



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**ESTRATEGIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL
MANEJO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA PRIVADA DE CHICLAYO
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO
DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Autora:

Bach. Cabrera Enriquez Silvia Katheryne

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1602-3437>

Asesor:

Mg. Perez Martinto Pedro Carlos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8554-6034>

Línea de Investigación:

**Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la
comunidad para el desarrollo de la sociedad**

Sublínea de Investigación:

acceso y cobertura de los sistemas de atención sanitaria

Pimentel – Perú

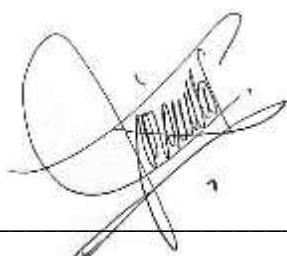
Año 2024

**ESTRATEGIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE
LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA DE CHICLAYO.**



Dr a. DELIA MARGARITA IZAGUIRRE TORRES

Presidente del jurado de tesis



Mg. PEDRO SEGUNDO JARAMILLO ARICA

Secretaria (o) del jurado de tesis



Mg. PEDRO CARLOS PEREZ MARTINTO

Vocal del jurado de tesis



DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien suscribe la **DECLARACIÓN JURADA**, soy egresada del Programa de Estudios de **Maestría en Psicología Clínica** de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaro bajo juramento que soy autor del trabajo titulado:

“ESTRATEGIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA DE CHICLAYO”.

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (CIEI USS) conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y auténtico.]

En virtud de lo antes mencionado, firma:

CABRERA ENRIQUEZ SILVIA KATHERYNE	DNI: 46982424	
--------------------------------------	------------------	--

Pimentel, 02 de Marzo de 2024

REPORTE DE SIMILITUD TURNITIN

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

CABRERA ENRIQUEZ-TURNITIN.docx

RECuento DE PALABRAS

18115 Words

RECuento DE CARACTERES

99026 Characters

RECuento DE PÁGINAS

77 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

286.1KB

FECHA DE ENTREGA

Aug 23, 2024 5:28 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Aug 23, 2024 5:29 PM GMT-5

● 12% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)
- Material citado

ÍNDICE GENERAL

Índice de tabla	vi
Índice de Figuras.....	vii
Dedicatoria	viii
Agradecimiento.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Realidad problemática	12
1.2. Formulación del Problema.....	17
1.3. Justificación e importancia del estudio.....	17
1.4. Objetivos.....	18
1.5. Hipótesis.....	19
II. MARCO TEÓRICO	20
2.1. Trabajos previos.....	20
2.2. Teorías relacionadas al tema.....	23
1.1. Marco conceptual	39
III. MÉTODO.....	41
3.1. Enfoque, Tipo y Diseño de Investigación.....	41
3.2. Variables, Operacionalización	41
3.3. Población, muestreo y muestra (enfoque cuantitativo)	43
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	44
3.5. Procedimientos de análisis de datos	47
3.6. Criterios éticos	48
3.7. Criterios de Rigor científico	49
IV. RESULTADOS	50
V. DISCUSIÓN.....	56
VI. APORTE DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
VII. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE RESULTADOS	79
VII. CONCLUSIONES	87
VIII. RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIAS	89
ANEXOS.....	98

Índice de tabla

Tabla 1. Distribución de estudiantes por secciones del nivel secundario.....	43
Tabla 2. Distribución de estudiantes por secciones del 3er al 5to de secundaria.....	44
Tabla 3. Estadísticas de fiabilidad de la variable Ansiedad.....	46
Tabla 4. Estadísticas de fiabilidad de la variable Depresión.....	47
Tabla 5. Pretest de los Niveles de ansiedad	50
Tabla 6. Pretest del factor somático de la ansiedad.....	51
Tabla 7. Pretest del factor afectivo cognitivo de la ansiedad.....	52
Tabla 8. Pretest de los Niveles de depresión	53
Tabla 9. Pretest de la dimensión somático motivacional de la depresión.....	54
Tabla 10. Pretest de la dimensión cognitivo afectivo de la depresión.....	55
Tabla 11. Resumen de las sesiones a desarrollar.....	61
Tabla 12. Comparativo del pre y post test de ansiedad.....	79
Tabla 13. Comparativo del pre y post test del factor somático de ansiedad.....	79
Tabla 14. Comparativo del pre y post test del factor afectivo cognitivo de ansiedad.....	80
Tabla 15. Comparativo del pre y post test de depresión.....	80
Tabla 16. Comparativo del pre y post test de la dimensión somático motivacional de la depresión.....	81
Tabla 17. Comparativo del pre y post test de la dimensión cognitivo afectivo de la depresión.....	81
Tabla 18. Prueba de normalidad de ansiedad.....	82
Tabla 19. Prueba de normalidad por factores de la ansiedad.....	82
Tabla 20. Prueba de normalidad de la depresión.....	83
Tabla 21. Prueba de normalidad por dimensiones de la depresión.....	83
Tabla 22. Prueba de muestras emparejadas de ansiedad.....	84
Tabla 23. Pruebas de muestras emparejadas de los factores de ansiedad.....	84
Tabla 24. Prueba de muestras emparejadas de la depresión.....	85
Tabla 25. Pruebas de muestras emparejadas de las dimensiones de depresión.....	85

Índice de Figuras

Figura 1 Pretest de los Niveles de ansiedad en estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Chiclayo.	50
Figura 2 Pretest del factor somático de la ansiedad.	51
Figura 3 Pretest del factor afectivo cognitivo de la ansiedad.....	52
Figura 4 Pretest de los Niveles de depresión en estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Chiclayo.	53
Figura 5 Pretest de la dimensión somático motivacional de la depresión	54
Figura 6 Pretest de la dimensión cognitivo afectivo de la depresión	55

Dedicatoria

A mis padres y hermanos que me brindan su apoyo y motivación en todo momento.

