funcionales que fomente pensamiento y conductas adaptativas.

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida	Introductoria Preguntas generales	Establecer el rapport	<ul style="list-style-type: none"> se le realiza preguntas generales como se siente, como le fue en la semana, como le fue en hemodiálisis. 		5´	
Desarrollo central	técnica de dominio y agrado	Incorporar actividades de agrado	<ul style="list-style-type: none"> Se le pregunta sobre las actividades que incorporo como parte de su vida y si está realizando las actividades que logro tenerlas. 		20´	
	Retroalimentación	Fortalecer el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Se indica a la paciente sobre los resultados obtenidos durante el tratamiento, como empezó y como esta cuando se terminó la terapia, asimismo, se le pregunta cómo se siente y los pensamientos logrados durante la terapia. 		10´	
Final	Despedida	Fortalecer la importancia de la terapia cognitivo conductual.	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza el cierre de la terapia cognitivo conductual y se le indica que regrese después de 6 meses para ver cómo se encuentra. 		10´	

2.8. Consideraciones éticas

En el presente estudio se tuvo en cuenta la ética que se debe seguir en los estudios del tipo experimental en psicología, es por ello por lo que se consideró el consentimiento informado como parte de este, donde la paciente fue informada de todo lo que conllevaría la investigación y de sus fines, aceptando realizar el estudio de caso.

Además, se considera como parte de la ética la protección de la identidad y datos de la participante, por lo cual solo se utiliza el nombre y sus apellidos están en iniciales para que este acorde con la confidencialidad, asimismo se tuvo en cuenta la veracidad en cuanto a los datos obtenidos y lo que se muestra en el presente estudio de caso sin falsear estos.

III. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la Intervención Cognitivo Conductual iniciando desde la línea base en pensamientos, emociones y conductas para posteriormente contrastar dicha información con los efectos del programa conductual cognitivo que denotan la disminución de la depresión en la evaluada.

3.1 Análisis de los resultados

Tabla 19.

Resultados Pre-Test y Post-Test de depresión.

	Pretest	Post test
	26	8
Depresión (BDI-II)	Depresión moderada	Altibajos normales

Nota: En la tabla 18, se observa la medida de la escala BDI-II antes y después del tratamiento.

Como se observa antes del programa se obtuvo un puntaje del 26 y en el posttest el puntaje de 8 esto quiere decir que se observa una reducción de los síntomas depresivos.

Tabla 20

Registro de frecuencia de la paciente pre y post test.

Pensamientos	Periodo	L	M	M	J	V	S	D	Total
"necesito una compañía para no sentirme sola"	Pre	8	10	8	10	9	9	8	62
	Post	1	2	1	2	1	2	1	10
"es horrible llegar a mi casa y no ver a nadie"	Pre	10	9	8	9	10	8	9	63
	Post	1	1	1	1	1	0	0	5
"voy a empeorar", "me va a pasar algo grave"	Pre	10	9	10	9	7	8	6	59
	Post	0	1	0	1	0	1	0	3
"me va a suceder algo grave"	Pre	10	7	8	7	8	9	8	57
	Post	0	1	0	1	0	0	0	2

"sé burlarán de mi al ver que no puedo comer lo que ellos comen"	Pre	8	10	8	9	10	9	7	61
	Post	0	1	0	1	0	0	1	3
"nunca podré hacer mis actividades de antes"	Pre	8	8	8	8	10	8	7	57
	Post	0	0	1	1	1	0	0	3

Nota: En la tabla 19 se observa el registro de frecuencia antes y después de los pensamientos negativos relacionados a la depresión del paciente, observándose una reducción significativa en todos los pensamientos negativos después de la terapia

Tabla 21

Registro de frecuencia e intensidad de emociones del paciente pre y post test.

