ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

Proyecto de investigación previo a la obtención de título de Psicólogo Clínico

Línea de Investigación:

Salud mental y grupos vulnerables

Autor:

Víctor Hugo Martínez Urgiles

Directora:

Ps.Cl. Mg. Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano

Ambato - Ecuador

Abril 2023

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

Línea de investigación:

Salud mental y grupos vulnerables

Autor:

Victor Hugo Martínez Urgiles

Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, Mg. f._____
CALIFICADORA

Juana Rosario Lara Machado, Mg. f._____
CALIFICADORA

Marlon Paul Mayorga Lascano, Dr. f._____
CALIFICADOR

Varna Junco Hernández, PhD. f._____
DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr. f._____
SECRETARIO GENERAL PUCESA

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
SECRETARIA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato – Ecuador

Abril 2023

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
BIBLIOTECA

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo **VICTOR HUGO MARTÍNEZ URGILES**, con **CC. 1804870937**, autor del proyectode titulación cuyo tema es **''PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA''**. Previo a la obtención del títuloprofesional de **PSICÓLOGO CLÍNICO**, en la escuela de **PSICOLOGÍA.**

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de conformidad con el artículo 144. De la Ley Orgánica de educación Superior, de entregar a la SENECYT. En formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la universidad.

Ambato, abril 2023



Victor Hugo Martínez Urgiles

CC.1804870937

DEDICATORIA

El siguiente proyecto de titulación va dedicado a aquellas personas que luchan día a día por la vida, a mi padre que en paz descanse, a mi madre que me ha apoyado, a Pao por su apoyo incondicional y a todas aquellas personas que confiaron en mí.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la oportunidad de la vida y la posibilidad de estar aquí y ahora, a mi padre, que en paz descanse porque siempre me apoyo incondicionalmente en mis decisiones confiando plenamente en mí, a mi madre por su arduo trabajo para que yo salga adelante, a mi hermano que me inspiró con su responsabilidad, a Pao porque estuvo todos los días a cada momento de este largo proceso, por su paciencia, sus consejos, su apoyo emocional y su confianza, a todo el resto de mi familia, que siempre tuvo fe en mí, a mi tutora, por su excelente asesoría, su paciencia y su pasión por formar profesionales de excelencia y por último a la universidad y a todos mis maestros quienes me formaron en mi carrera.

RESUMEN

En este estudio se planteó el objetivo de validar una propuesta de intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual para personas que sufren discapacidad física. El presente proyecto se encuentra fundamentado desde un enfoque cuantitativo de diseño de tipo no-experimental, de alcance descriptivo y corte transversal. Para especificar a la población escogida se usó una ficha sociodemográfica Ad Hoc y para medir el nivel de depresión e identificar la sintomatología, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), estos fueron administrados a la población escogida de manera presencial en el Centro de Salud N-3 de la ciudad de Ambato. Los resultados obtenidos fueron: 18 personas depresión leve, 3 depresión moderada y 1 depresión grave con una puntuación mínima de 7 y máxima de 35 en la Escala de Depresión de Beck. Finalmente, el plan de intervención fue validado por los criterios de 5 expertos en donde se obtuvo una calificación de muy bueno, con la finalidad de brindar herramientas a aquellos profesionales que lidian diariamente con casos de depresión, lo que sugiere que la propuesta es apta para ser aplicada debido a la variedad de técnicas y actividades que han demostrado ser eficaces dentro del tratamiento cognitivo conductual de poblaciones con este trastorno.

Palabras clave: Discapacidad, depresión, plan psicológico, cognitivo conductual.

ABSTRACT

The objective of this study was to validate a psychological intervention proposal based on the cognitive-behavioral approach for individuals with physical disabilities. This project is descriptive in nature, cross-sectional, built on a quantitative approach and with a non-experimental design. An ad hoc sociodemographic file was used to specify the selected population, and the Beck Depression Inventory (BDI-II) was administered in person to the selected population at Centro de Salud N-3 in Ambato. The findings were as follows: 18 mildly depressed, 3 moderately depressed, and 1 severely depressed, with a Beck Depression Scale score of 7 and a maximum score of 35. Finally, the intervention plan was validated by the criteria of five experts, with a very good rating, in order to provide tools to those professionals who deal with cases of depression on a daily basis, implying that the proposal can be implemented due to the variety of techniques and activities that have proven to be effective in the cognitive-behavioral treatment of populations with this disorder.

Keywords: disability, depression, intervention plan, cognitive behavioral.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD iii
AGRADECIMIENTO v
RESUMEN vi
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS viii
ÍNDICE DE TABLAS ix
ÍNDICE DE ANEXOS x
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA 6
1.1. Depresión como enfermedad 6
1.2. Discapacidad 10
1.3. Depresión en personas con discapacidad física 17
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO 28
2.1. Paradigma de la investigación 28
2.2. Diseño de la Investigación 29
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 31
2.4. Propuesta de intervención psicológica 37
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN 65
3.1. Análisis de resultados de la Escala de Depresión de Beck (BDI-II) 65
CONCLUSIONES 68
RECOMENDACIONES 70
BIBLIOGRAFÍA 71
ANEXOS 80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis de variables de datos sociodemográficos 36
Tabla 2. Presupuesto 38
Tabla 3. Resumen de la propuesta de intervención psicológica..... 40
Tabla 4. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 1 46
Tabla 5. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 2 47
Tabla 6. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 3 49
Tabla 7. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 4 51
Tabla 8. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 5 52
Tabla 9. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 6 54
Tabla 10. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 7 56
Tabla 11. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 8 57
Tabla 12. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 9 59
Tabla 13. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 10 61
Tabla 14. Resultados de validación por expertos de plan de intervención 64
Tabla 15. Análisis de depresión en personas con discapacidad física 65
Tabla 16. Análisis de la escala de depresión de Beck (BDI-II) 66

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado 80
Anexo 2. Ficha sociodemográfica 81
Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck 82
Anexo 4. Instrumento para la Validación – Experto 1..... 86
Anexo 5. Instrumento para la Validación – Experto 2..... 91
Anexo 6. Instrumento para la Validación – Experto 3..... 94
Anexo 7. Instrumento para la Validación – Experto 4..... 99
Anexo 8. Instrumento para la Validación – Experto 5.....103

INTRODUCCIÓN

La depresión como temática esencial del presente proyecto, es visto en la actualidad como un conflicto que le concierne a la salud pública. De acuerdo con la OMS en 2020 este problema le ocurre a alrededor de 300 millones de individuos en el mundo, lo que representa la razón principal de discapacidad y con razón de sus riesgos principales como el suicidio, esto aporta al porcentaje de morbilidad en el mundo. La OMS (2017), así mismo, destacó que el problema de la depresión se considera como la primera causa de pérdidas y detrimento de la salud mundial.

Latinoamérica, se encuentra en el ámbito internacional en función del incremento de proyectos para reducir la pobreza, la desigualdad de grupos sociales, como también un progresivo crecimiento de su estabilidad económica en la mayor parte de los países que lo conforman. No obstante, las consecuencias económicas con sus resultados, usualmente no provocan estabilidad de tipo emocional o mental en sus habitantes, por lo que, uno de las manifestaciones más vistas hoy en día es la depresión, lo que influye a varios sectores de la sociedad, que involucra a aquellos que sufren de discapacidad física, lo que al transcurrir del tiempo afecta significativamente (Bayas, 2015).

Para fundamentar la presente investigación, se ha tomado como punto de referencia varios estudios nacionales e internacionales entre los cuales,, destacan aquellos sobre sintomatología depresiva en personas que sufren discapacidad física.

La depresión hace referencia a un cuadro de sintomatología que influye negativamente al aspecto afectivo de la persona, es decir, síntomas como la irritabilidad, trastornos emocionales, tristeza patológica, inhibición social, que afecta la eficiencia en varias áreas de la vida como el rendimiento en el trabajo, en el hogar, en el aspecto social, personal, etc. Con independencia de su origen o de si se conoce o no el mismo. La depresión se manifiesta, también, con afectaciones en el área cognitiva, en la voluntad o en las sensaciones corporales. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico se da por parte de la clínica y es importante, que se diferencie de cuadros ansiosos o trastornos de ansiedad (Guerrero, 2019).

Es por tanto, todo lo que se enfrenta en la vida diaria que la sintomatología depresiva es una afectación de salud frecuente y que es tomada con seriedad, no tiene que ver solamente con sentimientos de tristeza, melancolía o el hecho de sentirse con falta de motivación, esto es un desafío como parte del día a día, es en sustancia un problema que concierne a aquellas personas en función de su comportamiento, de sus emociones y de su forma de pensar, incluso en su salud en general física, es decir, impide a las personas que usualmente no sufren problemas médicos a tener una vida tranquila y de plenitud (Zaragón, 2018).

En un estudio sobre la sintomatología depresiva en personas que sufren discapacidad física, Carrillo (2019) estudió a 26 mujeres mexicanas y 24 hombres mexicanos con discapacidad física en el mismo se encontró que el 57% de las mujeres y el 62% de los hombres desarrollaron síntomas depresivos los meses posteriores a haber recibido un diagnóstico asociado a discapacidad física.

Por otra parte, (Parris et al., 2017) en un estudio que involucraba a 20 personas tanto hombres como mujeres con discapacidad física y 20 personas, hombres y mujeres adultos sin discapacidad física en Colombia, llegó a la conclusión de que aquellos pacientes que sufren algún tipo de discapacidad no siempre tienen como comorbilidad un problema de sintomatología depresiva y las personas que, si sufren, en lo generalizado no tiene mucha conexión con su condición de discapacidad. No obstante, los resultados acerca del desarrollo o la vulnerabilidad a padecer depresión en su mayoría se encuentran relacionadas con los eventos del día a día, lo que es probable que afecte a pacientes con algún tipo de discapacidad. Como consecuencia las personas que sufren de discapacidad tienen que hacerle cara a diferentes problemáticas que desata sintomatología depresiva (Parris et al., 2017).

La depresión en adultos mayores presenta características especiales dado que esta población presenta factores de riesgo propios de su edad como: lesiones, enfermedades catastróficas, problemas económicos, aislamiento social, abandono por parte de sus familiares, sector demográfico no apto para tercera edad, etc. (Vásquez et al., 2020).

La depresión y los trastornos asociados, con frecuencia representa un 15 por ciento en los pacientes que van a la atención del sector de salud primario (Aragonés et al., 2004). Navas (2019) por otro lado, resaltó que las personas que sufren algún tipo de enfermedad o discapacidad física son propensas a desarrollar síntomas depresivos como consecuencia de las limitaciones que involucra un diagnóstico.

Los cuadros de síntomas de depresión, que se dan en consulta del sector de atención primaria tienen características, que se diferencian de aquellas , que se han observado en las diversas Unidades de Salud Mental: en aquellas referidas a Atención primaria, según se evidenció en el estudio internacional, el cual fue apoyado por la OMS Problemas psicológicos en el cuidado de salud general, el síndrome depresivo se manifiesta con síntomas físicos entre el 45 y el 95 por ciento y estas se expresan de manera explícita con sintomatología emocional con menos frecuencia a comparación de la atención psiquiátrica.

Este hecho es una dificultad que superar para que el equipo médico lo reconozca, de que hay la posibilidad de que exista un trastorno depresivo encubierto y dificulta la generación de un plan de intervención pertinente para el paciente (Calderón, 2018).

Se encontró en un estudio la existencia de una conexión entre depresión y enfermedades que generan discapacidad, en las cuales, se han descrito cuadros de reacción en función de la enfermedad y en términos de su gravedad y la limitación que origina. Comparó con diferentes casos que, la depresión no reaccionaria si no estaría relacionado en términos de fisiopatología y con procesos neurológicos, también, que el diagnostico de síntomas depresivos en personas enfermas con dificultades físicas está asociada más bien a procesos neuronales deteriorados (Calderón, 2018).

Actualmente a nivel social, la depresión es una de las mayores enfermedades de salud mental que requiere de atención y abordaje inmediato, lamentablemente se escucha intentos de suicidio y suicidios consumados, incrementándose las estadísticas a nivel local. Por otro lado, la discapacidad física es considerada como un

hecho de alta complejidad que muestra una alta conexión entre lo propio del individuo y los elementos del ambiente que lo rodea. En función a esto, las personas con discapacidades incrementan el riesgo de desarrollar depresión que repercute en su salud mental, que presenta crisis emocionales; y, al no tener herramientas para superarlas desencadenan de una manera mucha más negativa la sintomatología depresiva (Zamora, 2017).

En el contexto del CDS (Centro de salud) número tres en Ambato, se evidenció en personas que acuden con la demanda de obtener el carnet de discapacidad que, además, de cumplir con la entrevista para la recolección de información necesaria para el proceso, estas personas suelen manifestar verbalmente emociones de tristeza, frustración y desesperanza producto de su condición de discapacidad física, lo cual ha sido constantemente ignorado por los profesionales calificadores, limitándose a cumplir con lo que exige el protocolo de emisión de dicho carnet. Debido a esto, es necesario desarrollar la investigación.

Por todo lo mencionado y explicado se plantea la siguiente idea a defender: la discapacidad física como una de las causas de la aparición de síntomas depresivos y su desarrollo o agravamiento posterior es un tema muy importante sobre el cuál se va a trabajar en el transcurso de este proyecto. Y para dar respuesta a la idea a defender, se ha basado la presente investigación en los siguientes objetivos:

Objetivo general

- Diseñar un plan de intervención validado con enfoque cognitivo-conductual para la disminución de los niveles de depresión en personas con discapacidad física del Centro de Salud número tres de la ciudad de Ambato.

Objetivos específicos

1. Fundamentar los aspectos teóricos con respecto a los rasgos depresivos en personas con discapacidad física y planes de intervención psicológica para su disminución.

2. Evaluar los niveles de depresión en personas con discapacidad física del Centro de Salud número tres de la ciudad de Ambato.

3. Diseñar un plan de intervención desde el enfoque cognitivo conductual para la disminución de los niveles de depresión en personas con discapacidad física del Centro de Salud número tres de la ciudad de Ambato.

4. Presentar el Plan de intervención desde el enfoque Cognitivo Conductual para la disminución de los niveles de depresión en personas con discapacidad física del Centro de Salud número tres de la ciudad de Ambato a 5 expertos en el tema.

La problemática observada en el Centro de Salud N-3 de la ciudad de Ambato, en aquello concerniente a sintomatología depresiva en personas con discapacidad física, ha motivado la realización de este proyecto de titulación, en donde es tratada de manera teórica y práctica. Lo, que se pretende alcanzar en el desarrollo de este proyecto es diseñar un plan de intervención para la sintomatología depresiva en personas con discapacidad física desde el enfoque cognitivo-conductual y, que este plan sea revisado y validado por los expertos seleccionados quienes darán su voto de profesionalidad y aprobación en cuanto a la calificación basado en criterios específicos.

En el desarrollo del primer capítulo se destacan los antecedentes teóricos tanto de la depresión, la discapacidad física en diferentes poblaciones y de qué manera están relacionadas, y tomar en cuenta las diferentes investigaciones y estudios acerca de estas dificultades. En el segundo capítulo se expone la metodología, el enfoque, las técnicas de investigación, la muestra del estudio y posteriormente el análisis de aquella metodología llevada a cabo en términos de resultados, lo cual se describe en el capítulo tres. El propósito esencial es diseñar una propuesta de intervención psicoterapéutica para la disminución de sintomatología depresiva en personas con discapacidad física, y tomar en cuenta todos aquellos malestares reflejados en la aplicación de la prueba.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Depresión como enfermedad

La depresión en la actualidad es el problema de salud mental central a nivel global según lo menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022). De este modo la depresión es vista como un síndrome que posee distintos componentes de síntomas como: reducción de la capacidad de sentir placer y disminución de la autoestima con declaraciones afectivas, comportamentales, sensoriales, motoras, ideativas que es así la causa que lidera la lista de discapacidad a nivel global (Capellino, 2019).

La depresión es una condición que trae como consecuencia diversas implicaciones esenciales para el adecuado bienestar y funcionamiento de las personas, se ha evidenciado que aquellos sujetos que sufren de depresión presentan un detrimento manifiesto en el rendimiento de las diferentes áreas de su vida como el laboral, social, personal y en la calidad de vida, esto aumenta el riesgo de padecer depresión mayor y aumenta el riesgo de abusar de sustancias en comparación con aquellos que no presentan sintomatología depresiva (Capellino, 2019).

Espada (2021) define a la depresión como aquella caracterizada por emociones de desesperanza, tristeza, estado de ánimo altamente irritable, pérdida de interés progresiva en actividades que a la persona le resultaban placenteras anteriormente. Esta sintomatología persiste al transcurrir el tiempo (por lo menos 14 días) e influye de manera negativa en el día a día de la persona. Los síntomas emocionales antes mencionados se acompañan de otros de tipo somático y de procesos cognitivos.

Es muy probable que la persona deprimida presente pensamientos de culpa excesiva, falta de concentración o dificultad para pensar o decidir, pensamientos persistentes de suicidio o relacionados a la muerte. Los síntomas que engloban la parte biológica o fisiológica en una persona deprimida están: la falta de un sueño adecuado y la falta de una alimentación apropiada lo que aumenta las probabilidades

de que el paciente sufra de agitación, cansancio o una sensación constante de pérdida de energía (Espada, 2021).

La depresión en el área de la salud mental representa un problema muy frecuente, muy visto en los centros de atención primaria, en muchas ocasiones no se diagnostica correctamente debido a que por lo general los pacientes acuden a medicina general por problemas gastrointestinales o cefaleas, sin embargo, se ha registrado esta misma sintomatología en personas con depresión de larga evolución que no ha sido tratada adecuadamente o que aún no ha sido diagnosticada precisa y eficazmente (García-Martínez, 2021).

Criterios diagnósticos

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2022) no ha realizado cambios esenciales desde la última edición del DSM-V hasta la edición revisada DSM-VR respecto a los criterios de diagnóstico de trastornos depresivos en donde se describen los siguientes:

A. 5 o más de los siguientes síntomas descritos han perdurado en un período de al menos dos semanas

1. Estado de ánimo en detrimento la gran mayoría de horas en el transcurso del día, casi todos los días de las dos semanas.

2. Sueño excesivo o Falta de sueño casi todos los días en al menos dos semanas.

3. Reducción considerable del placer en todas las actividades la mayor parte de las horas en un día.

4. Pensamientos persistentes y recurrentes relacionados a la muerte de personas cercanas o de uno mismo.

5. Agitación psicomotora casi todos los días en al menos dos semanas.

6. Retraso psicomotor casi todos los días en al menos dos semanas.

7. Reducción en la capacidad de concentración, atención o pensamiento.
8. Cansancio o pérdida de energía casi todos los días en al menos dos semanas.
9. Reducción en el peso sin recurrir a dieta o ejercicio físico.

B. Estos síntomas descritos provocan malestar notable y provoca deterioro en el área laboral, social, personal, familiar.

C. Esta sintomatología no es provocada por efectos de una sustancia o enfermedad médica.

Por tanto, la depresión es un conjunto de síntomas que depende de la gravedad de esta, aumenta el nivel de disfuncionalidad de la persona que lo padece, tal como se ha descrito en el DSM-V la persona cumple un número establecido de síntomas y estos provocarán discapacidad en varias áreas para considerarse como un trastorno como tal.

Causas y consecuencias

El modelo cognitivo propone que los procesos que hacen posible la cognición, el comportamiento y la química son elementos esenciales de la sintomatología depresiva y de los trastornos depresivos en sí. Cada modelo que engloba la terapéutica psicológica posee su característica. El fármaco-terapeuta se involucra a nivel de la bioquímica del paciente, el terapeuta que trabaja desde la cognitiva se involucra en los elementos de cognición, la afectividad y el comportamiento. La evidencia dice que en el momento, que se altera la recepción de información que tiende a deprimir al paciente, al mismo tiempo es posible que cambie el comportamiento, el ánimo que lo caracteriza y, como lo muestra la evidencia (Free et al., 2018), hasta la química de la depresión es diferente.

Como lo expone Holon (2018), existen algunas señales de que la terapia de tipo cognitiva -conductual funciona dado que modifica o reestructura las creencias y las

vías de procesamiento de la información, y que diversos elementos de los procesos cognitivos juegan roles diferentes en el proceso de modificación del paciente.