Agradecimiento

A Dios en primer lugar, porque él permite que todas las cosas se hagan conforme a su voluntad y en su tiempo.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general aplicar una estrategia cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad y depresión en estudiantes del tercer al quinto grado de secundaria con edades de 13 a 17 años de una institución educativa particular de Chiclayo. Para esta investigación participaron 49 estudiantes a quienes se les aplicó los instrumentos de ansiedad y depresión de Beck respectivamente, los cuales fueron validados a través de juicio de expertos. Se ejecutó la estrategia cognitivo conductual para manejar la ansiedad y depresión en estudiantes de una institución educativa privada; aplicadas en 12 sesiones de 45 minutos cada una para los participantes, logrando el manejo de la ansiedad y depresión. En lo cual se logró que en la variable ansiedad, el nivel grave baje de 38.8% a 0%, en el nivel moderado de 28.6% a 0%, en el nivel leve aumentó de 18.4% a 75.5% y en el nivel mínimo subió de 14.3% a 24.5%. En cuanto a la variable depresión, en el nivel grave bajó de 22.4% a 0%, en el nivel moderado bajó de 20.4% a 0%, en el nivel leve disminuyó de 20.4% a 6.1% y en el nivel mínimo aumentó de 36.7% a 93.9%. Estos resultados evidencian mejora en relación con su situación inicial y la eficacia del programa aplicado.

Palabras clave: ansiedad, depresión, estrategia cognitivo conductual.

ABSTRACT

The general objective of this research was to apply a cognitive-behavioral strategy for the management of anxiety and depression in students from the third to fifth grade of secondary school, aged 13 to 17, from a particular educational institution in Chiclayo. For this research, 49 students participated, to whom the Beck anxiety and depression instruments were applied respectively, which were validated through expert judgment. The cognitive-behavioral strategy was implemented to manage anxiety and depression in students from a private educational institution; applied in 10 sessions of 45 minutes each for the participants, achieving the management of anxiety and depression. In which it was achieved that in the anxiety variable, the severe level dropped from 38.8% to 0%, in the moderate level from 28.6% to 0%, in the mild level it increased from 18.4% to 75.5% and in the minimum level it rose from 14.3% to 24.5%. As for the depression variable, at the severe level it dropped from 22.4% to 0%, at the moderate level it dropped from 20.4% to 0%, at the mild level decreased from 20.4% to 6.1% and at the minimum level it increased from 36.7% to 93.9%. These results show improvement in relation to their initial situation and the effectiveness of the applied program.

Keywords: anxiety, depression, cognitive behavioral strategy.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La pubertad y adolescencia son etapas del desarrollo humano entre la niñez y la etapa adulta que comprende variaciones significativas físicamente, cognitivamente y también en el aspecto psicosocial (Papalia et al. 2012), asimismo es una etapa retadora, que no solo implica al adolescente, sino también a sus familiares, amigos y otros sujetos de su medio social (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2021), es así que tanto en la casa como en el colegio, origina sintomatologías y emociones irritantes (Oyanadel et al. 2021).

La ansiedad y la depresión son manifestaciones usuales de la adolescencia y son condiciones que conllevan a múltiples retrasos académicos, emocionales y conductuales. La discordia familiar, el embarazo precoz, trastornos alimentarios, problemas familiares, déficit de relaciones interpersonales, enamoramiento, etc., son algunos de los elementos que determinan la calidad de los jóvenes. Estos efectos pueden conducir a una depresión persistente, problemas de autoestima y otros síntomas preocupantes que podrían causar fracaso en sus estudios (Basantes et al. 2021).

La incidencia de la depresión se acrecienta en la etapa de la adolescencia. En promedio, el 9 % de los estudiantes de 12 a 17 años experimentan un suceso de depresión mayor cada año, y el 40 por ciento de ellos reciben atención (National Survey on Drug Use and Health [NSDUH], 2008, como se citó en Papalia et al. 2012).

La depresión en adolescentes de esta edad, en ocasiones se expresa como tristeza, y en otras como irritabilidad, desgano o imposibilidad para sentir alegría. Es por ello, por lo que una de las razones por las que se debe de tomar en serio estos indicadores es el peligro de suicidio en adolescentes (Brent y Birmaher, 2002, como se citó en Papalia et al. 2012).

Las niñas adolescentes, especialmente aquellas que maduran temprano, tienen más probabilidades que los niños de sufrir depresión. (Brent y Birmaher, 2002; Ge et al. 2001; SAMHSA, 2005; Stice et al. 2001, como se citó en Papalia et al. 2012).

El género masculino y femenino es considerado como uno de los elementos de riesgo de la depresión, pero también lo es la ansiedad, el miedo a la interacción social, sucesos traumáticos de la vida diaria, comorbilidades tales como la diabetes o epilepsia, problemas parentales, abuso o negligencia de los padres hacia sus hijos, el uso desmedido de alcohol y sustancias alucinógenas, relaciones sexuales e historial de depresión. Los factores que incluyen el uso excesivo de drogas son más propensos a causar depresión en las adolescentes que en los adolescentes (Brent y Birmaher, 2002; Hallfors et al. 2005; SAMHSA, 2005; Waller et al. 2006, como se citó en Papalia et al. 2012).

Cabe enfatizar que experimentar episodios depresivos durante la niñez y la adolescencia puede afectar negativamente en las notas escolares, el desarrollo humano y las relaciones con sus pares. Diagnosticar la depresión en la época de la niñez y la fase de la pubertad se convierte en una situación difícil porque la sintomatología es diferente a los que se presentan en la etapa de la adultez, y a pesar de que se dispone de varios instrumentos y escalas para evaluarla, solo sirven para apoyar un diagnóstico clínico. Por su predominio y conmoción, conjuntamente se asocia con la idea de auto eliminarse. Por ello importa comprender, dar un diagnóstico y tratar esta condición en la primera infancia y adolescencia (Sánchez y Cohen, 2020).

La ansiedad es la contestación de nuestro organismo; la interpretación del cerebro de que hay inseguridad para la vida. La depresión es una mal diferenciado por síntomas, además de desconsuelo, falla de entusiasmo, tristeza y apatía, que impiden que una persona con depresión se desarrolle con normalidad. La ansiedad y la preocupación se refieren al futuro, mientras que la depresión se refiere a la tristeza o a una parte del pasado. Las dos condiciones están relacionadas y se cree que los trastornos de ansiedad preceden en gran medida a la depresión. Toda enfermedad se exterioriza de alguna forma, la preparación del cuerpo para el peligro, que puede ser inexistente o imaginario, y solo puede aparecer en la mente de la persona que la padece (Basantes et al.2021).