Emociones	Frec/ Inten.	Periodo	L	M	M	J	V	S	D	Total
Tristeza	F	Pre	7	8	6	9	5	9	8	52
	F	Post	1	1	1	1	0	0	0	4
(0-10)	I	Pre	9	10	9	10	8	10	10	9/10
	I	Post	1	1	1	0	0	0	0	3/10
Desgano	F	Pre	7	7	6	9	7	8	6	50
	F	Post	1	0	1	0	0	0	0	2
(0-10)	I	Pre	8	9	7	10	6	9	8	8/10
	I	Post	1	0	1	0	0	0	0	2/10
Miedo	F	Pre	9	8	9	9	8	9	7	59
	F	Post	0	1	0	1	0	0	0	2
(0-10)	I	Pre	6	9	7	10	7	10	8	8/10
	I	Post	0	1	0	1	0	0	0	2/10
Ansiedad	F	Pre	6	7	9	7	7	8	8	52
	F	Post	0	1	0	1	0	1	0	3
(0-10)	I	Pre	6	8	6	8	4	9	4	6/10
	I	Post	0	1	0	1	0	1	0	3/10

Nota: en la tabla 20 se observa el registro de los SUD y la frecuencia antes y después del tratamiento de las emociones negativas manifestadas por el usuario, se percibe una reducción significativa de las emociones después de la intervención.

Tabla 22*Registro de conducta del paciente pre y post test.*

Conducta/ Problema	Periodo	L	M	M	J	V	S	D	Total
<i>Encerrarse en el cuarto y ver fotos de su padre</i>	Pre	5	3	5	3	2	4	3	25
	Post	1	0	0	1	0	1	0	3
<i>Llorar desde que entra a casa, no prepararse nada para comer</i>	Pre	3	4	2	2	3	2	3	19
	Post	0	1	0	0	1	0	1	3
<i>Encerrarse en su cuarto, llorar y no puede conciliar el sueño durante la noche</i>	Pre	3	2	2	3	2	4	5	21
	Post	1	1	0	0	0	1	0	3
<i>No puede conciliar el sueño durante su tratamiento</i>	Pre	0	3	0	3	0	3	0	9
	Post	0	1	0	0	0	0	0	1
<i>Sudoración de manos</i>	Pre	6	8	9	9	7	9	9	57
	Post	0	1	0	1	0	1	0	3
<i>Llorar</i>	Pre	7	9	8	9	6	9	8	56
	Post	0	1	0	1	0	0	0	2
<i>Rechaza invitaciones de amigos y familiares</i>	Pre	3	2	3	2	3	2	2	17
	Post	1	0	0	1	0	0	0	2
<i>Tensión</i>	Pre	5	5	6	4	6	4	8	38
	Post	0	1	0	1	0	1	0	3

Nota: en la tabla 21 se observa la frecuencia de conductas relacionadas a la depresión antes y después del tratamiento, se percibe una reducción significativa de las conductas después de la intervención.

3.2 Discusión de Resultados

Al abordar el caso se planteó como objetivo general que la paciente fuera capaz de disminuir los niveles de depresión a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual que le permita adoptar pensamientos racionales, conductas y emociones funcionales para su desenvolvimiento ante las situaciones difíciles. Al culminar las 12 sesiones del programa cognitivo conductual se logró un alivio significativo en la sintomatología afectiva, emocional y conductual disminuyendo el nivel de depresión de moderado a mínima depresión, lo que significa que las técnicas cognitivo-conductuales seleccionadas para su caso mostraron efectividad.

Los resultados obtenidos coinciden con los hallados en la investigación de Huaynates (2019) quien al aplicar un programa cognitivo conductual para superar la depresión en una paciente de 40 años logro también disminución de depresión de una manera significativa, estas coincidencias se deberían que ambos casos se han utilizado técnicas cognitivas porque según Beck (1983) las bases de las perturbaciones las conforman los pensamientos distorsionados. Asimismo, en los resultados de post test se obtiene 8 (ausencia de depresión) lo que coincide con Flores (2019) que en sus resultados de su investigación obtiene 8 (ausencia de depresión) esta coincidencia se debería a que se utilizaron similares técnicas cognitivas conductuales tales como psicoeducación, triple columna, técnica de dominio y agrado para lograr resultados satisfactorios.