Los pacientes con trastornos depresivos tienden, a su manera de interpretar los acontecimientos, por esto es que tienen una visión de negatividad acerca de ellos mismos. de aquello que les rodea y de lo que sucede en su futuro. La teoría cognitiva muestra que parte de este procesamiento en lo cognitivo que en la gran mayoría de casos es distorsionado pasa en procesos externos a la conciencia y sus consecuencias se observan a manera de pensamientos, que se generan automáticamente, estos son, ideas que influyen sobre aquello hechos del día a día y las emociones del individuo a dichas circunstancias (Barber & DeRubbeis & Caston-guay, 2020).

Se da de manera frecuente que el paciente no sepa sobre la dinámica de aquellos pensamientos, que se generan automáticamente ser externos a la conciencia. Los pensamientos automáticos con frecuencia se oponen a lo que el paciente sabe, su lógica y su conciencia de aquello que es verdad, lo cual previo a un proceso de terapia muchos de los pacientes no son capaces de detenerlos por medio de herramientas de razonamiento adecuado.

Factores desencadenantes

Los esquemas en general tienen lugar en procesos exteriores a la consciencia y son capaces de permanecer en latencia hasta que vuelven a ser activados por algún acontecimiento especifico p. ej., perder un trabajo bien remunerado (Young, 2017). En este ejemplo, una vez, que se ha vuelto a activar, por ejemplo, el esquema del fracaso, el paciente lo coloca en una categoría, lo selecciona y codifica toda la información de manera que la construcción del esquema se mantiene. En consecuencia, los esquemas tempranos desadaptativos vuelven propensos a muchos pacientes con depresión a deformar los acontecimientos de una forma específica, lo que da lugar a una visión de negatividad en la composición de la triada cognitiva.

1.2. Discapacidad

En Ecuador el manual que dicta la Ley Orgánica de Discapacidades- LOD, da definición en el Art.1 de la siguiente manera:

> La discapacidad es toda aquella que, como efecto de una o varias limitaciones o deficiencias de tipo física, sensorial, intelectual o mentales, independientemente del origen, la persona se ve restringida de manera permanente en su capacidad psicológica, biológica y social para realizar una o varias actividades importantes de la vida cotidiana o de los quehaceres diarios, en la medida que lo establezca el Reglamento. (2017, p. 32)

Por otro lado, el manual de calificación de discapacidad del MSP en 2018 describe a las personas que sufren de una discapacidad, a toda la que como resultado de alguna o varias insuficiencias o limitaciones de tipo sensoriales, mentales o intelectuales, independientemente de la causa de origen ve restringida de por vida sus capacidades asociativas, psicológicas y biológicas para ejecutar una o diferentes situaciones del día a día en un porcentaje del 30% de discapacidad debidamente calificada por las autoridades (MSP, Calificación de la discapacidad, 2018).

Discapacidad, minusvalía, deficiencia; desde lo general hacia lo especifico estos términos y sus definiciones han evolucionado hasta consumir su significado hacia definiciones más construidas como; persona diferente, persona con necesidades diferente, etc. (Revuelta & Hernández, 2021).

Como (Danel et al., 2021) ilustran, en la actualidad cuando hablamos de alguien, es decir, un individuo, con alguna discapacidad, pues es muy delicado dados todos los factores a los cuáles están sujetos todas las definiciones formuladas, que toma en cuenta, que se trabaja con un ser humano. Y desde este punto de vista, la esencia en esta línea es identificar cuál es la definición concreta de discapacidad y desde aquel punto conceptualizar adecuadamente aquellas personas con algún tipo de discapacidad o persona con discapacidad.

Enfermedad, conflicto social, violencia social, accidentes, abuso de drogas, abuso de alcohol, envejecimiento, desnutrición, pobreza, desastres naturales, exclusión social, creencias sociales, estrés, diferencia de opinión, inmigración, contaminación ambiental, entre otras o muchas otras razones provocarán en algún momento de la vida discapacidad (Danel et al., 2021).

Al poner en desafío el futuro, quien no se encuentra libre de enfrentar a todas las causas posibles de discapacidad, una respuesta precisa es, nadie. Desde el planteamiento de estas posibilidades es posible estar seguros de que, en efecto la discapacidad es adjunto a todos, o tal vez todos tener algún tipo de discapacidad en mayor o menor complejidad, es posible que la diferencia que en sinónimos de discapacidad hace la diferencia en cada uno de nosotros es que en unos es más evidente la discapacidad que en otras (Danel & Yarza de los Ríos, 2021). La OMS (2016), menciona que:

> Se entiende por condición discapacitante la dinámica entre la gente con alguna enfermedad, por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Williams o depresión y elementos del ambiente o personales como por ejemplo pensamiento o comportamientos negativos, problemas de movilidad, edificios sin acceso para capacidades diferentes y una falta de apoyo social (p.14).

Por esto, se considera a la discapacidad como un problema social en donde las personas que la padecen necesitan disponer de varios servicios y atención especial para que estas tengan una mejor calidad de vida y el nivel de riesgo disminuya.

Consecuencias de la discapacidad

Es frecuente pensar que muchas de las actividades a las que dedicamos (profesiones) están negadas, por decirlo de alguna manera, esto depende del tipo de discapacidad del paciente o la persona en sí, pues el hecho de pensar en esa dimensión es algo falso, es cometer un error. La manera adecuada más bien es pensar independientemente del término “discapacidad”, en función de habilidades, en respon-

sabilidad, en capacidad, en competencias, en interés, en conocimiento y las aptitudes de cada persona respecto a cualquier acción que estén motivados a ejecutar, lo que viene a continuación son adaptaciones, apoyo y ajustes, por lo que hay que tomar en cuenta que todos en algún momento de la vida vamos a necesitar apoyo (Barlow 2018).

Las personas que tienen algún tipo de discapacidad han sufrido históricamente exclusión y rechazo por la sociedad. La actitud hacia estas personas se encuentra siempre marcada por una especie de repudio consciente en mayor o menor nivel acerca de sus deficiencias o anomalías, que generan actitudes y sentimientos de piedad, miedo y lástima, y de esta manera marca una forma de tratar especial y diferente que en la mayoría de los casos ha confluido en conductas y prácticas de exclusión social (Cobeña, 2018).

Jimbo (2017) menciona que las condiciones observables en aspectos primarios de salud en pacientes con discapacidad ameritan como requisito la presentación de algún tipo de deficiencia, con limitaciones en la actividad que implique la reducción de la participación del individuo en el ambiente que lo rodea y estas están clasificadas en: mentales, sensoriales, comunicacionales o mentales. Dicho de otro modo, las condiciones de salud primaria es el hecho de que las deficiencias antes mencionadas se encuentren presenten permanentemente, e imposibilite o dificulte en gran medida la realización efectiva de cualquier tipo de acción en las áreas de la vida del paciente.

Por otro lado, lo concerniente al tema de este proyecto, las condiciones de salud secundarios en atención hospitalaria se denominan a aquellas situaciones en donde a las condiciones primarias de salud se le agregan otras que dificultan la calidad de vida del paciente, estas son la depresión y los trastornos del estado nutricional (Jimbo, 2017).

En cuanto a las consecuencias psicológicas en un grupo dado la depresión en adultos mayores se externaliza en forma de malestares físicos que no están especificadas o en preocupaciones sobre el correcto funcionamiento de su cuerpo, el miedo

a que este falle en cualquier momento, irritabilidad, dependencia, ansiedad impotencia excesiva o negatividad. Además, es posible, que se muestre con síntomas psicóticos sin, que sea necesaria un trastorno depresivo evidente, es por eso que las situaciones de vida diaria de paciente con trastorno depresivo cambian mucho a partir de la edad de los 60 años. En esto influyen elementos como: cambios de domicilio, rechazo a reconocer sintomatología depresiva, duelos, enmascaramiento o encubrimiento de síntomas, pérdida de capacidad mental y física, todo esto subvenciona a que la enfermedad se subdiagnostique (Gualavisí e Isabel, 2022).

La depresión en personas con discapacidad física, también, se relaciona con una dinámica de varios elementos psicosociales, sociodemográficos y biológicos. Dentro del marco de interés es posible destacar los factores o elementos de riesgo psicosociales: factores estresantes del diario vivir (temor a morir, autopercepción negativa de salud, algún tipo de discapacidad), comportamientos y pensamientos desadaptativos (distorsiones cognitivas, procesamiento errónea de información, patrones de pensamiento problemáticos), estresores de la sociedad (falta de apoyo social, carencia de redes de apoyo adecuadas, aislamiento social o percepción de aislamiento), experiencias de duelo, y otras (Gualavisí e Isabel, 2022).

La discapacidad hoy en día es totalmente considera como un problema de salud en el mundo, se considera que hay cerca de mil millones de personas que padecen cualquier discapacidad, en el país de Ecuador, se reporta que cerca del 5.4% de la totalidad de la población presenta algún grado y tipo de condición discapacitante. Entre estas se describen diferentes discapacidades ya sea auditiva, visual, intelectual y física y esta última es la que presenta mayor frecuencia de diagnóstico o calificación en el país la cual embarca el 67% de las personas con discapacidad en Ecuador (Bonifaz et al., 2022).

Destacamos así que los individuos que padecen discapacidad, en especial física, son vulnerables a sufrir diferentes problemas que afectan a la salud en general y la llevan a un detrimento precoz, progresivo y acelerado de la salud, lo cual disminuye la manera de percibir la calidad de vida (Bonifaz et al., 2022).

Tipos de discapacidad

El MSP (Ministerio de Salud Pública, 2020) de Ecuador con base en el DSM-5 integra a su manual de calificación siete tipos de discapacidad, los cuales, se describen de la siguiente manera:

Discapacidad física

Se trata de aquellas limitaciones, deficiencias y restricciones que afectan al área funcional del individuo que tiene carácter irreversible y atenta a capacidades estructurales que no se recuperan, se relaciona con alteraciones neuromusculares y neuro esqueléticas o de órganos internos que perjudica a la libertad de postura, coordinación, movilidad o desplazamiento, un incremento de la debilidad muscular o falta de fuerza corporal, carencia de motricidad gruesa o fina y que, finalmente, dificulta el cumplimiento adecuado de las actividades de la vida diaria o de la autonomía (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Discapacidad intelectual

Este tipo de discapacidad, se encuentra marcado por deficiencias o limites significativos en la función intelectual y en la capacidad de la persona de adaptarse a los diferentes entornos, contextos o cambios, lo cual se manifiesta por medio de la falta de sus habilidades prácticas, conceptuales, sociales y de adaptación. Esta discapacidad es evidente antes de la mayoría de edad, es decir, 18 años (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Discapacidad múltiple

Tiene que ver con la existencia de dos o varias discapacidades en la misma persona, estas son: del lenguaje, física, auditiva, visual o psicosocial que origina limitaciones de índole funcional en las diferentes áreas de la vida y que afecta a variados sistemas del individuo (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Discapacidad del lenguaje

Se trata de aquellas limitaciones en el lenguaje, la expresión verbal provocada por defectos o trastornos que perjudican constantemente la capacidad de comunicarse y relacionarse afecta a los aspectos lingüísticos y al nivel de comprensión, lo cual, afecta al origen de relaciones sociales, rendimiento académico, familiar, y no siempre viene relacionada con discapacidad intelectual (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Discapacidad auditiva

Se trata de aquellas limitaciones en la percepción de sonidos provocados por la pérdida de las capacidades de audición ya sea de nacimiento o adquirida, de uno o el par de oídos (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Discapacidad visual

Embarca aquellas limitaciones funcionales en la visión, las estructuras anatómicas asociadas con el sentido de la visión. Esto es, una alteración del campo visual, la agudeza, motilidad, profundidad, espacio y colores, que impide al individuo movilizarse de manera ágil (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Discapacidad psicosocial

Este tipo de discapacidad tiene que ver con aquel individuo que padece algún tipo de trastorno mental que produce deterioro significativo en el adecuado desenvolvimiento en las áreas de la vida. Las limitaciones en la capacidad de relacionarse adecuadamente de acuerdo con las normas y lo socialmente aceptable impiden al individuo con discapacidad psicosocial funcionar concorde a lo esperado en su entorno, afecta principalmente a las áreas familiar y social (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Evaluación psicológica en personas con discapacidad física

La evaluación psicológica en pacientes con enfermedades que provocan discapacidad supone varias dificultades, por ejemplo, la posibilidad de acceder a varias sesiones de evaluación y que estas tengan una duración de tiempo extensa, la amplitud de los cuestionarios, que se necesiten administrar como el cuestionario de calidad de vida (Mikulic, 2019). En ocasiones, algunas personas, con enfermedades discapacitantes, encuentran doloroso, estar en cierta posición durante mucho tiempo, para responder preguntas o presentan dificultades, al momento de escribir o mantener la atención con una postura determinada por un periodo de tiempo prolongado, estos elementos dificultan la aplicación de evaluaciones psicológicas completas (Mikulic, 2019).

Dado que los individuos que presentan limitaciones únicamente en el aspecto físico, los instrumentos de evaluación psicológica, no se han visto en la necesidad de ser modificados de alguna manera, las personas con limitaciones de tipo física o motora por lo general, preservan sus funciones cognitivas sanas y en adecuado funcionamiento, por lo cual, posibilita y facilita la aplicación de instrumentos de evaluación sobre todo aquellos que tienen que ver con estados afectivos o trastornos emocionales, ansiedad, depresión, etc. (Crespi, 2021).

Ética en la evaluación de personas con discapacidad

Ante los comportamientos problemáticos, sentimientos o emociones que impiden a las personas con capacidades limitadas funcionar correctamente, los profesionales de la salud mental se enfrentan con desafíos diarios, uno de esos retos es diseñar una intervención adecuada para una población específica, en este caso, personas que padecen algún tipo de discapacidad, estas intervenciones están enfocadas a responder correctamente a las necesidades del paciente. (Álava, 2021).

Ocurre con mucha frecuencia que ante la urgencia de abordar los problemas emocionales o conductuales de aquellas personas que sufren de alguna enfermedad

discapacitante los profesionales se centren en eliminar aquellos síntomas psicológicos que dificultan aún más la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, es necesario que todo profesional se guie en los aspectos éticos de su deber tanto como persona y como profesional de la salud mental. (Álava, 2021).

1.3. Depresión en personas con discapacidad física

Las personas que tienen discapacidad, no quieren decir que por ende sufrirán sintomatología depresiva grave, dado que la depresión tiene alguna conexión con la condición discapacitante, también, la depresión está conectada con diferentes eventos del día a día en la vida de la persona, frecuentes sobre todo en personas que tienen discapacidad. Por otro lado, las personas con discapacidad enfrentan diariamente varios problemas y desafíos que aumentan el riesgo de que síntomas depresivos aparezcan (Thayne, 2019).

Sin embargo, diferentes artículos reconocen que aquellas personas que tienen algún tipo de discapacidad, son propensos a sufrir de depresión cuando se ven a sí mismas con dificultades seria de movilidad o desplazarse con agilidad o cuando no están en la capacidad de acceder en instalaciones que no tienen adecuaciones para personas con discapacidad o no alcanzan objetos como herramientas, también, cuando no son capaces de obtener estabilidad laboral y que tenga buena remuneración, entre otros elementos, que los hacen caer en la sintomatología depresiva y perturba sus estados afectivos, estados anímicos y su normal conducta en sus grupos sociales (Thayne, 2019).

Intervención psicológica

La intervención psicológica tiene que ver con aquellas técnicas y bases aplicadas correcta y adecuadamente por parte de un profesional entrenado y que ha tenido su formación en el campo en orden de que comprenda adecuadamente la problemática de las personas que acuden con el profesional, también, este se encarga de guiar, asesorar, y brindar herramientas pertinentes al paciente para que este encuentre la capacidad de reducir o eliminar la sintomatología que le esta que impide

funcionar adecuadamente, con el objetivo final de que la persona retome eficazmente las actividades de la vida diaria . La intervención psicológica se extiende de esta manera a otras áreas como la deportiva, laboral, comunitaria, hospitalaria, de grupos, de salud y clínica (Bados, 2019).

Niveles de intervención psicológica

Son diversos los niveles en los cuales, los profesionales de la salud mental intervienen, estos son: familiares, de pareja, grupales, en comunidad. Es esencial diferenciar que, dentro de cada uno de estos ámbitos, también, es posible combinar los diferentes niveles de intervención, por ejemplo, es probable que en una intervención individual se requiere, también, intervenir en el ámbito familiar o que el problema se extienda al contexto que rodea al paciente, en este caso es necesario combinar estos niveles. Entre todo estos los niveles individual y grupal de intervención psicológica son los más frecuentes y usados en la clínica con diferentes trastornos psicológicos (Sánchez, 2018).

Intervención comunitaria o en comunidad

En este nivel de intervención el objetivo es alterar el contexto en el que viven aquellas personas que presentan problemáticas cuyas dificultades centrales se generan y mantienen en lo comunitario, el enfoque de esta actuación es que los individuos sean capaces de adquirir nuevas capacidades de resolución de problemas para prevenir y resolver conflictos que surgen en el medio, las formas más frecuentes en las , que se trabaja es a través de cambios institucionales y crear nuevos servicios y programas, esto requiere de varias competencias para las organizaciones sociales. Por otro lado, existen varios riesgos, enfrentamos a políticas públicas y reglamentos gubernamentales (Sánchez, 2018).

Intervención familiar o de pareja

En este tipo de intervención, se identifica los patrones problemáticos en la pareja y que exista disposición de participar y colaborar en el proceso. El foco de intervención, en este nivel es que las personas implicadas, sean capaces de darse cuenta de su aporte a la formación del problema y que cambios son necesarios realizar para que el patrón problemático que no se mantenga, también, es primordial que los usuarios mejoren sus estrategias de comunicación y de resolución de conflictos (Leahy, 2018).

Intervención grupal

La intervención en este nivel, se centra en que las personas involucradas presenten un conflicto de intereses similar y que genere constante problemáticas entre los miembros del grupo. Es importante que los participantes de este grupo mantengan un objetivo en común y a pesar de sus características individuales, esto no influya negativamente en la dinámica grupal, se plantea, por lo tanto, que el grupo reconozca sus fortalezas y sus desventajas y trabaje con estrategias de comunicación y trabajo en equipo eficaces (Leahy, 2018).

Intervención individual

La intervención individual, el nivel más usado en el campo de la psicoterapia, se plantea mediante el uso de objetivos y tomar siempre en cuenta elementos anteriores, que se realiza desde diversas actuaciones. El foco de interés depende del problema o el componente, que se quiere tratar, por ejemplo, el alivio sintomático, la psicoeducación, la promoción de salud mental, prevención de exposición a situaciones que generen estados emocionales o comportamentales dañinos o desadaptativos, etc. Lo que se considera en un nivel de intervención individual es el nivel de malestar que generan los síntomas o la problemática por la cual, el paciente acude a consulta, por lo general por la existencia de sentimientos o emociones intolerables, para esto el profesional diseña un plan de intervención individual y tomar en cuenta técnicas, herramientas y actividades (Jara, 2021)

Modelo comunitario

Este modelo, tiene como base el hecho de que la conducta del ser humano es dependiente de la relación entre el contexto y los individuos, esto advierte las necesidades de crear recursos y alternativas socioeconómicas, para el desarrollo de las competencias individuales, también, pone énfasis en la prevención primaria y secundaria, se acoge la función de psico educar y emplea la actividad en sociedad. Este modelo a menudo es cuestionado, por no abordar los aspectos teóricos de aquellos métodos de intervención para lograr cambios perdurables y certeros en la sociedad, así mismo, por proponer objetivos que en muchas ocasiones no son realistas con el contexto actual y, por lo tanto, tiene escaso éxito en lo concerniente a la prevención, es un riesgo para las personas que presentan trastornos graves y que las personas que intervienen no estén empapadas del contexto cultural de la comunidad (Jara, 2021).

Modelo médico

Este modelo es uno de los más antiguos, que se han utilizado para tratar pacientes con problemas mentales, tiene como fundamento considerar el comportamiento desadaptativo de las personas y tomar como fundamento que este es generado por alteraciones genéticas u orgánicas ya sean heredadas o adquiridas. Estas alteraciones afectan al sistema nervioso, al funcionamiento adecuado del órgano que origina la conducta problemática. Al cabo de esta conclusión el modelo médico interviene a nivel farmacológico la sintomatología que presente el individuo (Hall, 2019).