La ansiedad se puede comparar con el miedo. El miedo y la preocupación son usuales en la infancia, son rasgos evolutivos y preparan a los niños para circunstancias que pueden involucrar peligro y cambio. Estos temores cambian con el paso de los años, cuando los infantes temen los lugares oscuros, el ruido y creen en la existencia de extraños y fenómenos. El miedo a los fenómenos naturales y las enfermedades aparece en la edad

escolar, mientras que en la fase de la adolescencia domina el temor al fracaso en los estudios, la competitividad escolar y las complicaciones con algunas enfermedades que afectan la salud. La ansiedad se produce cuando hay un riesgo verdadero o imaginativo inmediato. Se adapta y se necesita para la supervivencia y se vuelve patológico en el momento que no guarda proporción con la realidad del entorno o se presenta sin ningún factor que lo justifique.

Navarro et al. (2017) refieren que la depresión en jóvenes es una situación que pone en riesgo el bienestar de este, y que puede tener múltiples causas y trae consigo una serie de situaciones problemáticas en la sociedad y otros problemas de salud mental.

González et al. (2015) describen que los síntomas depresivos son recurrentes en la población mexicana, y también en otros países, sin embargo, siempre se afirma que se da con mayor incidencia en las personas del sexo femenino. Además, acotan que los adolescentes en contextos urbanos marginales muestran porcentajes altos de depresión. A pesar de ello, los autores de esta investigación mencionan que, si bien la depresión se da con mayor incidencia en mujeres, los varones presentan ideación suicida en mayor proporción. Afirman también que en su país las tasas de ideación suicida consumadas son más alta en varones que en cualquier parte del mundo.

Es por ello por lo que incitan a seguir creando estrategias para ayudar y mejorar el bienestar psicológico de los jóvenes y muchachos, puesto que muchas veces la depresión u otras enfermedades de la salud mental se ven escondidas por otros supuestos problemas propios de la adolescencia.

La ansiedad puede ser causada por elementos del exterior y del interior (evocaciones, retratos, pensamientos, aspiraciones). Se exterioriza en sintomatología neurovegetativa (intranquilidad psicomotora, aceleración cardíaca, etc.), cognoscitivos (temor, ansiedad) y comportamentales, siendo el retraimiento la contestación más frecuente de los problemas de ansiedad. El periodo de la adolescencia está lleno de vida, de variaciones y desafíos progresivos, cambios corporales, opciones de aprendizaje, oportunidades de ejecución como eventos particularmente estresantes, el comienzo de la vida laboral, el comienzo de las relaciones afectivas., etc. En ocasiones, estas importantes modificaciones en la vida pueden aumentar la angustia del adolescente vulnerable, lo que lleva a la patología.

Los problemas de ansiedad son las alteraciones mentales más comunes y tempranas entre niños y personas maduras. En los infantes, esta alta incidencia viene determinada por fobias específicas que desaparecen espontáneamente. Las alteraciones de ansiedad son más frecuentes adolescentes mujeres que en adolescentes varones, con marcadas diferencias en la adolescencia, con una prevalencia de 3:1 en chicas. Las fobias sociales y los ataques de pánico comenzaron en la adolescencia. Los trastornos de ansiedad perturban al 6-20% de los infantes y jóvenes. Si un menor de edad padece de ansiedad, en ocasiones continúa en la edad adulta y hay variaciones en su cuadro clínico, es decir, la ansiedad por apartamiento puede convertirse en un trastorno de ansiedad global, o puede involucrarse con otros trastornos, como la depresión o el consumo excesivo de drogas. El predominio estimado de cada trastorno es: Ansiedad por alejamiento cuatro por ciento; ansiedad global tres a cuatro por ciento; fobia específica cuatro por ciento; fobia social uno por ciento; ataques de pánico 0,6 por ciento (Sánchez y Cohen, 2020).

Es probable que el 3,6 por ciento de las personas de 10 a 14 años y el 4,6 por ciento de personas de 15 a 19 años sufren de alteraciones de ansiedad. Asimismo, el 1,1 por ciento de las personas entre 10 y 14 años y el 2,8 por ciento de las personas entre 15 y 19 años manifiestan depresión. Estos dos problemas de salud mental antes mencionados, tienen indicadores similares, tales como variaciones de humor inesperados e imprevistos.

Los trastornos de ansiedad y depresión pueden hacer que sea extremadamente difícil asistir a colegio, concentrarse en los estudios y hacer su vida cotidiana con normalidad. La exclusión social puede incrementar el aislamiento y la necesidad de estar solo; y finalmente la depresión puede conducir a quitarse la vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

García et al. (2020) consideran que estos dos trastornos son considerados como perturbaciones de la salud mental que evidencian elevados porcentajes de preeminencia y a la vez detonante de otras enfermedades en la etapa adolescente.

No obstante, las instituciones educativas conforman un factor importante para lograr promocionar la salud mental, sin embargo, no cuentan con programas o estrategias para evitar diversos problemas en la salud psicológica de los estudiantes.

Los escolares de un colegio privado de Chiclayo presentan los siguientes indicadores (**manifestaciones problemáticas**) en el aspecto emocional, social y cognitivo:

- desánimo y desgano frente a sus actividades diarias
- desinterés por salir o tener contacto con sus compañeros de colegio o amigos del vecindario
- escaso esfuerzo en el rendimiento académico,
- dificultades de atención para atender a las clases
- problemas de concentración para realizar sus tareas escolares
- pensamientos negativos sobre sí mismos
- tristeza
- ideación suicida
- ansiedad frente a los exámenes
- dificultad para exponer y para hablar en público

Por lo antes mencionado, se traza el siguiente **problema científico**: Deficiencias en el manejo de ansiedad y depresión en los estudiantes, dificultando el bienestar y desarrollo en los adolescentes.