En relación a los objetivos específicos, el primer objetivo fue brindar información sobre los factores asociados a la problemática que viene presentando sobre la perspectiva del modelo cognitivo, para ello se utilizó la técnica de psicoeducación, teniendo como resultado que la paciente conozca sobre su problema y tenga claro la diferencia entre una situación, pensamiento y conducta que se trabajará a lo largo de las sesiones, esto coincide con los

resultados de Flores (2019) que logro resultados satisfactorios utilizando esta técnica y así las sesiones siguientes se desarrollaron de mejor manera, siendo esto reforzado por Chouza (2012) quien afirman que el trabajar con la psicoeducación consiste en trabajar con el paciente los conceptos fundamentales del cuadro clínico y que tenga claro lo que se trabajará durante el proceso de la terapia.

El segundo objetivo, fue reestructurar sus pensamientos distorsionados a partir de las evidencias, mediante el cambio en la forma de percibir y estructurar sus pensamientos, ello hizo que la paciente manifieste pensamientos racionales y realistas que generen un afrontamiento satisfactorio a pensamientos racionales a partir de las evidencias, esto coincide con Flores (2019) que utilizo similares técnicas y obtuvo resultados satisfactorios realizando 14 sesiones durante la aplicación de su programa cognitivo conductual; según lo señalado por Buela-Casal (2004) quien indica que es una herramienta para incrementar la objetividad en cuanto a sus cogniciones, la relación que existe entre sus pensamientos negativos, sentimientos desagradables y conductas inadecuadas y la distinción entre una interpretación realista y la distorsionada. Asimismo, Barrio (2015) resalta el hecho de que el paciente aprende a identificar, analizar y modificar los pensamientos negativos experimentados en diversas situaciones o sobre otras personas, sustituyéndolos por pensamientos más positivos, que le ayuden a mantener un estado psicológico de bienestar emocional, de esta manera. La paciente con estos resultados satisfactorios logro tener pensamientos reestructurados que ayuden en el desenvolvimiento de su vida diaria.

El tercer objetivo fue disminuir las respuestas fisiológicas y emocionales que presentaba la paciente al realizar su tratamiento de hemodiálisis, aquí pudimos constatar la eficacia de las técnicas de relajación profunda y visualización, debido a que la paciente experimentaba tensión, miedo porque le suceda algo peor en su tratamiento, estos resultados coinciden con Santiago (2019) que también realizo un programa cognitivo

conductual utilizando la misma técnica para pacientes con insuficiencia renal crónica que se someten a un tratamiento de hemodiálisis teniendo resultados favorables la disminución de la sintomatología de los pacientes. Esto coincide con lo que sostiene Valiente (2015) al resaltar el hecho de que el efecto de la visualización en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal nos indica que ésta, junto a otras formas de psicoterapia, debería ser utilizada como una herramienta más en el tratamiento de hemodiálisis, ya que aporta importantes beneficios a la salud mental y a la calidad de vida de los enfermos.

El cuarto objetivo fue Incrementar el desarrollo de habilidades socio afectivas funcionales que fomente los pensamientos y conductas adaptativas, logrando muy buenos resultados en la mejora de estos niveles comparativamente en el pretest y postest estos resultados se asemejan a Huaynates (2019) que en su investigación también utilizó la técnica de dominio y agrado obteniendo buenos resultados; estos resultados se deberían como dice Beck (1983) indica que esta técnica el objetivo es contrarrestar la escasa motivación de los pacientes, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Además, mediante la valoración del dominio (grado de ejecución) y agrado (sentimientos de placer, diversión o alegría), de cada una de las actividades, se trabajan las creencias sobre inutilidad y pérdida del disfrute. La paciente logró inscribirse a un curso de decoración de globos que lo había dejado por la enfermedad, asimismo empezó a realizar peluches para vender y así obtener dinero para sus necesidades. La paciente manifiesta que se siente mejor porque también está asistiendo a la iglesia con su grupo.