Modelo psicodinámico

Se fundamenta en como el determinismo dependiente de elementos psicológicos internos como los deseos, los conflictos internos, la conciencia del yo, los impulsos, además, agrega énfasis en el rol del conflicto y sostiene que los impulsos del interior del individuo están en constante búsqueda de la expresión en orden de rebelarse contra las prohibiciones de la sociedad o la cultura. Estos síntomas de neuroticismo

son considerados en la actualidad desde una perspectiva psicodinámica propuestos como un conflicto entre lo que se propone en el psicoanálisis como el ello, el superyó y el yo, esta problemática generada por estos tres elementos es amplificados por los defectos del yo. Este modelo propone que la mayoría de estos problemas surgen en la niñez (Kensi, 2022).

Modelo sistémico

Este modelo pone énfasis en los sistemas interpersonales, entre los elementos positivos le pone acento en los factores sociales y relacionales de las familias, este modelo aparta las características personales o individuales que no ameritan resaltar, deja de lado otros sistemas que son igual de esenciales. Hay actualmente escazas investigaciones basadas en evidencia de este modelo, sin embargo, existen investigaciones no experimentales que sugieren un buen nivel de eficacia de este tipo de intervención. Este modelo de intervención es manipulador y directivo para conseguir los cambios, que se han planteado como objetivo al inicio de la intervención, es importante que el terapeuta, no se involucre en la familia para no perder la objetividad (Kensi, 2022).

Modelo cognitivo conductual

En orden de dar inicio, (Vásquez et al., 2019) en la última revisión de su investigación describen el progreso del enfoque cognitivo conductual en el transcurso de 30 años con el objetivo de entender el enigma de la sintomatología depresiva o el trastorno de depresión mayor en las personas, también, el potencial de generar terapéuticas y psicoterapia moderna con base en esquemas de pensamiento o propiamente cognitivos. La esencia de este postulado consiste en la forma del procesamiento de información es la mediadora entre una situación de alto estrés y experiencia estresante que atraviesa un individuo y que resulte en el aparecimiento de sintomatología depresiva.

Así, la sintomatología depresiva o el trastorno de depresión mayor presenta características específicas, en cuanto a lo cognitivo, esto se refiere a que el individuo que

padece este trastorno tiene recurrentemente pensamientos y sentimiento negativos. Esta manera de deconstruir lo que le rodea al individuo, que depende mucho de lo, que se llama esquemas de cognición se consideran características básicas de la personalidad, esto es lo que da origen a la alteración conductual y emocional. Frente a las diferentes experiencias de la vida, los pacientes que sufren de depresión responderán a las situaciones de la vida diaria con esta manera de pensar (Carrasco, 2017).

Beck, uno de los pioneros en entender, construir y dar explicación desde el enfoque cognitivo, la sintomatología o el síndrome depresivos como el autor lo llama, a continuación, se explica. Herrera (2019) ilustra que, los tres descripciones relevantes en esta teoría es: un compuesto de tres elementos en la esfera cognitiva compuesta de ideas de negatividad que tiene relación con sí mismo, lo que tiene que ver con el mundo, los posibles eventos futuros o el ambiente que los rodea; incluso esquemas de cognición, que se aprenden desde edades tempranas de la vida de un individuo o la forma de procesar la información determinan la calidad de esta triada cognitiva.

DeRubeis, Keeffe y Beck (2019) hicieron una revisión actual basado en el manual de terapias cognitivas, en este manual se describe que la terapia cognitiva se enfoca, a diferencia de otras terapias, en la composición de la forma de pensar del paciente que tiene depresión, y encontrar dicho proceso como específico del trastorno.

Desde esta perspectiva, mientras dura la terapia al paciente se lo entrena para, que sea capaz de registrar, anotar y calificar sus cogniciones acerca de situaciones específicas que provoquen estados de pensamiento negativos o sentimientos frustrantes que favorezcan la aparición de síntomas depresivos. El terapeuta en un inicio motiva al paciente a identificar sus creencias, a tomar estas como ideas hipotéticas, lo que permite que el paciente sea más objetivo y que estas no sean tomadas como verdades que rigen su vida, de esta manera se considera que éstas son contraproducentes para su conducta (Barlow, 2017).

Después de poner a prueba estas ideas, el paciente ocasionalmente, modifica la base que genera este trastorno y como consecuencia las reacciones emocionales que generan estos patrones de pensamiento. La intervención psicoterapéutica, por lo tanto, se enfoca en la modificación de la construcción de estas cogniciones y el procesamiento de información del paciente, como consecuencia la modificación cognitiva es el objetivo principal para que la realidad se vea de una forma diferente y que los síntomas emocionales y de conducta que corresponde cambie de la misma forma (Jurado & Gradel, 2019).

En la última edición de su trabajo, Beck (2019) ilustra como a través del análisis de sus pacientes, identifica los componentes de estas cogniciones, el autor afirma que los pensamientos automáticos se constituían en interpretaciones malas de la realidad o de las experiencias del paciente y que al momento de buscar la evidencia a favor de estas conclusiones, había poca, o ninguna, y dentro de la visión de los eventos de paciente deprimidos estas experiencias provocaban pensamientos y conductas de autocrítica o sentimientos de culpa.

Al comenzar a identificar estos pensamientos, las nombra distorsiones cognitivas y las clasifica en las siguientes: inferencia arbitraria, pensamiento absolutista, maximización o minimización de experiencias, personalización de eventos, demandas del mundo carente de evidencia, entre otras. Estas se basan en lo que el autor llama esquemas de cognición, conformados de creencias estables y profundas en el paciente que cuando se manifiesta un evento se activan estas distorsiones cognitivas (Lopéz & Huerta, 2021).

La psicoterapia para la depresión desde este enfoque, según mencionan Puerta y Padilla (2011) presentan tres objetivos sustanciales: modificación reestructura de las distorsiones cognitivas, a través de técnicas de exposición y cognitivas-conductuales, técnicas de habilidades de socializar y solución de los conflictos, todo esto con una relación de confianza entre paciente-terapeuta.

Dentro de la revisión que realizaron, López y Huerta (2021) dan una descripción de la terapia con enfoque cognitivo-conductual y el foco de atención es el paciente que

solicita tratamiento. En el inicio de esta terapia, se ofrece una psicoeducación al paciente acerca del funcionamiento de la terapia, breves fundamentos teóricos, en síntesis, para que el paciente comprenda cómo interactúan su conductas, emociones y pensamientos y que el paciente sea capaz de identificar los ya mencionados, posteriormente el paciente adquiere la habilidad de evaluar y modificar los pensamientos o cogniciones específicas que provocan los sentimientos o conductas del problema que le ocurre.

En todo lo que tiene que ver con las demostraciones acerca de la eficiencia de esta psicoterapia cognitiva-conductual de Aaron Beck dirigido a trastornos depresivos, se encuentran los ensayos aleatorios controlados y metaanálisis realizados que demuestran que la psicoterapia desde este enfoque es eficiente en este tipo de pacientes (Kessler et al., 2018).

De igual manera, la eficacia de esta terapia se la compara con la TIP, y en casos específicos, la sintomatología depresiva empieza y son mantenidos como resultado de sesgos de cognición o malos procesamientos de información, por lo que el objetivo de intervenir está en estos problemas. Toda la evidencia sugiere que al mejorar el componente cognitivo es posible reducir la sintomatología depresiva, que se presenta (Davis et al., 2019).

La psicoterapia cognitiva-conductual para los tipos de depresión en pacientes que llegan a consulta y que pertenecen a población adulta se realiza en el consultorio de un terapeuta entrenado en este enfoque. Dado que este enfoque ha sido aplicado por años en un formato individual y ha dado resultados exitosos, el formato se ha ampliado al campo grupal en donde, también, ha demostrado su eficacia en pacientes con síntomas depresivos (Betler et al., 2019). De esta forma, la evidencia sugiere que las personas que sufren de sintomatología depresiva mayor o incluso en sus formas leves responden adecuadamente al tratamiento cognitivo-conductual, que se describe en este capítulo.

La psicoterapia cognitivo-conductual representa la conformación de las bases, que se asocian a las teorías de personalidad o de conducta, de terapia cognitiva, de

aprendizaje social, en donde la esencia de la intervención tiene sus bases en considerar al paciente como científico, en el camino en él, que se motiva al paciente a basarse a un método científico para evaluar desde lo empírico sus creencias, pensamiento o ideas (Iglesias & Cortés Thomás, 2018).

Dado lo previamente expuesto, el enfoque C.C., es adaptado en el presente proyecto de titulación, y relacionar las especificidades de individuos con que padecen una condición de discapacidad física y su misma conducta dentro de la sociedad, donde se incluyen sus padecimientos, insuficiencias físicas, rasgos de comportamiento en sociedad e individualmente, como funcionan sus dinámicas en la esfera social, el nivel de actividad en eventos sociales, y varios elementos , que se incluyen en el plan de intervención para eliminar o reducir sintomatología depresiva.

Elicitación y diferenciación

Pensamientos, eventos y sentimientos, a menudo en los pacientes que presentan depresión, están completamente seguros de que su manera de comportarse ha sido provocada por una experiencia específica para llegar a conclusiones distorsionadas sin tomar en cuenta la forma de pensar en el momento exacto, por esto, es importante que el individuo que presenta sintomatología depresiva exprese y reconozca aquellos pensamientos que resultan incomodos o molestos para él. Las explicaciones que encuentran por lo general son plausibles para sí mismo por lo que el elemento central de esta técnica es evocar el pensamiento acerca de las conductas y emociones que este provoca (Leahy, 2018).

Los pensamientos crean sentimientos

Para este punto, vale el esfuerzo enseñar y explicar al paciente a identificar aquellos pensamientos desde su experiencia propia han generado sentimientos para esto es importante que el paciente sepa los siguientes elementos esenciales: los sentimientos y los pensamientos son componentes distintos y los pensamientos son capaces de generar emociones o sentimientos y muy probablemente conductas (Leahy, 2018).

Distinguir pensamientos de hechos

Los pensamientos y los eventos no son proporcionales entre sí, es probable que una experiencia provoque un pensamiento, pero este no demuestra la realidad tal como ocurre. La forma en la que esta técnica trabaja es a través de un formato dividido en tres columnas en donde A es el evento activador C es la consecuencia o sentimiento posterior al evento activador y B es el pensamiento responsable de la consecuencia en función de emociones o sentimientos y probablemente de conductas (Leahy, 2018).

Buscar variaciones en un pensamiento específico

Los sentimientos, las experiencias, las conductas y los pensamientos son fenómenos dinámicos, que se encuentran en constante interacción y cambio. El paciente con depresión, frecuentemente fija un determinado pensamiento o sentimiento en lo actual sin tomar en cuenta que estas experiencias cambian al transcurrir el tiempo. Por esto, el terapeuta evalúa directamente las variaciones que existan en esta creencia que incita al paciente a que el, también, sea capaz de generar pensamientos alternativos y más adaptativos (Leahy, 2018).

Reestructuración cognitiva

Esta técnica consiste en cambiar y moldear los patrones de pensamiento negativos, que causan daño al paciente y que provoquen sentimientos intensos de malestar y conductas disfuncionales. (Leahy, 2018).

Flecha descendente

En esta técnica lo, que se pretende es identificar las creencias de base que construyen al pensamiento desadaptativo, para esto el psicoterapeuta cognitivo formula una serie de preguntas con varias intenciones de agrandar el conocimiento, que se tiene sobre lo que originó y lo que mantiene el problema actual (Almendro, 2022).

Diálogo socrático

Por medio de esta técnica, es posible cuestionar el sistema de pensamientos o creencias del paciente sin ser demasiado penetrante o que el paciente se sienta juzgado. Se cuestiona al paciente de manera directa acerca de sus pensamientos o aquellas creencias que le preocupan o le generan más malestar (Almendro, 2022).

Entrenamiento en habilidades sociales

Dado que el paciente deprimido, ha dejado de lado su capacidad de socializar y su motivación por reunirse con sus amigos o de hacer unos nuevos, es importante potenciar las habilidades que el paciente posee y si no es así, generar nuevas para de esta manera reducir la sintomatología en la percepción de inutilidad total por parte del paciente y si estos pensamientos, han sido generados ha sido de cierta manera por el deterioro de sus habilidades sociales (Caballo, 2019).

Role-play

Dentro de esta técnica el objetivo es simular situaciones de la vida real, cuando, el paciente va a tener la oportunidad de darse cuenta sus patrones de comportamiento y de pensamiento en eventos específicos de su problema, de esta manera el paciente y terapeuta utilizan el juego de roles para dicho propósito (Caballo, 2019).

Moldeamiento

Como consecuencia de la falta de activación conductual del paciente y la pérdida de habilidades sociales, y escasa actividad, el propósito de esta técnica conductual es crear una conducta nueva o recuperar conductas adaptativas para que reemplace a las conductas disfuncionales que el paciente ha adoptado. En este procedimiento el terapeuta actúa como ejemplo de la conducta, que se quiere crear o recuperar (García, 2022).

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Paradigma de la investigación

El paradigma que sustenta a esta investigación y sus procesos es el positivista, para Ricoy (como se citó en Ramos 2019) afirma que el paradigma de cualidad positivista, es aquel que está calificado como cuantitativo, de índole práctica que incluye el análisis racional y científico que mantiene a la investigación, cuyo objetivo sea el de verificar una suposición o hipótesis por vías estadísticas o establecer las reglas de una variable específica a través de métodos matemáticos o ciertamente numéricos.

Según lo expuesto por Cohen y Manion (2018) la influencia de la corriente del positivismo en cuestiones sociales cae sobre los métodos de generar el conocimiento, el cual tiene sus bases en los procedimientos de analizar los datos, como aquellos , que se establecen en ciencias de exactitud, también, dentro del paradigma positivista se da por sentado que aplican la diferente metodología de las diferentes ciencias como la física la biología o la medicina de forma cierta dentro de la investigación en ciencias de los grupos sociales como es el caso del presente proyecto.

En el desarrollo de la actual exploración, el paradigma positivista se ve reflejado en la recolección de datos a través de la Escala de Depresión de Beck (BDI-II) la cual muestra los niveles de depresión o la cantidad de sintomatología depresiva que presentan los participantes unido a sus patrones de conductas y pensamientos al momento de la ejecución de la evaluación, resultados en los cuáles confiamos tras el adecuado análisis de los mismos para usarlos como base en la elaboración del plan propuesto. Estos datos se usan como base para la elaboración del plan de intervención. A través de la recolección de estos datos se concreta el paradigma positivista dado que el investigador interactúa con el objeto de estudio.

2.2. Diseño de la investigación

La actual investigación tiene un diseño de orden no experimental, lo que significa que tiene sus bases en un estudio en el cual, no se modifica las variables independientes en orden de observar algún cambio sobre otras variables, este elemento tal y como sucede en su contexto original, para dar con el análisis de la depresión vista como un evento que existe y que no es provocada intencionalmente por la persona que investiga, es algo que ocurre naturalmente, no es posible manipular las variables ni estas reciben influencia (Hernández, 2018).

Dado que para este proyecto, se usó un grupo específico de personas en un tiempo delimitado y a pesar de que el investigador interactúa, directamente con las variables este está en la capacidad de manipular con el objetivo de cambiar alguno de los elementos que las componen, simplemente toma los resultados para analizarlos de acuerdo a los objetivos establecidos y de qué manera se han logrado evidenciar durante la investigación.

Enfoque

Esta investigación, ha adoptado como enfoque el de tipo cuantitativo, es cuantitativo porque el desarrollo de esta exploración tiene su núcleo en la recolección de datos a través de medidas numerales, y estos datos permitirán responder las preguntas planteadas en el proyecto (Ortega, 2018).

El enfoque cuantitativo tiene sus características en la práctica-deductiva, lo que, a partir de procesos minuciosos y el correcto uso de técnicas de recolectar información o datos de estadística (Ortega, 2018). Por esta razón la presente investigación ha utilizado la recolección de datos e información por medio de instrumentos validados y de estándar. Estos instrumentos son uniformes para todos los casos en los , que se ha aplicado, estos datos se obtienen por medio de la observación, la medición y su respectiva documentación, por lo tanto, el enfoque cuantitativo , que se ha usado en esta investigación se ve reflejado la utilización de instrumentos validados y fiables en investigaciones previas o a su vez se han generado actualizados a

partir de una minuciosa lectura y revisión de teoría o bibliografía que sustentan estos instrumentos para ser sometidos a pruebas y ajustes (Ortega, 2018).

De esta manera a través de la ficha sociodemográfica de recolección de información personal y la Escala de Depresión de Beck utilizadas para la recolección de los datos necesarios se han logrado identificar la sintomatología depresiva en personas con discapacidad física que acudieron al servicio en el CDS número 3 en Ambato los mismos, que serán útiles para elaborar el plan de intervención propuesto.

Alcance de la investigación

La actual investigación es un estudio de naturaleza descriptiva, dado que el propósito no es el de encontrar o poner a prueba algún tipo de relación de causa y consecuencia entre las diferentes variables, más bien se utilizan diseños no experimentales para la recopilación de información que apoyan en el cumplimiento de objetivos de investigación (Casemiro, 2018).

Según Fernández, Baptista y Hernández (2020) estos análisis tienen como objetivo detallar los elementos especiales, componentes, elementos, perfiles, comunidades, grupos específicos, procedimientos, o cualquier elemento que el investigador someta a un proceso de análisis sin tomar en cuenta como se relacionan las variables que los componen.

Los síntomas depresivos , que se manifiestan en personas con algún tipo de discapacidad física son plasmados en la Escala de Depresión de Beck, estos resultados son medibles y observables, con los cuales, el investigador interactúa directamente y los analiza para obtener un resultado específico que apoyan al cumplimiento de los objetivos de la exploración, también, a través de la aplicación de la ficha sociodemográfica es factible sustentar o relacionar los síntomas depresivos con el tipo de discapacidad física que presenta el participante, como lo que fue sustentado en el marco teórico (Cazán, 2017).

Corte de la investigación

La presente investigación es de corte transversal, en consecuencia, las utilidades de esta son el avance para estudios futuros sobre el tema seleccionado, a la vez, el investigador tiene el control sobre la selección de los participantes y los elementos de medición, en donde estudiamos diferentes soluciones o desenlaces. Este tipo de investigación abastece la certeza de una adecuada asociación estadística que son firmes en cuanto a variables que no son modificadas en el transcurso del tiempo como la raza, el grupo de sangre o el sexo (Mantherola et al., 2019).

Es de corte transversal dado que la investigación agrupa datos en un tiempo específico y singular, y tomar en cuenta que el propósito es evaluar los síntomas depresivos en personas con discapacidad física que acuden al Centro de Salud N-3 de Ambato y a partir de estos resultados se elabora un plan de intervención cognitivo-conductual.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para, que sea posible la realización de una investigación minuciosa, es esencial la utilización de herramientas y técnicas adecuadas, estas apoyan en la recopilación de datos e información adecuada de cada persona o de algún grupo a través de una estrategia ordenada y con lógica, en consecuencia, esto aporta en el cumplimiento de los objetivos o la hipótesis generada (Gauchi, 2020).

También como García (2019) explica, mediante estas diferentes herramientas el investigador tiene el acceso a la información necesaria para cumplir con los objetivos de investigación establecidos. A través del uso de fichas sociodemográficas y otros documentos que apoyan el adecuado desarrollo del proceso es posible obtener la información de manera que todo el proceso se rige a un método científico de recolección de datos y así que el margen de error o la comprobación y obtención de información de las variables no posean un margen de error tan grande que ponga en riesgo la investigación (García, 2019).

Encuesta psicométrica

Es una prueba cuyo objetivo es medir de manera objetiva y tipificada aspectos específicos psicológicos de las personas y se aplica esencialmente para evaluar un espectro amplio de fenómenos psicológicos y psicopatológicos, rasgos de personalidad, actitudes, patrones de pensamiento, creencias, experiencias o formas de reaccionar a determinadas situaciones (Haydee, 2019).