Es aquí donde se verifica el escaso interés por la atención e intervención para desarrollar estrategias que ayuden a los adolescentes en el manejo de la ansiedad y depresión, siendo esto una complicación para el desarrollo y bienestar emocional de los estudiantes de este colegio, por lo cual, al emplear técnicas y materiales de investigación, como pretest, encuestas, el **diagnóstico causal**, determina lo siguiente:

- Insuficiente práctica en el avance del desarrollo cognitivo conductual determina la ansiedad y depresión en los estudiantes.
- Deficiente estrategias didácticas metodológicas en el desarrollo cognitivo conductual en docentes, padres y apoderados ocasiona la ansiedad y depresión en los estudiantes.
- Insuficiente preparación en docentes, apoderados y padres en el desarrollo cognitivo conductual en el hábito de una apropiada orientación psicológica en el manejo y la aminoración de la ansiedad y depresión en los estudiantes.

De estos orígenes surge el **objeto de investigación** como el proceso cognitivo conductual.

El enfoque Cognitivo-Conductual implica diferentes parámetros, que son usadas de modo conjunto. Las cuales son: la reestructuración cognitiva, la exposición, estrategias de relajación, y en cuestiones de aversión social, se considera el ejercicio en destrezas sociales (Salaberría y Echeburúa, 2005, como se citó en Castillo et al. 2019).

La meta de la reestructuración cognitiva es que el sujeto, apoyándose del terapeuta, reconozca y debata sus creencias disfuncionales, tratando de ser reemplazados por los adaptativos, disminuyendo la incomodidad emocional generado por los pensamientos disfuncionales (Bados, y García, 2010 como se citó en Castillo et al. 2019).

Los métodos de exposición se fundamentan en lograr que la persona se presente a las circunstancias ansiosas, de manera gradual, logrando así que no lleve a cabo conductas de salida, ocasionando el fenómeno de habituación (Echeburúa, y de Corral, 2004 como se citó en Castillo et al. 2019).

La estrategia de relajación tiene como fin instruir a la persona a manejar el grado de activación. Las habilidades de dominación de la activación manifiestan el inicio en la reflexión de las costumbres asiáticas. Siendo estas: la respiración profunda, y el descanso (Labrador et al. 2004 como se citó en Castillo et al. 2019).

Es por ello por lo que, el **campo de acción** es la dinámica del desarrollo cognitivo conductual.

1.2. Formulación del Problema

Deficiencias en el proceso cognitivo conductual limita el manejo de las dificultades emocionales en los estudiantes adolescentes del nivel secundario de un colegio privado de Chiclayo.

1.3. Justificación e importancia del estudio

Es relevante porque se basa en la TCC, con la cual se aplicará estrategias cognitivo-conductuales para manejar la ansiedad y depresión en adolescentes de una institución particular, puesto que hay escasas de aplicación de programas o estrategias cognitivo-conductuales que abordan este tipo de problemática en las escuelas, lo cual impide el desarrollo y bienestar de los estudiantes.

Con respecto al aporte práctico, se aplicará estrategias cognitivo-conductuales con relación al control de la ansiedad y depresión en los alumnos, lo cual contribuirá a la práctica de expertos para concretar una óptima intervención.

Metodológicamente, se va a contribuir con la aplicación y validez de las estrategias cognitivo-conductuales, con el objetivo de este trabajo de investigación, el cual será empleado en futuras investigaciones experimentales por otras entidades educativas.

A nivel social, su desarrollo tiene importantes beneficios para los estudiantes y para el personal de la comunidad educativa al crear mejoría desde la aplicación de estrategias cognitivo – conductuales.

Finalmente, con relación a su novedad científica, radica en la contribución de una propuesta de aplicación de estrategias cognitivo-conductuales, puesto que hay insuficiencia de investigaciones en esta problemática, por ello servirá para la ejecución de posteriores programas cimentados en la teoría cognitivo-conductual.

1.4.Objetivos

1.4.1. Objetivos General

Aplicar una estrategia cognitivo-conductual para el manejo de la ansiedad y depresión en alumnos de un colegio privado de Chiclayo.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar de forma epistemológica el proceso cognitivo – conductual, su evolución histórica y su dinámica.
- Determinar la dinámica actual del proceso cognitivo – conductual con relación al manejo de la ansiedad y depresión en los adolescentes.
- Elaborar la estrategia cognitivo conductual para manejar los niveles de ansiedad y depresión en adolescentes de la institución.
- Comparar los datos iniciales pre y post para la evaluación de significación de los cambios en el manejo de ansiedad y depresión en los adolescentes de un colegio privado – Chiclayo.

1.5.Hipótesis

H₁: Si se aplica la estrategia cognitivo – conductual, tomando en consideración la intención de manejar y controlar la depresión y ansiedad en adolescentes de una institución privada, entonces se ayudará en menguar los problemas emocionales en los estudiantes.

H₀: Si se aplica la estrategia cognitivo – conductual, tomando en consideración la intención de manejar y controlar la depresión y ansiedad en adolescentes de una institución privada, entonces no se ayudará en menguar los problemas emocionales en los estudiantes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Trabajos previos

Actualmente, los problemas de ansiedad y depresión evidencian porcentajes altos y comorbilidad en la adolescencia, más aún después del aislamiento del COVID -19. Con respecto a los trabajos de investigación que tuvieron como objetivo a la ansiedad y depresión tenemos los siguientes:

Ámbito Internacional

Corrales et al. (2022) investigaron acerca de la Depresión, ansiedad y estrés en alumnos cubanos, y utilizaron la escala Depression, Anxiety and Stress. Los resultados mostraron que de los 329 alumnos de 16 diferentes casas de estudio, el 74 por ciento sufrieron de depresión, 63 por ciento ansiedad y estrés 68 por ciento. En conclusión, el 55 por ciento sufrieron de los problemas antes mencionados.

Basantes et al. (2021), indagaron acerca de la ansiedad y depresión en alumnos, en Ecuador, y dentro de sus resultados obtenidos, mencionan que la ansiedad y la depresión se consideran problemas de índole emocional y físico que aqueja a los jóvenes, y, afectan el aprendizaje cuando no es diagnosticado oportunamente.