Consideramos que para reforzar este programa es recomendable el seguimiento después 6 meses a consultorio para constatar que está utilizando las técnicas en su vida diaria y que no ha tenido ninguna recaída después de culminada la terapia cognitivo conductual ingrese a terapia grupal bajo el enfoque cognitivo conductual. Según Moix y Casado (2011) refieren que la terapia cognitivo conductual es una de las terapias más

eficaces para el tratamiento del dolor en pacientes crónicos por lo cual manifiesta que es importante hacerle un seguimiento al paciente luego de haber terminado su tratamiento terapéutico.

De esta manera hemos corroborado que el uso de la terapia cognitiva conductual tiene resultados positivos en los casos de pacientes con depresión. La paciente actualmente se encuentra en la capacidad para poder identificar sus pensamientos irracionales y poder reestructurarlos de forma racional para que puedan ayudarla durante las situaciones que se le presentan. Asimismo, en poder realizar actividades que le ayuden a desenvolverse en su vida.

La presente investigación cuenta con resultados importantes respecto a la ausencia de depresión en la paciente con tratamiento de hemodiálisis luego de haber participado en programa de intervención cognitivo conductual, y puede ser utilizado como referencia para futuras investigaciones en población con pacientes renales para seguir comprobando su efectividad.

3.3 Seguimiento

Tabla N 23

Sesión de seguimiento

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida	Introductoria Preguntas generales	Establecer el rapport	<ul style="list-style-type: none"> • se le realiza preguntas generales como se siente, como le fue después del tiempo que no nos hemos visto. 		5´	
Desarrollo central	Retroalimentación	Corroborar y fortalecer el logro de los objetivos en las sesiones anteriores	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisa los registros que anteriormente realizo sobre el ABC y se le pregunta si en este tiempo ha hecho registros nuevos y cómo lo realizo. • Se le pregunta como está afrontando las situaciones que se le presenta si está utilizando las técnicas y se le refuerza en lo que aún le falta hacer. • se le enseñan técnicas y estrategias en prevención de recaídas. 		30´	
Final	Despedida	Fortalecer la importancia de la terapia cognitivo conductual.	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza la despedida y se le toman unas preguntas para que tenga clara la explicación que se le indico y así lo siga realizando. 		10´	

IV. Conclusiones

- 4.1. Se logro en el programa de intervención cognitivo conductuales resultados significativos de disminución de los niveles de depresión.
- 4.2. Se logro que la paciente entienda la relación entre pensamiento, emoción y conducta a través de la estrategia de psicoeducación.
- 4.3. Se logro la disminución de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas fisiológicos como el llanto, miedo, desgano, ansiedad, tensión, sudoración de manos.
- 4.4. Se logro la reestructuración de los pensamientos distorsionados por pensamientos racionales reconociendo lo positivo y negativo de la situación que está atravesando actualmente.
- 4.5. Se logro incrementar el nivel de actividades recreativas y satisfactorias a través de asignación de tareas graduales, dominio y agrado.

V. Recomendaciones

- 5.1. Reforzar los resultados alcanzados a través de un seguimiento a corto y largo plazo.
- 5.2. Aplicar lo aprendido en la psicoeducación en su vida diaria, encontrando la relación de emoción, pensamiento y conducta en las situaciones que se le presenten.
- 5.3. Utilizar la técnica de relajación profunda cada vez que tenga una situación estresante para que le ayude en la disminución de sus respuestas fisiológicas, asimismo, realizar un ejercicio o una actividad de relajación por lo menos 3 veces a la semana.
- 5.4. Continuar con el uso de la técnica examinando evidencias que le permite reconocer lo positivo y negativo de las situaciones difíciles que atraviesa, y así comprobar que siempre tenemos algo positivo que rescatar.
- 5.5. Seguir con las actividades planificadas y logradas durante la terapia como la decoración con globos, confección de peluches.

VI. Referencias

Acosta, M. (8 de junio de 2018). Depresión: cuando vivir se convierte en una tarea insoportable.

El Comercio. <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/vivir-convierte-tarea-insoportable-noticia-492188-noticia/>.

Amaya, L. (2019). *Influencia de la Terapia Cognitivo Conductual sobre los niveles de Depresión presentes en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal que se atienden en la unidad de Hemodiálisis de la Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez*.