En el presente proyecto se ha aplicado una prueba psicométrica para valorar sintomatología depresiva en paciente con antecedentes de discapacidad física y malestares asociados a síntomas depresivos.

Ficha sociodemográfica ad hoc de recolección de información personal

La ficha sociodemográfica posee diferentes componentes como el sexo, el estado civil, la edad, el tiempo, los datos familiares, la profesión u ocupación actual, antecedentes médicos, problemas de salud, síntomas, medicación, etc. Dicho cuestionario agrupa requisitos esenciales como el administrarse en un tiempo corto, simple, concreto, e interesante. Además, esta ficha sociodemográfica ayuda a enlazar los casos de discapacidad física con los resultados obtenidos en la Escala de Depresión de Beck, dado que la idea a defender inicialmente fue aquella que argumentaba que los participantes con algún tipo de discapacidad física presentan, también, síntomas depresivos o depresión como tal (Marcelli, 2019).

Escala de depresión de Beck

Este cuestionario consiste en 21 ítems, dentro de los cuales, la persona tiene que elegir entre un grupo de cuatro diferentes opciones cuyo orden se encuentra de menor a mayor grado de gravedad, la opción que describe de mejor manera su estado de ánimo en el transcurso de los últimos 14 días. Los ítems o apartados se valoran en una escala de 0 a 3, en empleo de la opción seleccionada, para posteriormente sumar la puntuación que varía en una escala que va desde 0 hasta 63 puntos (Beck y Brown, 2006).

Este cuestionario auto aplicado está diseñado para evaluar una amplia gama de sintomatología depresiva, el marco de tiempo se refiere al momento en el que el paciente responde la encuesta y a los últimos 14 días. También el contenido de este pone énfasis en la parte cognitiva del síndrome depresivo, esta sintomatología muestra la mitad del total de la puntuación de la escala, esto representa los síntomas vegetativos y somáticos, lo que lleva al segundo bloque el cual es el de mayor peso. De los 21 elementos de la prueba, 15 de ellos aluden a sintomatología psicológica y cognitiva y los 6 que restan a sintomatología vegetativa (Beck y Brown, 2006).

Este cuestionario en la investigación proporcionó la información adecuada para elaborar el plan de intervención propuesto para el presente proyecto. Dado que como la idea a defender lo explica y el marco teórico lo sustenta, las personas con algún tipo de discapacidad física presentan síntomas depresivos, o bien ha sufrido o sufre actualmente episodios depresivos ya sean leves, moderados o graves. Esta información se ve reflejada tanto en la ficha sociodemográfica como en la Escala de depresión de Beck aplicada durante la atención en el respectivo proceso de calificación de discapacidad, la cual es utilizada para diseñar un plan de intervención, que sea adecuado y adaptado a las necesidades de la población según un modelo Cognitivo- Conductual (Beck y Brown, 2006).

Confiabilidad y validez del instrumento

Esta puntuación junto con su interpretación en la escala de depresión de Beck en cualquier edición, se basa frecuentemente en criterios de corte que tiene varios niveles de gravedad en cuanto a síntomas depresivos. De este modo el manual de origen, es decir, el BDI-II manifiesta los siguientes puntos de corte a tomar en cuenta y así calificar el grado de depresión que presenta el paciente: depresión mínima 0-13, depresión leve 14 -19, depresión moderada 20 -28 y depresión grave 29 – 63.

así, el uso de estas puntuaciones de corte ayuda a distinguir los distintos niveles de la sintomatología del paciente y diferenciar el síndrome, con el objetivo de obtener un diagnóstico preciso (APA, 2022).

Las normativas, por lo general, se presentan en condición de estadísticas descriptivas como desviaciones típicas, medias, distribuciones de frecuencia, etc. Estas dan un resumen del individuo o grupo evaluado (Urbina, 2020). Por esta razón es frecuente que las evaluaciones arrojen medias, y procesos para convertir efectivamente las puntuaciones directas en puntuaciones clasificadas en tipos, esto quiere decir que, las puntuaciones expresan la posición relativa de la persona evaluada dentro de la distribución del grupo, que se usa de referencia, sobre las cuales, en evaluaciones de psicopatología se relacionan con puntuaciones percentiles (Urbina, 2020).

La versión de origen en 1961 de Aaron T. Beck ha sido modificada y adaptada varias ocasiones, ha sido traducida a diferentes lenguas y todas estas han sido validadas hasta sus versiones más actualizadas, la versión adaptada por Snaz, et al. en 2013, fue hecha para mostrar una valoración cuantitativa de la intensidad de los síntomas depresivos y cuantificar la gravedad de estos (Sanz & García, 2018). Esta última revisión tiene un coeficiente de Croenbach que oscila entre 0,872 y 0. 901 lo cual depende de la población a la que ha sido aplicada el instrumento, esta misma tiene una sensibilidad y especificidad mayor al 80 por ciento que varía con relación a la puntuación de corte utilizada (Sanz & García, 2018).

Población y muestra

La población seleccionada para el presente trabajo de investigación está integrada por personas que acuden a la atención del centro de Salud número 3 de la ciudad de Ambato para iniciar con el proceso de calificación de discapacidad. En esta población se encuentran personas con discapacidad: física, intelectual y psicosocial. La población de interés son personas que presentan algún tipo de discapacidad

física sin importar edad, sexo, raza, ideología, posición socioeconómica, etc. Debido a la rigurosidad por conseguir esta población, se procedió a trabajar con población y no con muestra.

Se ha procedido a elegir un muestreo no probabilístico por conveniencia en el que los criterios de inclusión corresponden a un muestreo de casos extremos, que permite trabajar con casos que proveen información excepcional a causa de sus características clínicas inusuales (Ulin et al., 2006).

De esta manera entendemos que la población, que se estudia es una agrupación de diferentes casos, que ha sido limitado y concreto que es alcanzable, el cual es parte del concerniente para la selección de la muestra la cual, alcanza la serie de elementos de criterio predeterminados (Arias, 2021).

En el presente estudio, la investigación se encuentra conformada por hombres y mujeres de diferentes edades que acuden a la atención del Centro de Salud número 3 de la ciudad de Ambato para iniciar con el proceso de calificación de discapacidad, sea este: física, intelectual o psicosocial.

Los participantes de esta investigación son un total de 22 personas, hombres y mujeres de edades comprendidas entre 19 y 50 años que presentan algún tipo de discapacidad física. En concreto se ha recogido información de 14 hombres y 8 mujeres que presentan discapacidad física, de limitación o imposibilidad de movimiento de sus extremidades. Algunos participantes presentaban discapacidad física de un 80% por lo que la ejecución de los instrumentos aplicados se realizó con la guía y supervisión del cuidador o representante legal y del investigador.

Categorización de las variables de la ficha sociodemográfica

A continuación de muestra la tabla de frecuencia y porcentajes de la ficha sociodemográfica con respecto a género, edad y discapacidad.

Tabla 1. Análisis de variables de datos sociodemográficos

		Max.	Min.	Media	Desv. Est.
Edad		50	19	45	50
		Frecuencia		**Porcentaje**	
Género	Hombre	14		64	
	Mujer	8		36	

Nota: 22 participantes (Elaboración propia)

En el presente análisis de los datos sociodemográficos se evidencia que el máximo de edad en la, que se encuentran las personas evaluadas es de 68 años y la edad mínima es de 19 años, la media de edad calculada es de 45,4 con su desviación estándar de 60,4. En el total de las personas evaluadas 14 personas corresponden al género masculino y 8 personas corresponden al género femenino su porcentaje es de 63.64 y 36.36 respectivamente. Así, también, apreciamos que toda la población evaluada ha sido diagnosticada con discapacidad física.

Dada la media de edad (45,4) en comparación con los resultados del estudio de Zunzunegui (2011), interpretamos que la discapacidad física y los tipos de la misma no necesariamente se presentan en la tercer edad o personas de 65 años en adelante, la discapacidad física, auditiva, visual y múltiple en este estudio tiene una prevalencia mayor en población de hombres y su minoría en población de mujeres.

Procedimiento metodológico

Para la realización del marco teórico se hizo una revisión de una considerable cantidad de bibliografía, entre ellos artículos, libros, revistas científicas, de donde se extrajo información acerca de los temas principales de esta investigación. Temas relacionados a la depresión, los diferentes tipos de discapacidad física y como el tener un diagnóstico discapacitante provoca síntomas depresivos.

En la presente investigación, para la recogida de los datos que fueron útiles para llevar a cabo el plan de intervención, se aplicaron tres diferentes instrumentos, entre ellos el consentimiento informado, el cual contiene la información de la investigación el nombre del proyecto, los motivos y fines para los cuales, es necesario recoger los datos y por último el espacio de autorización y consentimiento del participante, que contiene la firma y número de cédula de este.

Posterior a la firma del consentimiento informado, el participante llena la ficha sociodemográfica que contiene los datos personales que excluye el nombre, y el tipo de discapacidad física que presenta lo cual, ayuda como base de la elaboración del plan de intervención y la relación de la presencia de discapacidad física con síntomas depresivos o depresión como tal.

Una vez recogido los datos de la ficha sociodemográfica, el participante procede a ejecutar la Escala de Depresión de Beck (BDI-II) la cual contiene los 21 ítems, que serán útiles para identificar los síntomas depresivos de los participantes con algún tipo de discapacidad física. Todo esto se lo realiza con la respectiva guía y supervisión del investigador.

Inmediatamente se dio paso al análisis descriptivo de los datos recolectados para de esta manera determinar los niveles de depresión que muestran la población de estudio. A partir de ello, se diseñó el plan de intervención con enfoque cognitivo-conductual para la depresión en personas con discapacidad física, y tomar en cuenta técnicas, herramientas y encuadre de este tipo de terapia posterior al diseño de intervención se procedió a validar el plan mediante el método de validación por juicio de expertos que sigue el protocolo sugerido por la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato. Finalmente, se generan conclusiones y recomendaciones.

2.4. Propuesta de intervención psicológica

Datos informativos:

Nombre de la propuesta: Cuando hay esperanza, todo es posible.

Nombre de la institución: Centro de Salud Número 3

Ubicación geográfica y dirección: Tungurahua, Ambato. Centro de Salud número 3.

Tiempo estimado para la ejecución: de 3 a 5 meses aproximadamente en un total de 10 sesiones

Beneficiarios:

- Directos: Usuarios que asisten al servicio de Calificación de Discapacidad del Centro de Salud 3.
- Indirectos: Instituciones relacionadas al sector público, directivos de la institución y profesionales

Personal administrativo y técnico:

- Responsable de la propuesta: Víctor Hugo Martínez Urgilés

Tabla 2. Presupuesto

Recursos	Monto
Humanos	300$
Materiales y suministros	10$
Material bibliográfico	50$
Material tecnológico	100$
Recursos técnicos	50$
Imprevistos	50$
Total	560$

Fuente: elaboración propia

Justificación

En un total de 22 pacientes con discapacidad física hombres y mujeres en edades comprendidas de 19-63 años arrojaban síntomas depresivos 18 personas puntuaron en depresión leve, 3 personas puntuaron en depresión moderada y 1 persona puntuó en depresión grave con una puntuación mínima de 16 y máxima de 27 en la Escala de Depresión de Beck. Por lo cual, el siguiente Plan de Intervención se ha diseñado a partir de las observaciones en el lugar de prácticas preprofesionales el cual está dirigido a aquellas personas que, a raíz del diagnóstico de discapacidad física, han desarrollado síntomas depresivos variados.

Estas personas evaluadas han asistido como usuarios del proceso de calificación de discapacidad para la carnetización, dicho proceso se desarrolla en una entrevista objetiva en donde no hay lugar para entrevistar al paciente en el aspecto psicológico por razones de protocolo, es decir, el profesional toma los datos informativos, evolución de la discapacidad el paciente en un lapso de 45 minutos, por esta

razón, el siguiente Plan de Intervención se ha propuesto con el fin de presentarlo al MSP-CDS3.

Objetivo general

- Validar un plan de intervención para la depresión en personas con discapacidad física.

Objetivos específicos

- Diseñar un plan de intervención para la depresión en personas con discapacidad física.
- Seguir los lineamientos establecidos por las autoridades para el diseño de un plan de intervención para la depresión en personas con discapacidad física.
- Presentar el plan de intervención a los expertos para el proceso de validación.

Planificación general

La temporalización de la propuesta en el plan, que se presenta a continuación contiene un total de 10 sesiones incluidas: la sesión de socialización de entrevista diagnóstica y una sesión de cierre de acuerdo con lo sugerido. En el desarrollo del Plan de Intervención para reducir los síntomas depresivos en personas con discapacidad física, se encuentran detalladas las sesiones que tienen como objetivos reducir la sintomatología relevante hallada en los resultados de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) los cuales, tienen que ver con las diferentes áreas de interés (cognitivo, afectivo, conductual, fisiológico, familiar, académico, laboral) en los cuales, se aborda el estado de ánimo, pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, odio a sí mismo, autoacusación, impulsos suicidas, períodos de llanto, irritabilidad, asilamiento social, indecisión, imagen corporal, capacidad laboral.

Tabla 3. Resumen de la propuesta de intervención psicológica

Sesiones	Área de intervención	Objetivos	Técnicas	Actividades	Recursos	Tiempo
Sesión 1	Establecer una relación de confianza paciente-terapeuta Socializar los resultados del diagnóstico	Socializar los resultados del instrumento aplicado (BDI-2 Inventario de Depresión de Beck) Establecer una adecuada relación terapéutica. Socializar el modelo con el , que se va a trabajar y aclarar dudas al paciente	Escucha activa (Rogers, 1957) Fomentar el habla libre (Rogers, 1957 Establecimiento de rapport Preguntas abiertas (Leahy, 2019) Explicación del tratamiento	Presentación del profesional. Socialización de los resultados de la aplicación del instrumento diagnóstico. Establecer la agenda con el paciente	Hojas de papel tamaño A4 Dos esferos de color azul. Libro-Agenda, físico	80 minutos 1 hora y 20 minutos
Sesión 2	Afectiva (Estado de ánimo) Cognitiva (distorsiones de razonamiento)	Identificar los síntomas de la depresión Tomar conciencia sobre las ideas autolíticas, que atenten contra la propia vida o ideas de desesperanza. Incrementar el estado de ánimo del paciente.	Preguntas abiertas Escucha activa Elicitación de pensamientos (Beck, 2019)	Retroalimentación de la sesión anterior Evaluación del estado de ánimo durante el transcurso de la sesión 1 a la sesión 2 Explorar pensamientos y creencias que provoquen sentimientos que reduzcan la calidad adecuada del estado de ánimo Tarea para casa: realizar un programa de actividades para evaluar el nivel de actividad y obtener datos ‘’ precisos’’ sobre la funcionalidad actual.	Hojas de papel tamaño A4 Dos esferos de color azul. Libro-Agenda, físico.	60 minutos 1 hora
Sesión 3	Afectiva (estado de ánimo) Cognitiva (distorsiones de razonamiento)	Revisar los síntomas depresivos, su evolución hasta la sesión actual mediante la entrevista Psico educar al paciente para que comprenda la relación que tienen las conductas, pensamientos y sentimientos Generar alivio sintomático	Psicoeducación para que el paciente sea capaz de distinguir la diferencia entre: pensamientos, sentimientos y hechos. Detección de distorsiones cognitivas. (Caballo,2014) (Beck, 2019) Escucha activa para fomentar el habla libre (Rogers, 1957)	Revisión de la tarea para casa y supervisar posibles errores o dudas que probablemente ha generado el desarrollo de la tarea durante el transcurso de la última sesión. Explicación al paciente de la dinámica e interacción entre sus conductas, emociones, sentimientos y pensamientos.	Hojas de papel tamaño A4 Dos esferos de color azul. Libro-Agenda, físico	60 minutos 1 hora

			Diálogo Socrático	Retroalimentación de la sesión, valoración de satisfacción con la sesión actual. Tarea para casa (Continuar con el programa de registro de actividades para evaluar funcionalidad). Definición por escrito los problemas que el paciente crea que son de influencia o contribución para mantener la depresión.		
Sesión 4	Afectiva (insatisfacción) Cognitiva-conductual (pesimismo)	Fortalecer recursos personales de afrontamiento Enseñar al paciente a identificar distorsiones cognitivas o patrones problemáticos de pensamiento Socializar acerca de la depresión y la dinámica de los síntomas como factores de mantenimiento del problema. Reconocer aquellas conductas y cogniciones que mantienen los síntomas depresivos.	Psicoeducación (Leahy, 2019) Escucha activa-empática (Rogers, 1957) Identificación de patrones problemáticos de pensamiento (Barlow, 2016) Identificación de distorsiones cognitivas (Leahy, 2019) (Beck, 2019)	Breve retroalimentación de la sesión anterior y evaluación general del estado de ánimo en el transcurso de la sesión 3 la sesión 4 Revisión de tarea para casa, aclarar dudas o posibles errores de la ejecución de la tarea anterior Psicoeducación acerca de los factores de mantenimiento del problema Psicoeducación sobre las distorsiones cognitivas y los patrones de pensamiento problemáticos y como estos mantienen las emociones desagradables. Tarea para casa. Actividades de agrado y dominio.	Hojas de papel tamaño A4 Dos esferos de color azul. Libro-Agenda, físico	60 minutos 1 hora
Sesión 5	Cognitiva (insatisfacción, culpabilidad, autoacusación) Conductual (trastornos del sueño, disminución del apetito) Afectiva (estado de ánimo)	Entrenar al paciente para, que sea capaz de identificar los patrones de pensamiento problemáticos y distorsiones cognitivas. Reconocer los patrones de pensamiento problemáticos que motivan conductas desadaptativas. Disminuir los problemas relacionados al sueño y al	Valorar en escala la intensidad de las emociones y pensamientos. (Leahy, 2019) (Caballo,2014) (Beck, 2019) (Elicitación de pensamientos Reestructuración cognitiva (Beck, 2019)	Revisión de tarea para casa, aclarar dudas o posibles errores de la ejecución de la tarea anterior Calificación del grado de emoción y el grado de creencia en un pensamiento. Breve retroalimentación de la sesión anterior. Explicación de cómo funciona la reestructuración cognitiva	Hojas de papel tamaño A4 Dos esferos de color azul. Libro-Agenda, físico Ficha de técnica ‘’ buscar variaciones en un pensamiento especifico’’	60 minutos 1 hora

		cumplimiento de los ciclos normales de este. Reducir los problemas de alimentación provocados por alteraciones en el apetito.	(Barlow, 2016) Técnicas de relajación a través de la respiración (Jacobson, 1959)	Brindar técnicas de reestructuración cognitiva. Retroalimentación de la sesión y evaluación del grado de satisfacción respecto a la sesión actual. Tarea para casa (buscar variaciones en un pensamiento especifico y Registrar los pensamientos)		
Sesión 6	Cognitiva Conductual (aislamiento social) Social (aislamiento social)	Motivar al paciente a presentar alternativas de pensamiento adaptativas. Entrenar al paciente en el desarrollo o recuperación de habilidades sociales. Considerar estrategias de resolución de conflictos. Psico educar al paciente acerca de cómo identificar conductas impulsadas por la emoción. Fomentar el restablecimiento psicosocial en el paciente.	Reestructuración cognitiva (Beck, 2019) Entrenamiento breve en habilidades sociales. (Caballo,2014) (Beck, 2019) (Barlow, 2016) Roleplay (Leahy, 2019) (Caballo,2014) (Beck, 2019) (Barlow, 2016) Técnicas de respiración. (Jacobson, 1959) Psicoeducación Resolución de conflictos (Beck, 2019)	Revisión de tarea para casa, aclarar dudas o posibles errores de la ejecución de la tarea anterior Breve retroalimentación de la sesión anterior. Explicación de cómo las conductas son impulsadas por la emoción y cómo las conductas a su vez inducen a estados de ánimo. Psicoeducación acerca de cómo el paciente usa conductas más adaptativas en diferentes situaciones. Entrenamiento breve en habilidades sociales. Retroalimentación de la sesión actual y evaluación de la satisfacción.	Hojas de papel tamaño A4 Dos esferos de color azul. Libro-Agenda, físico Ficha de técnica ‘’ buscar variaciones en un pensamiento especifico’’	75 minutos 1 hora y 15 minutos
Sesión 7	Afectiva (sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, sentimientos de fracaso) Cognitiva (distorsiones cognitivas)	Psico educar al paciente para, que sea capaz de identificar los pensamientos, creencias e ideas no adaptativas que provoquen y mantengan sentimientos negativos Identificar cogniciones que provoquen emociones negativas y que mantenga los sentimientos de culpa y castigo en el paciente.	Escucha activa, (Rogers, 1957) Fomentar el habla libre Elicitación de pensamientos Reestructuración cognitiva Detención del pensamiento. (Leahy, 2019) (Caballo,2014) (Beck, 2019)	Revisión de tarea para casa, aclarar dudas o posibles errores de la ejecución de la tarea anterior Breve retroalimentación de la sesión anterior. Entrevista no estructurada Mediante técnica de elicitación de pensamientos, el paciente identifica aquellos que provocan una emoción y evidencia aque-	Hojas de papel tamaño A4 Dos esferos de color azul. Libro-Agenda, físico Ficha de técnica ‘’ buscar variaciones en un pensamiento especifico’’	75 minutos 1 hora y 15 minutos