También, Herskovic y Matamala (2020) realizaron un estudio acerca de la Somatización, ansiedad y depresión en población chilena, y refieren que actualmente se cuenta con intervenciones estratégicas para estos tipos de trastornos, y afirma que la TCC y los inhibidores de la serotonina mostraron resultados satisfactorios.

García et al. (2020), analizaron el resultado de un programa estratégico apoyado en la TCC transdiagnóstica para evitar la ansiedad y la depresión, Los efectos revelan que la complacencia con la vida se compensa en el grupo empírico y el grupo control a lo largo del tiempo; y se concluye que, las calificaciones aumentan en el Grupo Control, que inicia en niveles más bajos y el grupo empírico se mantienen constantes.

Asimismo, Castillo, et al. (2019) desarrollaron una investigación para evaluar y tratar un caso de trastorno de ansiedad social, para luego diseñar un tratamiento cognitivo

conductual, teniendo como resultado un progreso propicio de síntomas generales como de fobia social.

Ámbito Nacional

Alcalde et al. (2022) indagaron acerca de la ansiedad, depresión y actividad física en jóvenes de una universidad en la región selvática del Perú durante el confinamiento, concluyendo que mientras haya ejercicio físico constante, disminuirán en ellos, y es por ello por lo que recomiendan que en las universidades se promueva el deporte.

Toledo (2022) se encaminó en investigar la depresión, ansiedad y estrés en jóvenes de los colegios de la capital del Perú. Participaron 563 estudiantes, entre 13 y 18 años. Se halló, que los jóvenes presentaron el 82 por ciento de síntomas de depresión, el 84 por ciento, indicadores de ansiedad y el 71 por ciento, estrés en categorías de leve a muy severo.

Así también, tenemos a Laura (2021) el cual investigó la relación entre ansiedad estado-rasgo y depresión en adolescentes en la ciudad de Tacna. Se usaron las pruebas: Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) y la Escala de Depresión de Zung (EAMD). Se halló que a mayor ansiedad estado, menor será la depresión en los alumnos. Además, en el área de ansiedad rasgo; cuando hay mayor ansiedad rasgo, mayor será la depresión en los alumnos.

Contreras et al. 2021, en el Perú, buscaron analizar, validar, obtener la fiabilidad y equidad de las escalas abreviadas (DASS-21) en jóvenes. Donde participaron 731 adolescentes de 3 colegios públicos de Lima-Callao. El examen factorial expuso la eficacia de este instrumento. También se confirmó que el estrés genera ansiedad y depresión, y que la ansiedad y depresión usualmente se manifiestan en paralelo.

Díaz (2021), decidió indagar acerca de la correlación entre la depresión y ansiedad en estudiantes de Cajamarca. Concluyendo la existencia de una relación directa entre la depresión y la ansiedad, encontrando niveles de ansiedad moderada y niveles de depresión situacional.

Rodríguez (2020) aplicó un plan en psicoterapia apoyado en la desensibilización sistemática, con el objetivo de manejar la ansiedad social en jóvenes de Cajamarca. Se trabajó con la Escala (SAS-A), adaptada para el Perú, hallándose que predomina el nivel alto de ansiedad social, asimismo, la sugerencia de un plan intervencionista resultó beneficioso.

Finalmente, el autor de la investigación concluyó que es preciso ejecutar planes de intervención y prevención para este tipo de problema que aqueja a los adolescentes.

Por otro lado, Carrasco (2020) estudió la correlación de las rutinas de estudio y la ansiedad en un colegio de Lima, y se encontró que el porcentaje de ansiedad que predominó fue el nivel medio, en los estudiantes del tercero al quinto de secundaria.

Oyola (2021) analizó la correlación de ansiedad y depresión en estudiantes con familias integradas y desintegradas en la capital del Perú, utilizando el test de depresión de Kovacs (CDI) y el STAIC, y comprobaron la existencia de un alto porcentaje de la ansiedad estado en las familias desunidas a diferencia de las familias unidas, dando a conocer que el hecho de convivir con una familia desunida ocasionaría un cuadro emocional temporal de ansiedad, el cual cambia en intensidad y varía en el tiempo.

Finalmente, en el ámbito nacional, se tiene también que Vargas en el año 2019, efectuó un estudio correlacionando la inteligencia emocional y la ansiedad, y se evidenció la existencia de una relación significativa de las categorías de ansiedad e inteligencia emocional, y también categorías altas de inteligencia emocional evidenciaban se correlacionan con menor ocurrencia de ansiedad en los alumnos de la institución educativa.

Ámbito Regional o local

En el ámbito local, solo se hallaron las siguientes investigaciones con la problemática de ansiedad y depresión:

Pérez y Walter (2021) analizaron la relación entre la adicción a internet y los trastornos de ansiedad y depresión durante la Covid -19, utilizaron los inventarios de depresión de Beck (BAI y BDI – IIA), resultando que la adicción aumenta la probabilidad de manifestar ansiedad en los alumnos. Además 3 de cada diez alumnos mostraron indicadores de depresión graves y aproximadamente uno de diez mostró ansiedad severa.

Collantes y Purisaca (2022) indagaron las categorías de ansiedad y depresión en personas que fueron atendidos en una posta médica en el confinamiento en el primer trimestre del año en Chiclayo. Se aplicó las escalas de Zung de ansiedad y depresión, encontraron que el 52 por ciento de personas atendidas tenían niveles mínimos a moderados de ansiedad y el 47

por ciento aproximadamente tenían desorden emocional. Las mujeres fueron las más afectadas, en los resultados encontrados, puesto que 43 de ellas evidenciaron ansiedad y 39 depresión.

Flores (2021) aplicó un plan cimentado en la TCC con el objetivo de reducir la ansiedad social de los alumnos de una I.E. de Chiclayo, utilizó la prueba de ansiedad de Beck. La estrategia se aplicó por periodos, lo cual generó expectativa y efectos satisfactorios, teniendo como aporte práctico doce sesiones de una hora aproximadamente, en las cuales se usaron estrategias cognitivas-conductuales, con el enfoque de Beck y Ellis.