[Tesis de maestría, Universidad de Venezuela]. <http://up-rid.up.ac.pa/id/eprint/967>.

Angulo, J. (2016). *Depresión en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal que reciben tratamiento de hemodiálisis en la clínica renosalud*. [Tesis de pregrado, Universidad

Científica del Perú]. Repositorio Institucional UCP.

<http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/187/ANGULO-1>

Antón, V., García, P. (2016) Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes* 3 (1), 45-52.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477152548005>

Beck, A., Shaw, B., Rush, A., Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao:

Desclée de Brouwer. <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>.

Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

<https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433024688.pdf>

Casamayor, M. (2019). *Programa de intervención basado en la aplicación de un modelo cognitivo conductual y centrado en el sentido de la vida en enfermedad renal crónica* [Tesis de maestría, Universidad de Valencia]. Repositorio Institucional Universidad Católica de Valencia. <https://hdl.handle.net/20.500.12466/1352>.

De La Cruz García, C. y Delgado Tuesta, K. (2018). *Manifestaciones de depresión en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en el hospital nacional dos de mayo* [Tesis de pregrado, Universidad Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6550>.

Flores, V. (2019). *Programa de intervención cognitivo - conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana* [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe>.

Guillen Calvo, J., Ordoñez Campos, R. (2017). *Establecer el nivel de depresión y ansiedad en pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis* [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1199>.

Herrera Liberio, J. G. (2020). *Caracterización de las distorsiones cognitivas en paciente de la unidad de hemodiálisis "Dial Ríos"* [Tesis pregrado, Universidad Técnica de

Babahoyo].

Repositorio

Institucional

UTB.

<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8968>.

Huaynates Baldeón, M. (2019). *Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa* [Trabajo académico para optar por el título de especialista,

Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3489>.

Kazdin, E., Gutiérrez, G. (2003). Métodos de investigación en psicología clínica. *Revista científica de América Latina* (6), 225-227.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118110014>

Moya Ruiz, M. (2017). Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Revista de enfermería nefrológica* 20(1), 48-56. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842017000100007)

[28842017000100007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842017000100007).

Organización Mundial de la Salud (13 de septiembre de 2021). *La depresión*.

www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression.

Pérez-Domínguez, T., Rodríguez-Pérez, A., García-Bello, M., Buset-Ríos, N., Rodríguez-Esparragón, F., Parodis-López, Y., Rodríguez-Pérez, J. (2012). Progresión de la enfermedad renal crónica. Prevalencia de ansiedad y depresión en la poliquistosis renal autosómica dominante. *Revista nefrológica* 32 (3), 275-418. <http://10.3265/Nefrologia.pre2012.Feb.11379>.

Puerta Polo, J. y Padilla Diaz, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Revista Duazary*, 8 (2), 251- 257. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>.

Quintana Silva, M. A. (2016). *Entrenamiento en estrategias cognitivo- conductual de afrontamiento de los síntomas depresivos para aumentar niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica de la unidad renal dialibarra*. [Tesis pregrado, Universidad Politécnica]. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/13268>.

Rojas, Y., Ruiz, A., y Gonzales, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de psicología*, 26(1), 1-13. <https://www.redalyc.org/pdf/264/26452899007.pdf>.

Rudnicki, Tania (2006). Aspectos emocionales del paciente renal crónico. *Revista perspectivas en psicología* 2 (2), 279- 288. <https://www.redalyc.org/pdf/679/67920207.pdf>

VII. Anexos

Anexo A.



Anexo B.

SITUACIÓN	Pensamiento(A)	Emoción(B)	Conducta (C)
Cuando pienso en hacerme el tratamiento de hemodiálisis	<ul style="list-style-type: none">- Me puedo morir.- Si me pongo mal me iré al hospital	Miedo (9/10) Tristeza (7/10)	Llanto No quiere asistir No quiere comer.
Cuando va ingresar a su casa y sabe que esta sola.			

Anexo C.

DIA HORA	ACTIVIDAD	DOMINIO	AGRADO