			(Barlow, 2016)	llas que mantienen los sentimientos de castigo culpa y fracaso fomentar el habla libre, y realizar preguntas abiertas. Se usa el entrenamiento en técnicas de reestructuración cognitiva Y psicoeducación acerca de cómo parar pensamientos automáticos que generen emociones y estados de ánimo desagradables. Evaluación del grado de satisfacción sobre la sesión actual. Tarea para casa (practicar técnicas de respiración, usar pensamientos alternativos y más adaptativos acerca de una situación o estado)		
Sesión 8	Conductual (períodos de llanto, pérdida de interés) Afectiva (irritabilidad) Cognitiva (distorsiones de razonamiento)	Retomar las actividades de interés. Reducir los períodos de llanto Reducir la reactividad o irritabilidad ante diferentes situaciones que fácilmente genere estos estados de ánimo)	Técnicas de respiración Detención de pensamiento Alternativas de conductas Reemplazar conductas impulsadas por la emoción Reestructuración cognitiva Role-playing (Leahy, 2019) (Caballo,2014) (Beck, 2019) (Barlow, 2016) (Jacobson, 1959)	Revisión de tarea para casa, aclarar dudas o posibles errores de la ejecución de la tarea anterior Breve retroalimentación de la sesión anterior. Brindar y reforzar las técnicas de respiración previamente dadas y aplicarlas en momentos en donde las emociones negativas influencien sobre las conductas. Brindar y reforzar técnicas de detención de pensamiento cuando haya situaciones en donde el paciente sea más vulnerable y, que sea capaz de reemplazar estos pensamientos por alternativas más adaptativas y funcionales Fortalecer técnicas de reestructuración cognitiva y entrenar a la	Hojas de papel tamaño A4 Dos esferos de color azul. Libro-Agenda, físico Ficha de técnica ‘’ alternativas de conductas adaptativas’’	75 minutos 1 hora y 15 minutos

				persona para que lo aplique en situaciones de la vida real.		
Sesión 9	Cognitiva Conductual Afectiva social	Reducir las distorsiones cognitivas con base en la imagen corporal Potenciar las habilidades actuales para mejorar las creencias con base en la capacidad laboral	Reestructuración cognitiva Entrenamiento en habilidades sociales Role-Playing (Caballo,2014) (Beck, 2019) (Barlow, 2016)	Revisión de tarea para casa, aclarar dudas o posibles errores de la ejecución de la tarea anterior Breve retroalimentación de la sesión anterior. Elicitar las habilidades que el paciente posee para potenciar y usar a favor de maximizar las posibilidades de conseguir un empleo Fortalecer las habilidades sociales adquiridas previamente. Retroalimentación de la sesión actual Evaluar el grado de satisfacción respecto a la sesión actual	Hojas de papel tamaño A4 Dos esferos de color azul. Libro-Agenda, físico	60 minutos 1 hora
Sesión 10	Cognitiva Conductual Afectiva social	Evaluar el nivel de depresión en la sesión actual Evaluar mediante entrevista las distorsiones cognitivas con base en la autoestima, la imagen corporal, los sentimientos de culpa, de fracaso, la irritabilidad, la perdida de placer e interés, el aislamiento social Culminar con el proceso de intervención.	Evaluación de sintomatología depresiva a través de aplicación de instrumento BDI-ll. Inventario de Depresión de Beck. (Beck, 2019) Entrevista no estructurada (Rogers, 1957)	Revisión de tarea para casa, aclarar dudas o posibles errores de la ejecución de la tarea anterior Breve retroalimentación de la sesión anterior. Entrevista de evaluación re-testeo Aplicación del instrumento diagnóstico Cierre del proceso de intervención.	Hojas de papel tamaño A4 Dos esferos de color azul. Libro-Agenda, físico Instrumento Diagnóstico (BDI-II)	60 minutos 1 hora

Fuente: elaboración propia

Fases de la propuesta de intervención psicológica

- **Diagnóstico**: Para llegar al diagnóstico que motivó la propuesta de intervención, fue necesario entrevistar y aplicar tres instrumentos diferentes a paciente que acudieron a consulta de servicio de calificación de discapacidad del Centro de Salud N-3 de la ciudad de Ambato, de manera específica se aplicó el Cuestionario de Depresión de Beck (BDI-II). Posterior a la aplicación se procedió a plasmar los resultados y analizarlos en una base de datos en donde se evidenciaron los diferentes niveles de depresión presentes en personas con discapacidad física en donde 18 personas arrojaron depresión leve 3 personas depresión moderada y 1 persona depresión grave, con base en estos resultados se elaboró el plan de intervención a continuación.
- **Intervención psicológica**
- **Desarrollo de la intervención**

Matriz operativa

En la matriz operativa que se muestra en la Tabla 3 se describe de manera detallada cada sesión y la manera de abordar que se ha propuesto para cumplir con los objetivos del plan de intervención del presente proyecto.

Tabla 4. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 1

Sesión: 1						
Tema: Socialización del diagnóstico						
Objetivo: Socializar los resultados obtenidos en la aplicación del BDI-II						
Área de intervención: Diagnóstico						
Etapas	**Objetivos específicos**	**Actividad**	**Procedimiento/Técnicas**	**Recurso**	**Tiempo**	**Logro**
Introducción	Informar al paciente la estructura de la sesión. Establecer una relación de confianza con el paciente.	Presentación del profesional y de cómo va a ser el desarrollo de la primera sesión Explicación del modelo de tratamiento.	Establecimiento de rapport Fomentar el habla libre Demostrar escucha activa y empática El profesional de una manera clara, directa y sencilla explica al paciente el modelo de tratamiento, que se va a llevar a cabo, la duración estimada de la terapia, los costos, frecuencia de las sesiones e inmediatamente se resolverán incógnitas que el paciente tenga.	Hojas de papel esferos	15min	Que el paciente comprenda en que consiste el desarrollo de la sesión y del tratamiento, así como la estructura básica de este en función de encuadre.
Desarrollo	Socializar el diagnóstico previamente obtenido	Iniciar con la socialización acerca de los resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck.	Terapeuta va a socializar de manera clara y comprensible los resultados obtenidos en la aplicación del test y explicar al paciente porque es importante que el paciente sepa la naturaleza de la sintomatología y como esto tiene peso sobre el malestar actual.	Instrumento diagnostico	30min	El paciente va a conocer los resultados del diagnóstico y saber en qué consiste la problemática.
Cierre	Retroalimentar los contenidos más relevantes de la sesión actual.	Realizar preguntas y hacer una revisión de los temas más importantes de la sesión	Preguntas abiertas sobre la totalidad de la sesión, en donde el terapeuta identifica dudas o acotaciones por parte del paciente, en orden de que el terapeuta aclare las incógnitas del paciente.		15min	Que el paciente tenga presente los aspectos más importantes de la intervención
	Evaluar del grado de satisfacción de la sesión actual.	Incentivar al paciente a realizar preguntas y aclarar dudas respecto a la sesión abordada.	Incentivar al paciente a realizar preguntas con el propósito de que el paciente haya comprendido adecuadamente la información transmitida en el transcurso de la sesión.	Agenda física	15min	Que el paciente califique que tan satisfecho está con el desarrollo de la sesión.
Evaluación de la sesión por el beneficiario. Nivel de satisfacción:						

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 2

Sesión: 2						
Tema: Explorar intentos autolíticos y valoración del estado de ánimo						
Objetivo: Explorar los síntomas de la depresión Evaluar a través de la entrevista las ideas autolíticas, que atenten contra la propia vida o ideas de desesperanza. Incrementar el estado de ánimo del paciente						
Área de intervención: Afectiva y cognitiva. Estado de ánimo						
Etapas	**Objetivosespecí-ficos**	**Actividad**	**Procedimiento/Técnicas**	**Recurso**	**Tiempo**	**Logro**
Introducción	Explorar los síntomas de la depresión a través de la entrevista	Retroalimentación de la sesión anterior Evaluación del estado de ánimo durante el transcurso de la sesión 1 a la sesión 2 Explorar pensamientos y creencias que provoquen sentimientos que reduzcan la calidad adecuada del estado de ánimo	Terapeuta ayuda a recordar al paciente los temas esenciales de la anterior sesión y evaluar si han existido pensamiento o sentimientos que resulten intensamente molestos para el paciente y que dificulte el desarrollo de la sesión actual.	Hojas de papel esferos	15min	Que tanto paciente como terapeuta estén al tanto de cuáles son los síntomas que causan malestar al paciente.
Desarrollo	Emplear instrumento diagnóstico para valorar ansiedad o estados emocionales. Evaluar a través de la entrevista las ideas autolíticas, que atenten contra la propia vida o ideas de desesperanza	Evaluación de pensamientos, ideas o acciones autolíticas. Aplicación de instrumento diagnóstico.	Elicitación de pensamientos A través de preguntas abiertas y guiadas explorar si el paciente presenta o ha presentado intentos autolíticos o si el paciente ha intentado atentar contra su vida El terapeuta si lo cree pertinente aplica un instrumento diagnóstico para identificar si existe ansiedad o estados emocionales, a través de test como: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) Escala de Ansiedad de Hamilton. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Cuestionario de miedos.	Hojas de papel Esferos Instrumento diagnóstico si es necesario	15min	, que se identifiquen aquellas ideas o acciones que atenten contra la vida del paciente e identificar concretamente si existe ansiedad o estados emocionales adicionales a la depresión.
	Incrementar el estado de ánimo del paciente	Explicar al paciente la dinámica de los pensamientos y sentimientos.	Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos y los sentimientos a su vez influyen en la manera de pensar acerca de un suceso determinado.		15min	Que el paciente sienta alivio sintomático y exista una comprensión de la dinámica de los sentimientos y pensamientos

Cierre	Evaluar si el paciente entiende la dinámica de las sesiones y tiene claro cómo va a ser el desarrollo del proceso terapéutico	Retroalimentación de la sesión actual y aclarar dudas respecto a la misma Tarea para casa: realizar un programa de actividades para evaluar el nivel de actividad y obtener datos ‘’ precisos’’ sobre la funcionalidad actual.	psicoeducación sobre el modelo, que se trabaja durante todo el proceso aclarar dudas e incentivar a la participación del paciente.	Agenda física	15min	Que el paciente comprenda como se trabaja conjuntamente para reducir el malestar generado por los síntomas depresivos.
Evaluación de la sesión por el beneficiario Nivel de satisfacción:						

Fuente: elaboración propia

Tabla 6. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 3

Sesión:3						
Tema: Comprender porque me siento y actúo así.						
Objetivo: Psico educar al paciente para que comprenda la relación que tienen las conductas, pensamientos y sentimientos. Psico educar acerca de la interacción entre pensamiento, emoción y conducta.						
Área de intervención: Afectiva -Cognitiva. Pesimismo, insatisfacción						
Etapas	**Objetivosespecíficos**	**Actividad**	**Procedimiento/Técnicas**	**Recurso**	**Tiempo**	**Logro**
Introducción	Revisar los síntomas depresivos y su evolución hasta la sesión actual mediante la entrevista.	Revisión de la tarea para casa y supervisar posibles errores o dudas que probablemente ha generado el desarrollo de la tarea durante el transcurso de la última sesión.	Exploración de síntomas y supervisión de tareas asignadas: el terapeuta pregunta al paciente sobre la tarea y que tanto éxito tuvo en la realización de aquella, también, el profesional explora la sintomatología de qué manera ha evolucionado hasta la sesión actual.	Hojas de papel esferos	15min	Explorar adecuadamente los síntomas y que el paciente sepa cómo ha evolucionado, también que el paciente se sienta motivado a realizar las tareas terapéuticas.
Desarrollo	Medir pensamientos, sentimientos y conductas del paciente. Psico educar al paciente para que comprenda la relación que tienen las conductas, sentimientos y pensamientos.	Enseñar al cliente a usar fichas de autorregistros Explicar al paciente la dinámica e interacción entre sus conductas, emociones, sentimientos y pensamientos.	El terapeuta proporciona una ficha de autorregistro formulada por Beck (1976) y pedir al paciente que traiga al momento presente sus conductas-estados afectivos y pensamientos, de esta manera el paciente aprende a registrar en el momento exacto que surgen aquellos pensamientos, emociones y conductas desadaptativas. En este autorregistro el paciente calificar el grado de intensidad del estado emocional y el grado de creencia en el pensamiento automático, así como la conducta y el resultado. Como distinguir pensamientos de hechos.	Hojas de papel Esferos Ficha de autorregistro impresa	15min	Que el paciente comprenda en su experiencia propia cómo funciona la dinámica entre pensamiento, sentimiento y conducta y sea capaz de registrarlo en el momento en que sucede.
		Detección de distorsiones cognitivas.			15min	
Cierre	Generar Alivio sintomático	Explicación al paciente que es normal, que se haya sentido así tomar en cuenta las motivaciones del paciente para estar en ese estado, tras la explicación de cómo se generan estos estados de ánimo el paciente siente tranquilidad de entender lo que le sucede y, que se trata con efectividad.	Retroalimentación de la sesión, valoración de satisfacción con la sesión actual.	Hojas de papel esferos	10min	Que el paciente se sienta aliviado y valore su satisfacción con la sesión actual.

	Asignar tarea terapéutica para casa	Tarea para casa (Continuar con el programa de registro de actividades para evaluar funcionalidad) Definir por escrito los problemas que el paciente crea influyan o contribuyan para mantener la depresión.	Tareas terapéuticas.	Hojas de papel Esferos Agenda-física	5min	Que el paciente comprenda que la tarea asignada le ayuda a reducir o eliminar los síntomas y que comprenda de, que se trata la tarea para que la ejecute efectivamente.
Evaluación de la sesión por el beneficiario Nivel de satisfacción:						

Fuente: elaboración propia

Tabla 7. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 4

Sesión: 4						
Tema: Comprender porque me he sentido así durante un tiempo.						
Objetivo: Psico educar al paciente para que comprenda factores de mantenimiento y reconozca en lo cognitivo que está favoreciendo el mismo. El paciente comprende como el contenido cognitivo favorece el mantenimiento del problema						
Área de intervención: Afectiva, cognitiva, conductual. Sentimiento de culpa, sentimientos de fracaso, sentimientos de castigo.						
Etapas	**Objetivosespecíficos**	**Actividad**	**Procedimiento/ Técnicas**	**Recurso**	**Tiempo**	**Logro**
Introducción	Recoger información acerca de la dinámica entre pensamientos, emociones y conductas. Entender factores de mantenimiento del problema	El paciente llena un cuestionario para identificar dinámicas problemáticas entre pensamientos, sentimientos y conductas. Explicación acerca de los factores de mantenimiento del problema en este caso la depresión Fortalecer el habla libre Elicitación de pensamientos Identificación de patrones	Escucha activa-empática Fortalecer el habla libre por parte del paciente	Hojas de papel esferos	15min	Que el paciente comprenda la dinámica de mantenimiento de la depresión.
Desarrollo	Enseñar al paciente a identificar distorsiones cognitivas o patrones problemáticos de pensamiento	Explicar al paciente sobre las distorsiones cognitivas y los patrones de pensamiento problemáticos y como estos mantienen las emociones desagradables.	Elicitación de pensamientos Identificación de patrones problemáticos de pensamiento Identificar distorsiones cognitivas	Hojas de papel esferos	25min	Que el paciente sea capaz e identificar en su experiencia propia patrones problemáticos de pensamiento o distorsiones cognitivas.
	Fortalecer recursos personales de afrontamiento	Evaluar los mecanismos y habilidades de que dispone el paciente para manejar diversas situaciones, su tolerancia al estrés y su nivel de funcionamiento y capacidad para la introspección y la objetividad consigo mismo.	Evaluar mecanismos de afrontamiento Y explorar mecanismos de defensa.		15min	Que el paciente sepa cuáles son sus mecanismos de afrontamiento y sus mecanismos de defensa frente a sus problemáticas.
Cierre	Asignar tarea terapéutica para casa	Explicación de la Tarea para casa que consiste en registrar actividades de agrado y dominio en donde las cuales, el paciente se sienta cómodo y empiece a actuar desde las cosas que le gustan para volver a la funcionalidad.	Tarea terapéutica-explicación, preguntas.	Hojas de papel Esferos Agenda-física	5min	Que el paciente entienda la tarea asignada y gane motivación para realizarla efectivamente.
Evaluación de la sesión por el beneficiario Nivel de satisfacción:						

Fuente: elaboración propia

Tabla 8. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 5

Sesión: 5						
Tema: Reordenar mis ciclos de sueño y alimentación						
Objetivo: Identificar problemática en las áreas del sueño y la alimentación y entrenar al paciente a optar alternativas de cognición más adaptativas para reducir estas afectaciones						
Área de intervención: Cognitiva, conductual, afectiva. Odio a sí mismo, autoacusación, impulsos suicidas.						
Etapas	**Objetivoses-pecíficos**	**Actividad**	**Procedimiento/ Técnicas**	**Recurso**	**Tiempo**	**Logro**
Introducción	Retroalimentar lo trabajado en la sesión anterior. Revisar la tarea enviada para la casa.	Revisión de tarea para casa, aclarar dudas o posibles errores de la ejecución de la tarea anterior Breve retroalimentación de la sesión anterior.	Supervisión: el terapeuta aclara dudas y resalta aspectos importantes del desarrollo de la tarea anterior, así mismo, pregunta al paciente de en qué aspecto le fue de ayuda.	Hojas de papel esferos	5min	Que el paciente consiga contextualizarse en relación a la anterior sesión y la actual. Y junto a la revisión de la tarea empezar con el proceso de intervención de la presente sesión.
	Identificar los patrones de pensamiento problemáticos y distorsiones cognitivas.	Explicación de cómo funciona la reestructuración cognitiva Brindar técnicas de reestructuración cognitiva. Calificar el grado de emoción y el grado de creencia en un pensamiento.	Calificar el grado de emoción y el grado de creencia en un pensamiento. Elicitación de pensamientos Reestructuración cognitiva Flecha descendente.	Hojas de papel esferos	10min	Que el paciente sea capaz e identificar en su experiencia propia patrones problemáticos de pensamiento o distorsiones cognitivas.
Desarrollo	Reducir las conductas problemáticas de alimentación provocadas por alteraciones en el apetito.	Revisar cuales, son los pensamiento o creencias que motivan a los desórdenes en la alimentación, tanto de atragantamiento o de privación. Revisar las conductas impulsadas por la emoción. Enseñar al paciente técnicas de reestructuración cognitiva para cambiar pensamientos desadaptativos para generar conductas o alternativas más adaptativas y mejorar el funcionamiento alimenticio	Reestructuración cognitiva Técnicas de relajación a través de la respiración.	Hojas de papel esferos	25min	Que el paciente identifique efectivamente aquellos pensamientos o sentimientos que lo alejan de buenos hábitos alimenticios o que reconozca cuales, son aquellos que le impiden sentir apetito.
	Disminuir las conductas problemáticas relacionadas al sueño y al cumplimiento de los	Revisar si la causa de los desórdenes del sueño proviene de cogniciones o emociones. Revisar las cogniciones desadaptativas respecto al ciclo normal del sueño. Enseñar al paciente técnicas de reestructuración cognitiva para cambiar pensamientos	Reestructuración cognitiva Técnicas de relajación a través de la respiración	Hojas de papel esferos	25min	Que el paciente reconozca aquellas conductas provocadas por pensamientos o sentimientos que impidan tener un sueño adecuado.