Rubio (2022) realizó una investigación acerca de la relación entre las variables de autoconcepto y ansiedad en adolescentes - Chiclayo, utilizando el Inventario de Ansiedad Escolar (IAES), encontrando una correspondencia altamente demostrativa entre el autoconcepto y la ansiedad.

Finalmente, Reupo (2020), propuso un programa cognitivo conductual contra la depresión en adolescentes que acuden a un centro de salud mental comunitario en Chiclayo. Se usó el Inventario de Depresión de Beck, obteniendo que, del porcentaje total de evaluados, el 34 por ciento evidenciaban depresión de leve a moderada.

2.2. Teorías relacionadas al tema

Caracterización Epistemológica del Proceso Cognitivo Conductual y su Dinámica

Terapia cognitivo conductual (TCC)

Definición

La TCC es un procesamiento de mediación centrado en representaciones cognitivas con la intención de reconstruir o reorganizar esquemas cognitivos, lo que permite a las personas construir y asignar significado a su propia realidad en función de sus experiencias a través de estructuras y procesos definidos como sea posible. Del mismo modo, la TCC se refiere a comprender cómo una persona piensa acerca de sí misma y de los demás, así como de su entorno, en relación con trascender el pensamiento a la conducta individual y alterar los sistemas de pensamiento, lo que le permite encontrar su camino, como pueda; y el comportamiento se concentra en las complicaciones que perturban a los individuos. (Biglieri y Vetere, 2013).

Otros autores como O'Connor et. al (2017) afirman que el enfoque cognitivo se basa en el enfoque cognitivo de las perturbaciones afectivas, y consideran las correlaciones entre el comportamiento, la cognición, la emoción y la fisiología. También implica una serie de intervenciones destinadas a aliviar los síntomas que causan malestar psicológico al individuo al intervenir directamente en el paciente para identificar e intentar corregir patrones de pensamiento disfuncionales en otros que están funcionando. Estos pensamientos influyen en el comportamiento y las emociones de un individuo, y responden a las percepciones e interpretaciones de los diversos eventos que experimentan, lo que lleva a distorsiones cognitivas que son psicológicamente incómodas.

Rajon (2019, como se citó en Barrios, 2021) señala al enfoque cognitivo-conductual como un ejemplo de terapia basada de la inducción de las perturbaciones de salud mental como consecuencia de las alteraciones cognitivas. Los pacientes pueden afrontar este tipo de casos adoptando otras afirmaciones eficaces sobre sus vidas, siendo significativo que el consejero se involucre en la aplicación de las estrategias psicoterapéuticas para lograrlo. También, expone al enfoque cognitivo-conductual con una serie de fases y estrategias llevándolos a un efecto favorable. Estas estrategias se ponen en práctica cotidianamente, demostrando que no hay límite para el progreso. La terapia cognitivo-conductual, por otro lado, persigue una filosofía de curación holística. Porque los sujetos entienden cómo sus mentes perciben la información que reciben. Entonces, esto significa que esta terapia puede ayudar a aumentar la autoconciencia de un individuo.

Historia

Según Ruiz et al. (2012) La TCC nace del propósito de apoyar a resolver problemas de comportamiento a través de aplicaciones similares a la terapia cognitivo-conductual.

El desarrollo histórico de la TCC está intrínsecamente unido a la de la psicología.

Los principios hipotéticos que sustentaron el progreso de la terapia cognitivo-conductual es la reflexología y las leyes de Thorndike, el conductismo de Watson y más tarde el desarrollador del neoconductismo, y finalmente Skinner y los experimentos conductuales analíticos. La corriente Pavloviana expone el supuesto de cómo los perros aprendieron a babear cuando escuchaban la campana sonando varias veces antes de alimentarse. Pasaron casi 50 años

para que el descubrimiento del condicionamiento clásico de Pavlov recibiera reconocimiento oficial. Skinner apunta a la presencia de un diferente modo de aprendizaje. La corriente de Skinner es un asunto en el que la conducta se adquiere, se mantiene o se extingue en base de los resultados posteriores.

Gillihan (2018) Señala en la primera mitad del siglo XX, la terapia cognitivo-conductual era el postulado de Freud, la cual se basa en el estudio de la niñez de la persona y de la formación que recibió. El foco estaba en que, si bien muchas personas se beneficiaron del psicoanálisis en ese momento, algunos expertos en comportamiento humano tomaron la iniciativa para encontrar otras formas de reducir más rápidamente la incomodidad psicológica de sus sujetos. Mientras tanto, a medida que se comenzaron a realizar descubrimientos sobre cómo aprenden los animales y los humanos, los expertos se inspiraron para aplicar estos principios de intervención de la ansiedad y las perturbaciones afectivas.

Características

Ruiz et al. (2012) describen las particularidades primordiales de la TCC y la lógica detrás de ella. Por un lado, señalaron que los principios que definían e inicialmente consideraban fundamentales a la terapia conductual debían regularse y ampliarse para no quedar reclusos en el primer nivel de la terapia conductual. De igual forma, menciona la relación entre la psicología cognitiva experimental y la TC, siendo muy similares. Siguiendo la descripción anterior, las siguientes características pretenden esbozar los principios comunes a todas las direcciones en este campo:

- Las técnicas y procedimientos de la TCC tienen un ensamble científica o experimental.
- La finalidad del plan estratégico es la conducta y sus métodos profundos. aspectos visibles y ocultos de diferentes niveles conductuales, cognitivos, fisiológicos y emocionales.
- El comportamiento se define como lo que el evaluador ha aprendido de las diferentes situaciones que ha vivido.
- La TCC hace hincapié en las causas donde influyen en el aspecto comportamental y además considera los elementos reales que pueden explicar el contexto presente.
- Lo primordial de la TCC es el uso de métodos experimentales.

- Se muestra la estrecha correlación entre apreciación e intervención, el cual se alarga en todo el proceso de intervención. Debido a la interdependencia en curso de los dos, es difícil distinguirlos como etapas separadas.

- La TC debe ser muy activa. Esto significa que los pacientes participan en una variedad de actividades en su entorno natural.

- Los nuevos tratamientos tienen un valor que ahora se reconoce claramente porque son vistos como situaciones de aprendizaje relevantes y entornos habitualmente representativos para los individuos.