	ciclos normales de este.	desadaptativos y así generar conductas o alternativas más adaptativas y mejorar el funcionamiento respecto al cumplimiento de ciclos saludables de sueño o descanso. Entrenamiento en técnicas de respiración para inducir a estados de relajación que faciliten el descanso.				
Cierre	Retroalimentar los aspectos importantes de la sesión	Retroalimentación de la sesión y evaluación del grado de satisfacción respecto a la sesión actual	Retroalimentación. Escucha activa Incentivar a realizar preguntas.	Hojas de papel esferos	5min	Que el paciente refresque los contenidos más relevantes de la sesión actual.
	Asignar tarea terapéutica para casa	Tarea para casa (buscar variaciones en un pensamiento especifico y Registrar los pensamientos automáticos)	Tareas terapéuticas	Hojas de papel Esferos Agenda-física	5min	Que el paciente entienda la tarea y continúe motivado a realizarlas por las siguientes sesiones.
Evaluación de la sesión por el beneficiario Nivel de satisfacción:						

Fuente: elaboración propia

Tabla 9. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 6

Sesión: 6						
Tema: Comprender por qué actúo cuando mis emociones son fuertes.						
Objetivo: Reconocer aquellas conductas que son impulsadas por emociones.						
Área de intervención: Cognitiva, conductual, social. Aislamiento social						
Etapas	**Objetivoses-pecíficos**	**Actividad**	**Procedimiento/Técnicas**	**Recurso**	**Tiempo**	**Logro**
Introducción	Retroalimentar los contenidos de la sesión anterior o aspectos importantes	Revisión de tarea para casa, aclarar dudas o posibles errores de la ejecución de la tarea anterior Breve retroalimentación de la sesión anterior.	Supervisión	Hojas de papel esferos	15min	Que el paciente recuerde los aspectos más importantes y de ayuda para sí mismos, que se hayan trabajado en la anterior sesión.
	Psico educar al paciente para, que sea capaz de presentar alternativas de pensamiento adaptativas para variedad de situaciones considerable.	Psicoeducación al paciente acerca de alternativas saludables y adaptativas de pensamiento que a largo plazo genere conductas sanas.	Reestructuración cognitiva Provocar la toma de decisiones y presentar distintas alternativas a un problema.	Hojas de papel esferos	15min	Que el paciente genere para sí mismo alternativas de pensamiento que funcionen mejor para él
Desarrollo	Motivar al paciente para que logre identificar conductas impulsadas por la emoción	Explicación de como las conductas son impulsadas por la emoción y como las conductas a su vez inducen estados de ánimo. Pensamientos. Elicitar las cogniciones específicas del paciente, relacionadas con efectos desagradables y conductas inadecuadas.	Técnicas de respiración. Psicoeducación Elicitación de pensamientos: el terapeuta entrena al paciente para que este sea capaz de ser un mejor observador de sus propios comportamientos y pensamientos, seguidamente el terapeuta alienta al paciente a generar alternativas a aquellos pensamiento, sentimientos o conductas que resulten desfavorables.	Hojas de papel esferos	15min	Que el paciente identifique en su experiencia conductas disfuncionales impulsadas por emociones intensas.
	Entrenar al paciente en el desarrollo o recuperación de habilidades sociales. Considerar estrategias de resolución de conflictos.		Entrenamiento básico en habilidades sociales. Role -playing	Hojas de papel esferos	25min	Que el paciente desarrolle o recupere habilidades sociales y las aplique a su vida diaria.

	Fomentar el restablecimiento psicosocial en el paciente.					
Cierre	Retroalimentar los contenidos importantes de la sesión actual	Retroalimentación de la sesión actual y evaluación de la satisfacción a través del habla libre motivar al paciente a que realice preguntas acerca de los aspectos más importantes de la sesión.	Retroalimentación. Escucha activa Incentivar a realizar preguntas.	Hojas de papel esferos	10min	Que el paciente recuerde los aspectos más terapéuticos de la sesión.
	Asignar tarea terapéutica para casa	Explicación de la tarea cuyo objetivo es fortalecer los recursos y herramientas de habilidades sociales brindados en la sesión actual.	Tareas terapéuticas	Hojas de papel Esferos Agenda-física	5min	Que el paciente entienda la tarea y continúe motivado a realizarlas por las siguientes sesiones.
Evaluación de la sesión por el beneficiario Nivel de satisfacción:						

Fuente: elaboración propia

Tabla 10. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 7

Sesión: 7						
Tema: Identificar pensamientos negativos.						
Objetivo: Identificar patrones de pensamiento que provoquen emociones y conductas desadaptativas.						
Área de intervención: Afectiva, cognitiva Periodos de llanto, irritabilidad						
Etapas	**Objetivosespecíficos**	**Actividad**	**Procedimiento/Técnicas**	**Recurso**	**Tiempo**	**Logro**
Introducción	Retroalimentar brevemente los aspectos relevantes de la sesión anterior y la tarea asignada Supervisar el cumplimiento de objetivos terapéuticos.	Revisión de tarea para casa, aclarar dudas o posibles errores de la ejecución de la tarea anterior Breve retroalimentación de la sesión anterior.	supervisión	Hojas de papel esferos	5min	Que el paciente recuerde los aspectos más importantes y de ayuda para sí mismos, que se hayan trabajado en la anterior sesión.
Desarrollo	Motivar al paciente a, que sea capaz de identificar los pensamiento, creencias e ideas no adaptativas que provoquen y mantengan sentimientos negativos.	Motivar al paciente a examinar los conceptos que definen su autoestima negativa (por ejemplo, ser inútil, débil, incompetente). Determinar el significado que el paciente atribuye a una circunstancia o circunstancias concretas. A través de técnicas de reestructuración cognitiva el paciente genera y elige alternativas de pensamiento sobre sí mismo, su futuro y sobre el mundo, que sea más adaptativo y funcional.	Elicitación de cogniciones Elicitación de emociones Diálogo socrático Reestructuración cognitiva	Hojas de papel esferos	45min	Que el paciente cuestione por sí solo sus pensamientos disfuncionales.
Cierre	Retroalimentar los contenidos más relevantes de la sesión actual.	Retroalimentación de la sesión actual y evaluación de la satisfacción a través del habla libre motivar al paciente a que realice preguntas acerca de los aspectos más importantes de la sesión.	Retroalimentación. Escucha activa Incentivar a realizar preguntas y emitir comentarios.	Hojas de papel esferos	5min	Que el paciente recuerde los aspectos más terapéuticos de la sesión.
	Asignar tarea terapéutica para casa	Tarea para casa (practicar técnicas de respiración, usar pensamientos alternativos y más adaptativos acerca de una situación o estado que generen emociones positivas o impidan el mantenimiento de emociones negativas).	Asignación de Tareas Terapéuticas	Hojas de papel esferos	5min	Que el paciente entienda la tarea y continúe motivado a realizarlas por las siguientes sesiones.
Evaluación de la sesión por el beneficiario Nivel de satisfacción:						

Fuente: elaboración propia

Tabla 11. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 8

Sesión: 8						
Tema: Retomar actividades que me interesan						
Objetivo: Reducir periodos de llanto e irritabilidad.						
Área de intervención: Conductual, afectiva, cognitiva. períodos de llanto, irritabilidad						
Etapas	**Objetivos específicos**	**Actividad**	**Procedimiento/Técnicas**	**Recurso**	**Tiempo**	**Logro**
Introducción	Retroalimentar brevemente los contenidos de la sesión anterior	Revisión de la tarea para casa de la sesión anterior.	Supervisión profesional de asignación de tareas terapéuticas.	Hojas de papel esferos	5min	Que el paciente recuerde los aspectos más importantes y de ayuda para sí mismos, que se hayan trabajado en la anterior sesión.
	Psico educar al paciente sobre la dinámica de la depresión.	Psicoeducación acerca de cómo las conductas desadaptativas mantienen el problema.	**Psicoeducación:** Se explica al paciente la relación de la conducta desadaptativa y el mantenimiento de los síntomas depresivos mediante ejemplos tomados de los relatos del paciente conforme a experiencias previas.	Hojas de papel esferos	10min	El paciente reconoceré la dinámica de la depresión.
Desarrollo	Fomentar el retorno a actividades de interés del paciente.	Realización de un diario o una agenda con actividades diarias durante una semana.	**Programación de actividades**: se evalúa conjuntamente con el paciente las actividades a realizar diariamente durante la semana después de la sesión número 8 en donde el paciente descubre sesgos cognitivos a través del logro de tareas escogidas por el paciente, estas tareas serán evaluadas con los parámetros de Agrado y Dominio en donde el paciente identifica aquellas actividades que le producen un nivel de satisfacción considerable y aquellas que las ha intentado a pesar de no haberlas terminado el éxito radica en haber iniciado la actividad a pesar de no haberla terminado.	Hojas de papel esferos	15min	Que el paciente se sienta motivado a retomar actividades de interés.
	Identificar que cogniciones provocan el	Educar al paciente acerca de cómo reconocer el momento en que un pensamiento ha provocado una emoción sobre todo en el caso de emociones negativas.	**Reestructuración Cognitiva**: Paciente y terapeuta reconocerán errores de razonamiento o sesgos cognitivos que provo-	Hojas de papel esferos	20min	Que el paciente mediante cuestionamiento a sus propias

	llanto o irritabilidad		quen períodos de llanto e irritabilidad y el terapeuta entrena al paciente para reconocerlas y buscar pensamiento u opciones de razonamiento alternativas, que sean más funcionales y adaptativas. Esto corrige la distorsión cognitiva del paciente'' no puedo hacer nada''			ideas, creencias o pensamientos genere pensamientos más adaptativos o funcionales.
Cierre	Retroalimentar los aspectos importantes de la sesión actual.	Retroalimentación por parte del terapeuta acerca de lo, que se ha trabajado en la sesión actual y pedir la retroalimentación del paciente respecto al desarrollo de la sesión actual, resolver y aclarar dudas.	**Feedback:** El terapeuta hace un breve repaso del desarrollo de la sesión actual y los puntos más importantes suscitados durante la sesión. Asimismo, el terapeuta pide al paciente que evalúe el cumplimiento de objetivos y manifieste que es lo que ha entendido y que es lo que quisiera que el terapeuta ponga más énfasis.	Hojas de papel esferos	5min	Que el paciente recuerde los aspectos más terapéuticos de la sesión.
	Asignar Tarea terapéutica para casa.	Proporcionar la tarea para casa al paciente que consiste en realizar una agenda que contenga actividades por hora con el objetivo de que el paciente sea capaz de iniciar las actividades. Escribir en un diario aquellos pensamientos que provocan el llanto excesivo y registrar los pensamientos automáticos cuando el paciente se siente altamente irritable.	**Asignación de tareas terapéuticas:** Terapeuta y paciente acordarán actividades diarias de acuerdo con aquellas que el paciente sienta que va a ser capaz de realizarlas y que es capaz de planificarlas diariamente durante la semana posterior a la sesión número 8.	Hojas de papel esferos	5min	Que el paciente entienda la tarea y continúe motivado a realizarlas por las siguientes sesiones.
Evaluación de la sesión por el beneficiario. Nivel de satisfacción:						

Fuente: elaboración propia

Tabla 12. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 9

Sesión: 9						
Tema: Soy capaz de trabajar, aún tengo mucho que dar de mí.						
Objetivo: Reducir las distorsiones cognitivas con base en la imagen corporal. Potenciar las habilidades actuales para mejorar las creencias con base en la capacidad laboral.						
Área de intervención: Cognitiva, conductual, afectiva, laboral. Imagen corporal y Capacidad laboral.						
Etapas	**Objetivoses-pecíficos**	**Actividad**	**Procedimiento/Técnicas**	**Recurso**	**Tiempo**	**Logro**
Introducción	Retroalimentar brevemente los contenidos relevantes de la sesión anterior y los aspectos importantes de la tarea asignada previamente.	Breve retroalimentación de la sesión anterior. Incitar al paciente a hablar acerca del progreso de esta semana y que dificultades ha tenido con las tareas asignadas	Supervisión de tareas terapéuticas. Fomentar el habla libre mediante preguntas abiertas. Elicitación de respuestas concretas acerca de dificultades con las tareas asignadas y el progreso semanal a través de preguntas cerradas.	Hojas de papel esferos	10min	Que el paciente recuerde los aspectos más importantes y de ayuda para sí mismos, que se hayan trabajado en la anterior sesión.
Desarrollo	Identificar los sesgos cognitivos con base en la imagen corporal y la capacidad laboral	El terapeuta mediante preguntas abiertas y mediante el diálogo identifica aquellos errores de pensamiento asociados a la imagen corporal que provocan emociones negativas y así mantienen la sintomatología. Así mismo identificar aquellos sesgos cognitivos y pensamientos automáticos en función de la capacidad laboral que impidan emprender algún tipo de acción con las habilidades de las cuales, se disponen en la actualidad.	Elicitación de sesgos cognitivos. Identificación de errores de procesamiento de información.	Hojas de papel esferos	20min	Que el paciente identifique en su propia experiencia los pensamientos disfuncionales acerca de su imagen corporal y acerca de su capacidad laboral, así mismo que recupere su motivación de retomar actividades laborales dentro de su capacidad.
	Reestructurar los sesgos cognitivos con base en la imagen corporal y la capacidad laboral.	El terapeuta después de haber identificado sesgos cognitivos referentes a la imagen corporal y la capacidad laboral juntamente con el paciente. Terapeuta educa al paciente en diferentes técnicas de reestructuración cognitiva, en este caso referentes al objetivo a tratar en la sesión actual. Todo lo siguiente enseña el terapeuta al paciente:	Reestructuración cognitiva. Descenso vertical Cuestionamiento socrático.	Hojas de papel esferos	20min	

	Potenciar las habilidades actuales para mejorar las creencias desadaptativas con base en la capacidad laboral.	Califique su grado de creencia del 1 al 10. Analice los costos y beneficios de mantener esa forma de pensar acerca de su imagen corporal y su capacidad laboral. Realizar un descenso vertical de cogniciones erróneas y realizar un cuestionamiento socrático para llegar a argumentos más razonables y adaptativos.				
Cierre	Asignar tarea terapéutica para tratar la sintomatología en el paciente.	El terapeuta asigna una tarea destinada a reforzar lo trabajado durante la sesión actual. Tarea: identificar errores cognitivos y proponer explicaciones alternativas a aquellos pensamientos automáticos.	Asignación de tareas terapéuticas.	Hojas de papel esferos	5min	Que el paciente entienda la tarea y continúe motivado a realizarlas por las siguientes sesiones.
	Aclarar dudas del paciente que hayan surgido durante la sesión y de la tarea asignada.	El terapeuta hace una breve retroalimentación de la sesión actual y los puntos tratados más importantes y preguntaras mismo al paciente si lo trabajado generó alguna duda y si es que las hubiera el terapeuta las aclarará. El terapeuta pide al paciente que califique el nivel de satisfacción en la sesión.	Retroalimentación.	Hojas de papel esferos	5min	Que el paciente transmita con confianza sus dudas y acotaciones acerca de la sesión actual.
Evaluación de la sesión por el beneficiario Nivel de satisfacción:						

Fuente: elaboración propia

Tabla 13. Matriz operativa para la intervención psicológica Sesión 10

Sesión: 10						
Tema: Soy capaz de trabajar, aún tengo mucho que dar de mí.						
Objetivo: Potenciar las habilidades actuales para mejorar las creencias con base en la capacidad laboral.						
Área de intervención: Cognitiva, conductual, laboral, social. Capacidad laboral.						
Etapas	**Objetivosespecíficos**	**Actividad**	**Procedimiento/Técnicas**	**Recurso**	**Tiempo**	**Logro**
Introducción	Retroalimentar los aspectos relevantes de la tarea asignada y saber si esta le ha servido de apoyo terapéutico.	Terapeuta y paciente dialogarán acerca de las inquietudes y dudas surgidas durante el transcurso de la semana en función de la realización de la tarea, así como de posibles dificultades que hayan existido.	Supervisión de tareas asignadas.	Hojas de papel esferos	5min	Que el paciente recuerde los aspectos más importantes y de ayuda para sí mismos, que se hayan trabajado en la anterior sesión.
	Evaluar el nivel de depresión en la sesión actual	Aplicación de Inventario de depresión de Beck (BDI-II) para evaluar el nivel de sintomatología hasta la sesión actual.	Aplicación de instrumento diagnóstico	Instrumento impreso en hojas tamaño a4	15min	Que el paciente responda de manera adecuada la prueba y el logro en los resultados sería que los síntomas hayan disminuido significativamente.
Desarrollo	Identificar errores en el procesamiento de la información que provoque creencias disfuncionales	Terapeuta y paciente identificarán sesgos cognitivos en el área de capacidad laboral para emplear técnicas de reestructuración cognitiva como: Califique su grado de creencia en dicho pensamiento y emoción. Búsqueda de pensamientos y conductas alternativas, que sean más adaptativas. Predicciones incorrectas basadas en experiencias previas con el mismo tipo de sesgo cognitivo.	Reestructuración cognitiva		15min	Que el paciente mediante cuestionamiento a sus propias ideas, creencias o pensamientos genere pensamientos más adaptativos o funcionales.
	Entrenar al paciente en habilidades sociales o trabajar en la recuperación de estas para aumentar la motivación referente a la capacidad laboral.	Terapeuta y paciente crearán un escenario en donde el paciente simule buscar empleo rebatir los sesgos cognitivos, que se presenten en el momento de ejecutar el drama (Role-Playing)	Entrenamiento en habilidades sociales Role -playing		20min	Que el paciente desarrolle efectivamente habilidades sociales enfocadas al aspecto laboral.

Cierre	Aclarar dudas del paciente	El terapeuta hace una breve retroalimentación de la sesión actual y los puntos tratados más importantes y preguntar	Retroalimentación		5min	Que el paciente transmita con confianza sus dudas y acotaciones acerca de la sesión actual.

		así mismo al paciente si lo trabajado generó alguna duda y si es que las hubiera el terapeuta las aclarará. El terapeuta pide al paciente que califique el nivel de satisfacción en la sesión.				
	Culminar con el proceso de intervención.	Terapeuta explica que el proceso terapéutico ha finalizado y hace una breve revisión de los puntos más importantes tratados durante las últimas sesiones asegurándose que ha cumplido los objetivos iniciales.	Cierre del proceso de intervención		5min	
Evaluación de la sesión por el beneficiario Nivel de satisfacción:						

Fuente: elaboración propia

3.4. Valoración de la propuesta de intervención psicológica por expertos

Para proceder con la selección de los expertos, se tomó en cuenta principalmente que las personas escogidas posean experiencia y una formación sólida con base en el enfoque cognitivo- conductual para la depresión, dado que así tendrán una comprensión amplia y completa de las sesiones detalladas, que se han propuesto en la investigación. Se presenta a los expertos a continuación:

- Paul Marlon Mayorga Lascano
- Ana del Rocío Martinez Yacelga
- Carlos Rodrigo Moreta Herrera
- Carmen Carol Herrera Dueñas
- Xiomara Tabares

Se han seleccionado tres expertos pertenecientes a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato y una psicóloga externa del Centro de Salud N.3 de la ciudad de Ambato y una psicóloga externa del consultorio privado Vitaliza, para la validación desde el enfoque cognitivo conductual para la depresión. Los 5 expertos escogidos califican la propuesta de intervención con base en una escala del 1-100, su distribución se dé la siguiente forma: deficiente 1-20, baja 21-40, regular 41-60, buena 61-80 y, muy buena 81-100.