Procedimiento de la intervención conductual

El curso de la intervención incluye el diagnóstico clínico correcto. Aplique la terapia adecuada, ya que un diagnóstico erróneo puede conducir a una terapia ineficaz. Asimismo, confirma que muchas situaciones que pueden surgir durante una sesión son en gran medida impredecibles para el terapeuta. Para ello se deben realizar (Gavino, 2016):

Primera sesión: Se explica los motivos de las consultas.

Recopilación de datos: Se logra por medio de los planteamientos que hace el terapeuta hacia la persona que llega a consulta. Hay herramientas de evaluación disponibles para el terapeuta que necesita saber qué herramientas tiene, hay tres tipos de herramientas que puede usar: entrevistas, autoinformes y notas de observación. También es importante comprender qué hacen estas herramientas y, lo que es más importante, qué tan efectivas son; reconsidere lo que valora y elija la herramienta más adecuada en función de lo que obtiene.

Organización de datos: El terapeuta establece sus antecedentes de acuerdo con los datos que a lo largo de la aplicación del plan de intervención para mantener un mejor control y permitirle descubrir información faltante.

Análisis de datos: el terapeuta tiene datos relevantes y elimina los datos irrelevantes. Los recursos quiroprácticos siempre son significativos. Se utiliza para datos de área para análisis topográfico y funcional, es decir, todos los datos de área que no pertenecen a un área. Este análisis fue rechazado. El análisis topográfico implica recopilar información de manera organizada para que todos los comportamientos problemáticos del sujeto puedan evaluarse y

cambiarse. En lo que se refiere al análisis funcional, el objetivo es encontrar variables a las que aplicar una intervención o tratamiento. Después del análisis, aparece el objetivo del trabajo terapéutico.

Tratamiento: Se hace efectivo el tratamiento con base en el diagnóstico obtenido y las metas de tratamiento formuladas para el problema del paciente.

Técnicas Utilizadas: El terapeuta selecciona la técnica más relevante y efectiva para el caso.

Aplicación del Tratamiento: Dependerá de las metas formuladas y del resultado final que el terapeuta busque lograr.

Estrategias de evaluación

Ruíz et al. (2012) exponen que la evaluación conductual declarativa está respaldada por una variedad de métodos que revelan si una persona es problemática. Hay excelentes recursos disponibles para ayudarlo a obtener información sobre pacientes, padres, maestros, amigos y más, así como herramientas de evaluación, entrevistas, autoinformes, cuestionarios y más.

- **Entrevista conductual:** El objetivo es identificar el comportamiento del sujeto y seleccionar el método de evaluación más adecuado. También puede explicarle al paciente de qué se trata la entrevista y por qué se necesita más información. También identifica parámetros de comportamiento problemático. ¿Cuál es su intensidad, frecuencia y duración?

- **Observación del comportamiento:** esta es una buena forma de recopilar información, pero una mala forma de cubrir toda la información que necesita. Los métodos de observación específicos generalmente se deciden durante la conversación. El objetivo es obtener información detallada sobre el problema. Las observaciones pueden ser realizadas por varias personas en las proximidades del paciente. En este caso, depende del terapeuta, familiar, amigo, maestro o situación en la que se esté desarrollando el paciente.

- **Evaluación conductual cognitiva:** se enfoca en áreas clave del comportamiento humano no observable. En estos dominios de evaluación, las autoevaluaciones están relacionadas con diversos problemas, sesgos cognitivos, actitudes, respuestas emocionales, etc.

- Evaluación psicofisiológica. La terapia cognitiva conductual es una nueva intervención introducida como parte de los avances tecnológicos en los últimos 20 años. Valorar y tratar la psicopatología común asociada a síntomas somáticos e identificar individuos predispuestos a trastornos específicos.

Tratamiento

Clark y Beck (2016) afirman que actualmente, la salud mental utiliza la terapia cognitiva conductual y, por lo tanto, se considera un tratamiento eficaz. Con esta terapia se han obtenido resultados clínicos científicos en diversas enfermedades. Entre el 60% y el 80% de las personas que utilizan esta terapia obtienen mejores resultados con menos molestias y trastornos emocionales. Aunque una pequeña proporción, el 25 por ciento no tenía síntomas que les causaran malestar emocional y físico. Por esta razón, la terapia cognitiva conductual ha demostrado ser eficaz para los problemas de salud mental. Por ello, esta terapia es una de las más recomendadas por psicólogos y aprobada por la Asociación Americana de Psiquiatría y el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. Esto se debe a que es uno de los primeros tratamientos de elección para una variedad de dolencias y condiciones emocionales. El tratamiento se divide en tres etapas:

- Evaluación: Durante la primera sesión, el terapeuta se enfoca en evaluar el problema o situación del paciente.

- Intervención: se enfoca en identificar el pensamiento problemático que causa la discapacidad del paciente, utilizando diversas técnicas para corregirlo y ayudar a descubrir nuevas perspectivas sobre el problema, así como crear una estructura para implementar un plan de acción.

- Cierre: Este aspecto se centra en las habilidades adquiridas por el paciente relacionadas con la capacidad de controlar cuándo puede ocurrir un evento de crisis. Su propósito es prevenir la recaída en los pacientes., se puede prescindir de acompañamiento o ayuda terapéutica.

Benedict (2016) refiere que demostró que la terapia cognitiva conductual se puede utilizar como psicoterapia para una variedad de trastornos, que incluyen ansiedad, depresión, trastornos alimentarios y otros problemas psicológicos. También existe la esperanza de que este

tratamiento encuentre el origen del problema, la causa del malestar actual del sujeto. Esto se debe a que llegar a la raíz del problema requiere volver a la primera infancia. Conflicto con el paciente. La terapia cognitiva conductual, por otro lado, se enfoca en el comportamiento y las cogniciones de una persona y en las formas de procesarlas. Por lo tanto, si se usa correctamente, la terapia cognitivo-conductual mostrará su eficacia cuando los sujetos aprendan a controlar sus emociones y cogniciones. En colaboración, nuestro objetivo es el cambio emocional y de comportamiento individual. Los autores sugieren varios métodos como parte del tratamiento de los problemas de salud mental, estos son:

- Inhalación y exhalación lentas: Se utiliza en diversas terapias, el propósito de esta técnica es llevar al individuo a un estado de conciencia plena y así encontrar un estado de relajación en el que se pueda ser capaz de pensar y buscar soluciones rentables.