Tabla 14. Resultados de validación por expertos de plan de intervención

Dimensiones	**Expertos**					
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	Total
Procedimental	80	100	95	100	100	95%
Planificación operativa	80	100	95	100	100	95%
Ajuste ético-profesional	81	100	100	100	100	96%
Suficiencia	81	90	90	100	100	92%
Coherencia	80	100	100	100	100	96%
Relevancia	80	100	95	100	100	95%
Organización	80	100	100	100	100	96%
Relación entre las variables	81	100	95	100	100	95%
Factibilidad	81	100	90	100	100	94%
Relación costo-beneficio	80	100	90	100	100	94%
Adaptabilidad	80	100	95	100	100	95%

Fuente: elaboración propia

Para concretar el total de las dimensiones se hizo una suma de los resultados según la calificación que cada experto asignó, de esta manera se puede apreciar que, los expertos 4 y 5 han puntuado las dimensiones dentro del rango de 81 – 100 lo cual ese categoriza en “muy buena”, por otro lado el experto 1 realizó observaciones en el total de las dimensiones, el experto 2 realizó observaciones en la dimensión ‘’suficiencia’’ y el experto 3 realizó observaciones en la dimensión procedimental de planificación operativa de suficiencia de relevancia, factibilidad, relación costo-beneficio y adaptabilidad, dichas observaciones han sido implementadas y actualizadas en el plan de intervención. Para finalizar, se concluye que las dimensiones se encuentran en promedio en la categoría de muy buena por lo que la propuesta de intervención ha sido validada con el 92%,94%, 95%,96% lo cual indica que es apta para ser aplicada.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se analiza los resultados obtenidos de la aplicación del BDI-II con el fin de describir los resultados obtenidos como antesala a la realización del plan de intervención.

3.1. Análisis de resultados de la Escala de Depresión de Beck (BDI-II)

En la presente investigación se aplicó el instrumento BDI-II con el objetivo de evaluar los niveles depresivos que presentaban las personas con discapacidad física, se apreció en los resultados de la aplicación personas con síntomas destacables referentes al pesimismo, estado de ánimo, insatisfacción, sentimientos de culpa, de castigo, de fracaso, odio hacia su persona, auto acusación, impulsos suicidas, periodos de irritabilidad, indecisión, periodos de llanto, indecisión. Cuyos puntajes se traducen en niveles de depresión leve, moderado y grave sobre los cuáles se propone un plan de intervención para reducir la sintomatología respecto a estas áreas, que se encuentran afectadas (Ver Tabla 2).

Tabla 15. Análisis de depresión en personas con discapacidad física

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Leve	18	81.8%
Moderado	3	13.6%
Grave	1	4.5%

Nota: n= 22 participantes

En la tabla 3 se observa que la frecuencia de personas que arrojaron niveles de depresión leves es de 18 de un total de 22 personas evaluadas que representan un porcentaje de 81.8% esto quiere decir que aquellas personas con discapacidad física que presentan estos niveles de depresión no tienen problemas incapacitantes en áreas como el estado de ánimo, el sueño, la alimentación, la concentración, la pérdida de placer o interés, la autoacusación o sentimiento de culpa o castigo, sin embargo, en áreas como la capacidad laboral se encuentran afectados a partir del diagnóstico de discapacidad física.

También, se aprecia que en el nivel moderado de depresión existen 3 personas de un total de 22 que corresponde al 13.6% en donde destacamos que las principales áreas concernientes al estado de ánimo, sentimiento de culpa, de fracaso, autoestima, pérdida de placer, afectación en el sueño y alimentación, se encuentran considerablemente afectadas por lo que es importante prestar especial énfasis en el momento de la elaboración de la propuesta de intervención para la depresión en personas con discapacidad física.

Por último tenemos a 1 persona de un total de 22 que representa el 4.5% en un nivel de depresión grave por lo que interpretamos que las áreas del estado de ánimo, trastornos del sueño, problemas con el apetito, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, fracaso, autoacusación disminución del autoestima, periodos de llanto, indecisión, pérdida de la capacidad laboral, afectación en libido se encuentran gravemente afectadas por lo que es necesario tomar en cuenta estos aspectos en el diseño del plan de intervención para la depresión en personas con discapacidad física.

Tabla 16. Análisis de la escala de depresión de Beck (BDI-II)

	Min	**Max**	**Media**	**Desv.Est.**
Puntaje (BDI-II)	7	35	17.5	17,9

Nota: n= 22 participantes

En la Tabla 4 se observa los puntajes obtenidos en la aplicación de la Escala de Depresión de Beck en donde como máximo tenemos un puntaje de 35 lo que de acuerdo al Manual de Interpretación de la Escala de Depresión de Beck entra en un nivel de depresión grave, así mismo evidenciamos el mínimo de puntaje obtenido en la evaluación el cual representa 7 punto que da una interpretación de depresión leve. La media de puntuación obtenida en la evaluación es de 17,5 que arroja un resultado de nivel de depresión leve en un total de 22 personas. La desviación estándar corresponde al 17,9 puntuación.

En comparación con la generación de más edad, entre 40 y 65 años, los indicadores de salud no son altos. La edad no es alta en comparación con la generación previa, por esto se concluye que la reducción de personas con discapacidad en 25 o 30

años va a ser tan alta como la de la generación anterior, por lo que sugiere que la reducción de la discapacidad en los próximos 25 años no va a ser tan grande como en los 25 años anteriores. De acuerdo con lo observado desde 1990 hasta la actualidad, con la posible excepción del descenso de la discapacidad entre las mujeres, que fue causado por discapacidad femenina debido a la reducción de los roles de género (Caballero, 2020).

Por lo tanto, es viable resaltar que las proyecciones de las inclinaciones de la variabilidad en discapacidad, todo esto depende de la mejora en los niveles de educación y el nivel de calidad de vida de la eliminación de diferencias de grupos sociales y de género, que promueve estilos de vida saludables, en particular la actividad física. El nivel bajo de la presencia de discapacidades va de la mano con la transformación o el cambio de la situación física y social para garantizar un envejecimiento activo en torno a la discapacidad (Caballero, 2020).

Si se realiza todo lo, que se menciona, es claro que la dependencia que presentan las personas con discapacidad en sus familiares más cercanos en función a la ayuda que requieren para su desenvolvimiento social se reducirá, excepto en los casos de demencia o enfermedad mental grave incapacitante, el uso de ayudas técnicas está en aumento. Es esencial el uso correcto de la tecnología con capacidad de asistencia (Zunzunegui, 2011).

Dado que estos resultados han arrojado depresión leve en la gran mayoría de la población parte de la investigación, se ha diseñado el siguiente plan de intervención, para reducir o eliminar la sintomatología depresiva en personas con discapacidad física que reúne de esta manera las técnicas más adecuadas basadas en la teoría cognitiva y conductual para aplicarlas al tratamiento el cual se encuentra organizado en matrices a continuación.

CONCLUSIONES

- Los fundamentos teóricos y metodológicos, que se hallaron en búsqueda de la temática esencial del presente proyecto aportaron en conocer los aspectos más relevantes de aquellos temas que sirvieron de base para el desarrollo de esta investigación los cuales, tienen que ver con la depresión, sus síntomas más importantes como la ideación suicidad y los diferentes sentimientos y percepciones de culpa, castigo, inutilidad, fracaso, afectaciones en la capacidad laboral, trastornos del sueño, fue importante conocer la relación de la discapacidad física y su influencia en el desarrollo de sintomatología depresiva.

- Los resultados obtenidos en primer lugar mostraron una relación entre los síntomas depresivos y la discapacidad física, esto fue de mucha utilidad, en un principio era necesario conocer desde una base teórica que la discapacidad física es un elemento bastante influyente en el desarrollo de sintomatología depresiva, además los resultados de las encuestas aplicadas demostraron que de un total de 22 personas evaluadas 14 hombres y 8 mujeres de edades comprendidas entre 19 y 50 años 18 personas arrojaron depresión leve como predominante

- Se diseñó una propuesta de intervención que tomó en cuenta los resultados de los test aplicados en donde se abordan los aspectos más importantes a trabajar como son: el estado de ánimo, el sueño, la alimentación, la concentración, la pérdida de placer o interés, la autoacusación o sentimiento de culpa o castigo, la capacidad laboral, para esto se diseñaron un total de 10 sesiones incluí la sesión de diagnóstico y cierre para abordar la sintomatología importante y que causa mayor malestar al paciente.

- Finalmente se concluye el proyecto con la respectiva valoración, evaluación y validación de la propuesta de intervención para la depresión en personas con discapacidad física en donde se seleccionó a profesionales con experiencia y

formación en el área de intervención cognitiva conductual para la depresión, obtuvo una aprobación de las distintas técnicas y actividades detalladas dentro de cada sesión con un promedio de muy bueno, lo cual determina que la propuesta es apta para ser aplicada.

RECOMENDACIONES

- Aplicar la propuesta de intervención realizada, esto probablemente de una nueva perspectiva de cómo abordar un problema muy visto en la sociedad, pero con una población especifica, es decir, en personas con discapacidad física.

- Realizar una investigación detallada y a profundidad acerca de la realización de propuestas de intervención para depresión en personas con discapacidad física desde otros enfoques psicoterapéuticos, para que en un futuro haya una amplia variedad de elección de terapias y así escoger la que proporcione mayor efectividad.

- Realizar nuevas investigaciones sobre la depresión y como influirán otro tipo de discapacidades en el desarrollo de sintomatología depresiva, como por ejemplo discapacidad auditiva, sensorial, intelectual, etc.

BIBLIOGRAFÍA

A-Tjak et al. ,2018. *A randomized controlled trial in routine clinical practice comparing acceptance and commitment therapy with cognitive behavioral therapy for the tre atment of major depressive disorder.* Psychotherapy and Psychosomatics, 87(3), 154-163. DOI: 10.1159/000486807.

Agis, C. (2019). *Eficacia de la Activación Conductual para el tratamiento de la depresió n*. (Tesis de licenciatura). Universidad de la República, Uruguay.

Aguado Díaz, A., & Rodríguez Alcedo, M. (2001). *Necesidades educativas especiales derivadas de la discapacidad física*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

Agudelo Viana, G., Aigneren Aburto, J. M., & Ruiz Restrepo, J. (2008). *Diseños de investigación experimental y no-experimental.* La Sociología en sus Escenarios, (18), 1–46.

Alcántara-Castro, M. (2016). *Intervenciones positivas y psicopatología centrada en depresión. Trabajo de fin de Grado*: Universidad de Jaén.

Alonso Verdugo, B., & de Antonio de las Heras, M. J. (2012). *Protocolo de intervención psicológica*. Madrid: Madrid Salud.

Alonso, M., López, A., Losada, A., González, J., & Wetherell, J. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy and Selective Optimization with Compensation for Institutionalized Older People With Cronic Pain*. *Pain Medicine*, *17*(2), 264-77.

Álvarez, H. (2019). *Terapias contextuales: una propuesta clínica desde una perspectiva post-skinneriana*. Revista electrónica de psicología Iztacala*, 22*(2). American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. American Psychology Association (APA). (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. APA, 68(9), 791-800. DOI: 10.1037/a0035001.

Arias-Gómez J, Villasís-Keever MÁ, Miranda-Novales MG. *El protocolo de investigación III*: la población de estudio. Rev Alerg Méx. 2016 abr-jun;63(2):201-206.

Bados López, A. (2008). *La intervención psicológica: Características y modelos*. Barcelona: Facultad de Psicologia .

Barra, E. (1998). *Psicología social*. Concepción: Universidad de Concepción.

Barrantes, R. (2014). Investigación: *Un camino al conocimiento, Un enfoque Cualitativo, cuantitativo y mixto.* San José, Costa Rica: EUNED.

Barton, L. (2009). *Estudios sobre discapacidad y la búsqueda de la inclusividad.* Observaciones. Educación*, 137-153.*

Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2008). *Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones.* Madrid: Socidrogalcohol.

Bocanegra, S. & Díaz, M. (2017). *La depresión en la adolescencia: Conceptualización, teorías explicativas y tratamientos*

Botella, C., Mira, A., Herrero, R., García-Palacios, A., & Baños, R. (2015). *Un programa de intervención autoaplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión: Sonreír es divertido.* Revista de Psicologia Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 33*(2), 39-48. DOI: 10.18682/pd.v16i2.597.

Botero Soto, P. A., & Londoño Pérez, C. (2013). *Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física.* Acta Colombiana de Psicología, *16(*2), 125-137.

Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. (2014). *La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas.* Revista Médica Chile, 142(10), 1297 – 1305. DOI: 10.4067/S0034-98872014001000010.

Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Hofmann, S. G. (2019). *Una nueva intervención multidimensional para la ansiedad social: el programa Imas.* Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 27(1), 149-172.

Cabero Almenara, J. y Llorente Cejudo, M. C. (2013), *La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información (TIC).* EnEduweb. Revista de Tecnología de Información y Comunicación en Educación*, 7* (2) pp.11-22.

Consejo de Europa. (2002). *Marco común europeo de referencia para las lenguas: aprendizaje, enseñanza, evaluación.* Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Instituto Cervantes, Anaya, 2002.

Dalle, P., Boniolo, P., Sautu, R. & Elbert, R. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Danel, P. M., Pérez Ramírez, B., & Yarza de los Ríos, A. (2021). *¿Quién es el sujeto de la discapacidad?*. CLACSO.

Durán Medina, J. F. (2011). *La contribución del Edublog como estrategia didáctica.*EnElectronic Journal of Research in Educational Psycology*, 9*(1), pp. 331-356.

Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, A. (2008). *Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización.* En Avances en Medición*, 6*, pp. 27-36.

Fuentes Aguilar, A. P., & Merino Escobar, J. M. (2016). *Validación de un instrumento de funcionalidad familiar.* Ajayu órgano de difusión científica del departamento de psicología ucbsp, 14(2), 247-283.

García, M. I. D., Fernández, M. Á. R., & Crespo, A. V. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales.* Desclée de Brouwer.

Garrido Guzmán E. et al. (2010). *Diseño y validación de un cuestionario para técnicos deportivos acerca de su opinión sobre las actitudes de padres y madres en el deporte* (CTPDM*). EnCuadernos de psicología del deporte, 10* (2), pp.7-21.

González-Suárez, M., & Duarte-Clíments, G. (2014). *Terapia cognitivo-conductual y enfermería: a propósito de un caso*. Ene, 8(1), 0-0.

Hernández Sampieri, R, Fernández, C & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (Quinta Edición). México D.F, México: McGraw-Hill.

Hernández-Brussolo, R., Romero Reyes, D., Alcázar Zapata, D. L., Vogel García, N. K., & Reyes Hernández, D. A. (2017*). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla*. Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales, 8(1), 15-28.

INEC. (2010). *Censo de Población y Vivienda, canton valencia, Provincia de los Rios. Quito:* INEC.

INEC. (2010). *Censo de Población*. Quito: INEC.

Jiénez Diana y Flores Romero, R. (2013). *¿La lectura y la literatura comoderechos? El caso de la discapacidad intelectual.* Revista de la Facultad de Medicina , 1-12.

Leahy, R. L. (2018). *Técnicas de Terapia Cognitiva*-: Manual do Terapeuta. Artmed Editora.

Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P., & García, N. (2019*). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica.* Revista Médica Clínica Las Condes, *30*(1), 36-49.

Martín Arribas, M. C. (2004). *Diseño y validación de cuestionarios*. EnMatronas Profesión, 5 (17), pp.23-29.

MIES. (2015). *Gestión del MIESS*. Quito: MIES.

Moreno, J., Rodríguez, I., Saldaña, D., & Agilera, A. (2001). *Actitudes ante la discapacidad en el alumnado universitario matriculado en materias afines.* Sevilla: Universidad de Sevilla.

Mousalli-Kayat, G. (2015). *Métodos y diseños de investigación cuantitativa*. Revista researchgate.

Naranjo Guachamín, H. (2010*). Estudio de Factibilidad para la creación de la Fundación destinada al Servicio de las personas con Discapacidad en el Sector Norte de la ciudad de Quito.* Quito: ESPE.

Navarro-Sandoval, C., Uriostegui-Espíritu, L. C., Delgado-Quiñones, E. G., & Sahagún-Cuevas, M. N. (2017). *Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171.* Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 55(1), 25-31.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos Mentales intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Pérez-Tejero, J., & Ocete-Calvo, C. (2012). *Diseño y aplicación de un programa de intervención de práctica deportiva inclusiva y su efecto sobre la actitud hacia la discapacidad:* El Campus Inclusivo de Baloncesto. Internacional de Ciencias del Deporte, 258-271.

Ramos, C. A. (2015*). Los paradigmas de la investigación científica.* Avances en psicología, 23(1), 9-17.

Revuelta, B., & Hernández, R. (2021). *Estudios críticos en discapacidad: aportes epistemológicos de un campo plural. Cinta de moebio*, (70), 17-33.

Reynoso Erazo, R., & Seligson, I. (2005). *La Psicología Clínica de la Salud*. Un enfoque conductual. Mexico: UNAM.

Sanz Fernández, J., Gutiérrez, S., Gesteira Santos, C., & García Vera, M. P. (2020). *Criterios y baremos para interpretar el" Inventario de Depresión de Beck-II"(BDI-II).* Ene, 9, 03.

Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). *Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck.* Psicothema, 303-318.

Thompson, K. (2012). *Depresión y discapacidad.* Guía Práctica. Washington: Salud.

Triandis, H. (1992). *Papeles del psicologo.* Madrid: Psicologia.

Vlachou, D., Konsolaki, M., P, T., F, K., & Komitopoulou, K. (1997*). The autosomal chorion locus of the medfly Ceratitis capitata Conserved synteny, amplification and tissue specificity but sequence divergence and altered temporal regulation.* GENETICS , 1829-1842.

Young, J. E. (2015). *Terapia de esquemas*. Desclée de Brouwer

Zunzunegui, M. V. (2011). *Evolución de la discapacidad y la dependencia.* Una mirada internacional. Gaceta Sanitaria, 25, 12-20.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

Sr. o Sra. _____

Por medio de la presente, quisiéramos obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Ambato esta llevando a cabo en la ciudad de Ambato durante el año 2022. La presente investigación es realizada por el estudiante de la carrera de Psicología Clínica, Victor Hugo Martínez Urgiles (dirigida por la Mg. Ana Jaramillo docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato. Esta investigación lleva por tema: ***"Plan de intervención para la depresión en personas con discapacidad física"*** El objetivo de esta investigación es: Diseñar un plan de intervención validado con enfoque cognitivo-conductual para la disminución de los niveles de depresión en personas con discapacidad física del Centro de Salud número tres de la ciudad de Ambato.

En esta carta se solicita a más de su consentimiento para participar en esta investigación, usar la información obtenida con fines científicos. La participación va a ser anónima y el nombre no aparece de ningún modo; ni en los instrumentos, ni en los informes, que se redactarán como resultados de la misma. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información.
Además, deja de responder en cualquier momento las evaluaciones psicológicas sí lo desea, sin que ello reciba sanción de ningún tipo. Asimismo, usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCE- Ambato para resguardar sus derechos si usted percibiese que estos han sido vulnerados en algún sentido.
Por último, si consciente su participación, por favor llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla al director de esta investigación.

Autorizo, que se realice la evaluación para la investigación propuesta.

☐

_____
Firma de el o la participante Firma del Investigador Responsable

Cedula de ciudadanía _____

Anexo 2. Ficha sociodemográfica

Nombres y apellidos:	
Edad:	
Hombre	**Mujer**
Tipo de discapacidad física (ejemplo: ruptura de hueso calcáneo)	

Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck

INSTRUCCIONES: A continuación, se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con un círculo que mejor refleje su situación actual.

1. **Estado de ánimo** a. No me siento triste b. Me siento triste c. Me siento siempre triste y nopedo salir de mi tristeza d. Estoy tan triste e infeliz que nopuedo soportarlo	2. **Pesimismo** a. No me siento especial-mentedesanimado ante el futuro b. Me siento desanimado frente alfuturo c. Siento que no tengo nada queesperar d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que as cosas no puedenmejorar
3. **Sentimientos de fracaso** a. No creo , que sea un fracaso b. Creo que he fracasado más quecualquier persona nor-mal c. Al recordar mi vida pasada, todolo que puedo ver es un montón de fracasos d. Creo que soy un fra-casoabsoluto como persona	4. **Insatisfacción** a. Obtengo tanta satisfacción de lascosas como la que solía obtener antes b. No disfruto de las cosas de lamanera que solía ha-cerlo c. Ya no tengo verdadera satisfac-ciónde nada d. Estoy insatisfecho o aburrido detodo
5. **Sentimientos de culpa** a. No me siento especial-menteculpable b. No me siento culpable unabuena parte del tiempo c. Me siento culpable casi siem-pre d. Me siento culpable siempre	6. **Sentimientos de castigo** a. No creo que este siendo castigado b. Creo que puedo ser castigado c. Espero ser castigado d. Creo que estoy siendo castigado

7. **Odio a si mismo** a. No me siento decepcionado demí mismo b. Me he decepcionado a mí mismo c. Estoy disgustado conmigo mismo d. Me odio	8. **Autoacusación** a. No creo ser peor que los demás b. Me critico por mis debilida-des yerrores c. Me culpo siempre por mis errores d. Me culpo de todo lo malo que mesucede
9.**Impulsos suicidas** a. No pienso en matarme b. Pienso en matarme pero no loharía c. Me gustaría matarme d. Me mataría si tuviera laoportunidad	10.**Periodos de llanto** a. No lloro más de lo de costumbre b. Ahora lloro más de lo que lo solíahacer c. Ahora lloro todo el tiempo d. Solía ser capaz de llorar, pero ahora nopuedo llorar aunque quiera
11.**Irritabilidad** a. Las cosas no me irritan más quede costumbre b. Las cosas me irritan más que decostumbre c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte deltiempo d. Ahora me siento irritado todo eltiempo	12.**Aislamiento social** a. No he perdido el interés por otras personas b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre c. He perdido casi todo el interés porotras personas d. He perdido todo mi interés por otraspersonas
13.**Indecisión** a. Tomo decisiones casi siempre b. Postergo la adopción dedecisiones más que de costumbre c. Tengo más dificultad para to-mardecisiones que antes d. Ya no puedo tomar decisiones	14.**Imagen corporal** a. No creo que mi aspecto sea peorque de costumbre b. Me preocupa el hecho de pa-recerviejo sin atractivos c. Tengo que obligarme seriamente conmi aspecto y parezco poco atractivo d. Creo que me veo feo

15.**Capacidad laboral** a. Puedo trabajar tan bien comoantes b. Me cuesta más esfuerzoempezar a hacer algo c. Tengo que obligarme seriamentepara hacer cualquier cosa d. No puedo trabajar en absoluto	16.**Trastornos del sueño** a. Puedo dormir tan bien como antes b. No puedo dormir tan bien comosolía c. Me despierto una o dos horas mástemprano que de costumbre y me cuesta mucho volverme a dormir d. Me despierto varias horas antes delo que solía y no puedo volver adormir
17.**Cansancio** a. No me canso más que decostumbre b. Me canso más fácilmente que decostumbre c. Me canso sin hacer nada d. Estoy demasiado casado comopara hacer algo	18.**Pérdida de apetito** a. Mi apetito es peor que de costumbre b. Mi apetito no es tan bueno comosolía ser c. Mi apetito esta mucho peor ahora d. Ya no tengo apetito
19.**Pérdida de peso** a. No he perdido mucho peso, si esque he perdido algo, últimamente. b. He rebajado más de dos kilos ymedio c. He rebajado más de cinco kilos d. He rebajado más de siete kilos ymedio	20.**Hipocondría** a. No me preocupo por mi salud másque de costumbre b. Estoy preocupado por mis problemasfísicos como por ejemplo: dolores, molestias estomacales, estreñimiento c. Estoy preocupado por mis problemasfísicos y me resulta difícil pensar enotra cosa d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedopensar en ninguna otra cosa

21.**Líbido** a. No he notado cambio algunoreciente en mi interés por elsexo b. Estoy menos interesado en elsexo de lo que solía estar c. Ahora estoy mucho menosinteresado en el sexo d. He perdido por completo elinterés en el sexo	22. **Puntaje total:**

Anexo 4. Instrumento para la Validación – Experto 1

Instrumento para la validación de propuestas de intervención psicológica

Usted ha sido seleccionado como experto para validar la propuesta de intervención psicológica (colocar el nombre de la propuesta), por lo que, se le solicita su participacióncomo validador de la misma. Le solicitamos facilite la siguiente información:

- Nombres y apellidos del experto: Mayorga Lascano Marlon
- Cargo e institución donde labora: Docente/investigador PUCE- Ambato
- Profesión: Doctor en Psicología Clínica
- Grado académico: 4to nivel
- Años de experiencia en la profesión: 20
- Actividad científico-investigativa y profesional del experto: Autor de artículos indexados y libro

A continuación, se describe la propuesta

Para la validación de la propuesta de intervención psicológica, usted debe calificar dos dimensiones con sus indicadores, en una escala del 1 al 100, la cual se distribuye de la siguiente manera: 1-20 es deficiente; 21- 40 es baja; 41-60 es regular; 61-80 es buena; 81-100 es muy buena. Las dimensiones son: *procedimental* con 7 indicadores y *factibilidad* con 2 indicadores:

Procedimental/indicadores:

- Planificación operativa
- Ajuste ético-profesional
- Suficiencia
- Coherencia
- Relevancia
- Organización
- Relación entre las variables

Factibilidad/indicadores:

- Relación costo-beneficio

- Adaptabilidad

Indicación al experto:

En la siguiente tabla 4, califique cada dimensión e indicador marcando con una X, de acuerdo a la escala descrita anteriormente; además, puede escribir las observaciones queusted considere pertinente.

Criterios/Indicadores	Descripción	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy buena				Observaciones
		1	10	15	20	21	30	35	40	41	50	55	60	61	70	75	80	81	90	95	100	
Procedimental	La propuesta se ajusta a loscriterios teóricos, técnicos, metodológicos yéticos de la intervención psicológica																X					Mejorar estructura y generar orden lógico
Planificación operativa	Planificación operativa de lapropuesta conajusteteórico-práctico (congruencia)																X					Que los pasosa se ajusten a la teoría
Ajuste ético-profesional	Existe evidencia científica, tratohumano, manejo adecuado de la información y en la aplicación de las pruebasdiagnósticas y procedimientosde intervención																	X				
Suficiencia	Contiene losaspectos necesarios como:número de sesiones, actividades,																	X				

	técnicas, recur-sosmateriales, tiempo para el abordaje del tema																					
Coherencia	Los componen-tesde la pro-puesta tienen relación lógica entre sí; con lenguaje claro y sencillo																X					Cohe-rencia en cuanto al desa-rrollo de pasos
Relevancia	La propuesta se ajusta a los ob-jetivos de la in-vestigación, alas necesidades de los beneficiarios detectadas en el diagnóstico																X					
Organización	Se refiere a la secuencia de las actividades segúnordende complejidad																X					Ampliar el nú-mero de técnicas
Rela-ción entre lasva-riables	Se tiene en cuentala rela-ción y conse-cuencia entre las variables,																	X				

Factibilidad	Analiza la posibilidad de la implementacióny reaplicación de la propuesta en uno o varios contextos																	X				
Relación costo-beneficio	Existe un balanceentreel costo-beneficio enfunción de los recursos materiales, económicos ypersonal capacitado para ejecutar la propuesta																	X	X			
Adaptabilidad	La propuesta puede ser adaptada a otrosrequerimientos según la necesidad del contexto																	X	X			

Firma del juez:
Nombre del juez: Marlon Paul Mayorga Lascano

Nota: Se sugiere utilizar el **Coeficiente Aiken para el análisis de la concordancia de los criterios de los expertos** (debe obtener mínimo 80%de consenso de los criterios de experto

Anexo 5. Instrumento para la Validación – Experto 2

Instrumento para la validación de propuestas de intervención psicológica

Usted ha sido seleccionado como experto para validar la propuesta de intervención psicológica (colocar el nombre de la propuesta), por lo que, se le solicita su participación como validador de la misma. Le solicitamos nos facilite la siguiente información:

- Nombres y apellidos del experto: Ana Martínez
- Cargo e institución donde labora: PUCESA
- Profesión: Psicología Clínica
- Grado académico: Magíster
- Años de experiencia en la profesión: 18
- Actividad científico-investigativa y profesional del experto: Docente- investigadora

A continuación, se describe la propuesta……

Para la validación de la propuesta de intervención psicológica, usted debe calificar dos dimensiones con sus indicadores, en una escala del 1 al 100, la cual se distribuye de la siguiente manera: 1-20 es deficiente; 21- 40 es baja; 41-60 es regular; 61-80 es buena; 81-100 es muy buena. Las dimensiones son: *procedimental* con 7 indicadores y *factibilidad* con 2 indicadores:

1. **Procedimental/indicadores:**

- Planificación operativa
- Ajuste ético-profesional
- Suficiencia
- Coherencia
- Relevancia
- Organización
- Relación entre las variables

2. **Factibilidad/indicadores**:

- Relación costo-beneficio

Criterios/Indicadores	Descripción	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy buena				Observaciones
		1	10	15	20	21	30	35	40	41	50	55	60	61	70	75	80	81	90	95	100	
Procedimental	La propuesta se ajusta a los criterios teóricos, técnicos, metodológicos y éticos de la intervención psicológica																				X	
Planificación operativa	Planificación operativa de la propuesta con ajuste teórico-práctico (congruencia)																				X	
Ajuste ético-profesional	Existe evidencia científica, trato humano, manejo adecuado de la información y en la aplicación de las pruebas diagnósticas y procedimientos de intervención																				X	
Suficiencia	Contiene los aspectos necesarios como número de sesiones, actividades,																		X			Considerar ajustes [illegible]

	técnicas, recursos materiales, tiempo para el abordaje del tema																					
Coherencia	Los componentes de la propuesta tienen relación lógica entre sí; con lenguaje claro y sencillo																				✓	
Relevancia	La propuesta se ajusta a los objetivos de la investigación, a las necesidades de los beneficiarios detectadas en el diagnóstico																				X	
Organización	Se refiere a la secuencia de las actividades según orden de complejidad																				✓	
Relación entre las variables	Se tiene en cuenta la relación y consecuencia entre las variables																				✓	
Factibilidad	Analiza la posibilidad de la implementación y reaplicación de la propuesta en uno o varios contextos																				✓	

Relación costo-beneficio	Existe un balance entre el costo-beneficio en función de los recursos materiales, económicos y personal capacitado para ejecutar la propuesta																						X	
Adaptabilidad	La propuesta puede ser adaptada a otros requerimientos según la necesidad del contexto																						X	

Firma del Juez
Nombre del Juez

Nota: Se sugiere utilizar el **Coeficiente Aiken para el análisis de la concordancia de los criterios de los expertos** (debe obtener mínimo 80% de consenso de los criterios de expertos).

Anexo 6. Instrumento para la Validación -Experto 3

Instrumento para la validación de propuestas de intervención psicológica

Usted ha sido seleccionado como experto para validar la propuesta de intervención psicológica (colocar el nombre de la propuesta), por lo que, se le solicita su participación como validador de la misma. Le solicitamos nos facilite la siguiente información:

- Nombres y apellidos del experto: Rodrigo Moreta Herrera
- Cargo e institución donde labora: Docente PUCESA
- Profesión: Psicólogo clínico
- Grado académico: Máster
- Años de experiencia en la profesión: 15
- Actividad científico-investigativa y profesional del experto: Psicometría

A continuación, se describe la propuesta..... Plan de intervención enfocado a disminuir los síntomas depresivos y mejorar la calidad de vida en pacientes con discapacidad física

Para la validación de la propuesta de intervención psicológica, usted debe calificar dos dimensiones con sus indicadores, en una escala del 1 al 100, la cual se distribuye de la siguiente manera: 1-20 es deficiente; 21- 40 es baja; 41-60 es regular; 61-80 es buena; 81-100 es muy buena. Las dimensiones son: *procedimental* con 7 indicadores y *factibilidad* con 2 indicadores:

1. **Procedimental/indicadores:**

- Planificación operativa
- Ajuste ético-profesional
- Suficiencia
- Coherencia
- Relevancia
- Organización
- Relación entre las variables

2. **Factibilidad/indicadores**:

- Relación costo-beneficio

Criterios/Indicadores	Descripción	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy buena				Observaciones
		1	10	15	20	21	30	35	40	41	50	55	60	61	70	75	80	81	90	95	100	
Procedimental	La propuesta se ajusta a los criterios teóricos, técnicos, metodológicos y éticos de la intervención psicológica																			X		
Planificación operativa	Planificación operativa de la propuesta con ajuste teórico-práctico (congruencia)																			X		
Ajuste ético-profesional	Existe evidencia científica, trato humano, manejo adecuado de la información y en la aplicación de las pruebas diagnósticas y procedimientos de intervención																				X	
Suficiencia	Contiene los aspectos necesarios como número de sesiones, actividades,																		X			

	técnicas, recursos materiales, tiempo para el abordaje del tema																						
Coherencia	Los componentes de la propuesta tienen relación lógica entre sí; con lenguaje claro y sencillo																				X		
Relevancia	La propuesta se ajusta a los objetivos de la investigación, a las necesidades de los beneficiarios detectadas en el diagnóstico																			X			
Organización	Se refiere a la secuencia de las actividades según orden de complejidad																				X		
Relación entre las variables	Se tiene en cuenta la relación y consecuencia entre las variables																			X			
Factibilidad	Analiza la posibilidad de la implementación y reaplicación de la propuesta en uno o varios contextos																		X				

Relación costo-beneficio	Existe un balance entre el costo-beneficio en función de los recursos materiales, económicos y personal capacitado para ejecutar la propuesta																		X			Revisar costos para implementar propuesta
Adaptabilidad	La propuesta puede ser adaptada a otros requerimientos según la necesidad del contexto																			X		

Firma del Juez
Nombre del Juez

Nota: Se sugiere utilizar el **Coeficiente Aiken para el análisis de la concordancia de los criterios de los expertos** (debe obtener mínimo 80% de consenso de los criterios de expertos).

Anexo 7. Instrumento para la Validación – Experto 4

Instrumento para la validación de propuestas de intervención psicológica

Usted ha sido seleccionado como experto para validar la propuesta de intervención psicológica (colocar el nombre de la propuesta), por lo que, se le solicita su participación como validador de la misma. Le solicitamos nos facilite la siguiente información:

- Nombres y apellidos del experto: Carmen Carol Herrera Oviedo
- Cargo e institución donde labora: HSP
- Profesión: Psicóloga clínica
- Grado académico: Magister
- Años de experiencia en la profesión: 12
- Actividad científico-investigativa y profesional del experto: intervención psicológica, trastornos emocionales, familiar, discapacidad.

A continuación, se describe la propuesta.....

Para la validación de la propuesta de intervención psicológica, usted debe calificar dos dimensiones con sus indicadores, en una escala del 1 al 100, la cual se distribuye de la siguiente manera: 1-20 es deficiente; 21- 40 es baja; 41-60 es regular; 61-80 es buena; 81-100 es muy buena. Las dimensiones son: *procedimental* con 7 indicadores y *factibilidad* con 2 indicadores:

1. **Procedimental/indicadores:**

- Planificación operativa
- Ajuste ético-profesional
- Suficiencia
- Coherencia
- Relevancia
- Organización
- Relación entre las variables

2. **Factibilidad/indicadores**:

- Relación costo-beneficio

Criterios/Indicadores	Descripción	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy buena				Observaciones
		1	10	15	20	21	30	35	40	41	50	55	60	61	70	75	80	81	90	95	100	
Procedimental	La propuesta se ajusta a los criterios teóricos, técnicos, metodológicos y éticos de la intervención psicológica																				X	
Planificación operativa	Planificación operativa de la propuesta con ajuste teórico-práctico (congruencia)																				X	
Ajuste etico-profesional	Existe evidencia científica, trato humano, manejo adecuado de la información y en la aplicación de las pruebas diagnósticas y procedimientos de intervención																				X	
Suficiencia	Comiene los aspectos necesarios como numero de sesiones, actividades.																				X	

	técnicas, recursos materiales, tiempo para el abordaje del tema																						
Coherencia	Los componentes de la propuesta tienen relación lógica entre sí, con lenguaje claro y sencillo																					X	
Relevancia	La propuesta se ajusta a los objetivos de la investigación, a las necesidades de los beneficiarios detectadas en el diagnóstico																					X	
Organización	Se refiere a la secuencia de las actividades según orden de complejidad																					X	
Relación entre las variables	Se tiene en cuenta la relación y consecuencia entre las variables																					X	
Factibilidad	Analiza la posibilidad de la implementación y replicación de la propuesta en otros varios contextos																					X	

Relación costo-beneficio	Existe un balance entre el costo-beneficio en función de los recursos materiales, económicos y personal capacitado para ejecutar la propuesta																					X	
Adaptabilidad	La propuesta puede ser adaptada a otros requerimientos según la necesidad del contexto																					X	

Firma del Juez

Nombre del Juez

Carmen Cecil Herrera Dueñas

Nota: Se sugiere utilizar el **Coeficiente Aiken para el análisis de la concordancia de los criterios de los expertos** (debe obtener mínimo 80% de consenso de los criterios de expertos).

Anexo 8. Instrumento para la Validación – Experto 5

Instrumento para la validación de propuestas de intervención psicológica

Usted ha sido seleccionado como experto para validar la propuesta de intervención psicológica (colocar el nombre de la propuesta), por lo que, se le solicita su participacióncomo validador de la misma. Le solicitamos facilite la siguiente información:

- Nombres y apellidos del experto: Xiomara Tabares
- Cargo e institución donde labora: Docente/ Psicóloga clínica-Universidad Técnica de Ambato- Vitaliza,Psicología para a salud
- Profesión: Psicóloga Clínica
- Grado académico: 4to nivel
- Años de experiencia en la profesión: 18
- Actividad científico-investigativa y profesional del experto: Investigación en problemática de parejas.

A continuación, se describe la propuesta

Para la validación de la propuesta de intervención psicológica, usted debe calificar dos dimensiones con sus indicadores, en una escala del 1 al 100, la cual se distribuye de la siguiente manera: 1-20 es deficiente; 21- 40 es baja; 41-60 es regular; 61-80 es buena; 81-100 es muy buena. Las dimensiones son: *procedimental* con 7 indicadores y *factibilidad* con 2 indicadores:

Procedimental/indicadores:

- Planificación operativa
- Ajuste ético-profesional
- Suficiencia
- Coherencia
- Relevancia
- Organización
- Relación entre las variables

Factibilidad/indicadores:

- Relación costo-beneficio

- Adaptabilidad

Indicación al experto:

En la siguiente tabla 4, califique cada dimensión e indicador marcando con una X, de acuerdo a la escala descrita anteriormente; además, puede escribir las observaciones queusted considere pertinente.

Criterios/Indicadores	Descripción	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy buena				Observaciones
		1	10	15	20	21	30	35	40	41	50	55	60	61	70	75	80	81	90	95	100	
Procedimental	La propuesta se ajusta a los criterios teóricos, técnicos, metodológicos y éticos de la intervención psicológica																				X	
Planificación operativa	Planificación operativa de la propuesta con ajuste teórico-práctico (congruencia)																				X	
Ajuste ético-profesional	Existe evidencia científica, trato humano, manejo adecuado de la información y en la aplicación de las pruebas diagnósticas y																				X	

	procedimien-tos de inter-vención																					
Suficien-cia	Contiene los aspectos nece-sarios como: número de sesiones, actividades,																				X	

	técnicas, recursos materiales, tiempo para el abordaje del tema																					
Coherencia	Los componentes de la propuesta tienen relación lógica entre sí; con lenguaje claro y sencillo																				X	
Relevancia	La propuesta se ajusta a los objetivos de la investigación, alas necesidades delos beneficiarios detectadas en el diagnóstico																				X	
Organización	Se refiere a la secuencia de las actividades según orden de complejidad																				X	
Relación entre las variables	Se tiene en cuenta la relación y consecuencia entre las variables																				X	

Factibilidad	Analiza la posibilidad de la implementacióny reaplicación de la propuesta en uno o varios contextos																				X	
Relación costo-beneficio	Existe un balance entre el costo-beneficio enfunción de losrecursos materiales, económicos ypersonal capacitado paraejecutar la propuesta																				X	
Adaptabilidad	La propuesta puede ser adaptada a otros requerimientos según la																				X	

	necesidad del contexto																					



_____

Firma del juez:

Nombre del juez: Xiomara Tabares

Nota: Se sugiere utilizar el **Coeficiente Aiken para el análisis de la concordancia de los criterios de los experto**obtener mínimo 80%de consenso de los criterios de expertos).