- RMP: Más conocida como relajación muscular progresiva, esta técnica también es una forma de enfocar el ejercicio relajando los músculos del cuerpo.

- Documentación: El propósito de esta técnica es enseñar a las personas a registrar sus cambios emocionales diariamente, cómo responden a estos cambios e identificar las fuentes y la intensidad de la activación emocional y de pensamiento en la que ocurren.

- Exposición reflexiva: el objetivo de este método es interiorizar los sentimientos que incomodan al sujeto, permitiéndose simular situaciones que le afectan e interiorizándolos para que crea que esos sentimientos no son ni peligrosos ni malos.

- Reconocimiento y reconstrucción de pesadillas: Las personas tienden a tener pesadillas o pesadillas a lo largo de su vida, pero con esta técnica las personas intentan reponer esos sentimientos. con otros más positivos.

- Reestructuración cognitiva: esta técnica está diseñada para permitir que los sujetos aprendan a cambiar o transformar su pensamiento negativo o disfuncional en beneficio de otro individuo funcional.

- Detectar trastornos cognitivos: Este método pretende controlar las tendencias ilógicas que afectan al sujeto.

- Reestructuración cognitiva: esta técnica tiene como objetivo que las personas desafíen sus pensamientos dañinos y los reemplacen con pensamientos positivos.

Técnicas

Ruíz et al. (2012) definen la tecnología como parte del proceso de psicoterapia. Porque si necesita cambiar el pensamiento o el comportamiento, necesita usar métodos conductuales o métodos cognitivos. Sin embargo, la elección de la tecnología adecuada debe tener en cuenta los objetivos. Estos métodos se resumen de la siguiente manera:

A) Técnicas cognitivas: Las técnicas cognitivas se usan para promover el diálogo socrático para identificar y corregir pensamientos negativos. Hay varios métodos diferentes que le permiten cambiar la percepción del paciente. También te ayuda a identificar prejuicios y creencias. Se utilizan dos métodos básicos: autodetección y descubrimiento guiado. Algunas tecnologías cognitivas se enumeran a continuación:

- Autorregistro: Esta técnica se utiliza desde el inicio del curso del tratamiento, obtiene información sobre el estado emocional del paciente durante el día, lo que le permite saber cuándo una situación, persona o comportamiento aumenta o disminuye. Reducir problemas. El estado emocional de una persona se evalúa en una escala de 0 a 100, donde 0 significa que se siente mal y 100 bien; Los autorregistros tienen una doble utilidad, ya que pueden recopilar información detallada sobre la condición de un paciente durante una semana y también actúan como una comparación entre pacientes. Base para el cambio; se divide en 6 columnas, la primera columna registra la fecha y hora del evento; el segundo esclarece los hechos; el tercero describe los sentimientos experimentados; el cuarto anota los pensamientos automáticos, el quinto explica en parte las reacciones alternativas a los pensamientos automáticos y finalmente anota los resultados obtenidos al reevaluar la confiabilidad de las cogniciones originales y la intensidad de los sentimientos.

- Descubrimiento Guiado: Esta técnica se refiere al proceso de apoyo al paciente a través del cuestionamiento socrático para lograr nuevos estándares que desafíen sus creencias disfuncionales; Para lograr los objetivos trazados, es importante que el terapeuta guíe al paciente a través de preguntas abiertas en la medida en que lo considere necesario, pero lo importante es que sea el individuo quien cree por sí mismo asociaciones y argumentos sobre las condiciones que causan su malestar.

- Técnica basada en imágenes: Determina las imágenes visuales cognitivas asociadas a sensaciones desagradables, puede utilizarse desde la primera etapa del proceso terapéutico, una forma habitual de explicar la influencia de los pensamientos sobre el estado de ánimo y las situaciones que le afectan de forma particular, pregúntale sobre los sentimientos y comportamientos que lo acompañaron en ese momento, y luego pídele que cambie su forma de pensar. En la misma situación que imaginaron, se les preguntó si hubo cambios en su estado de ánimo y comportamiento cuando cambiaron sus pensamientos antes del evento imaginado.

- Dejar de pensar: Este método es un método sencillo que ha demostrado ser efectivo para detener los pensamientos de cierto tipo de sujetos angustiosos cuando el individuo crea un continuo de situaciones debido a eventos, pensamientos que se vuelven frecuentes y que el individuo. no puede controlar lo anterior; por lo tanto, el resultado de tal acción provocará la aparición de emociones negativas.

b) Métodos conductuales: Barlow (2018, citado en Barrios, 2021) explicó que los métodos conductuales se concentran en las primeras etapas de la terapia y que son especialmente necesarios para mejorar la conducta del paciente; De las diversas técnicas disponibles, el terapeuta selecciona aquellas que pueden ayudar a las técnicas individuales a tratar con eficacia los problemas que crean. Por lo tanto, las técnicas conductuales aplicadas tienen como objetivo cambiar el comportamiento desadaptativo a través de una serie de tareas desarrolladas progresivamente. Algunos de los comportamientos se explican a continuación:

Planificación de actividades: Es una estrategia terapéutica para organizar las actividades diarias a realizar por el paciente, con tareas ordenadas por dificultad o problema

Juego de roles: Se enfoca en tomar conciencia de los pensamientos involuntarios del paciente; esto generalmente se hace a través de pruebas de comportamiento o modelado con un terapeuta. El propósito de este método es probar o refutar hipótesis que preceden a las creencias personales; es decir, el objetivo es que el paciente pruebe si su creencia sobre lo que piensa que está pasando es incorrecta porque hay otras posibilidades.

Exposición progresiva: este método es adecuado para pacientes que tienen miedo a diversas situaciones, lo que les hace evitar actividades. La exposición puede ocurrir a través de la conciencia sistemática. Es decir, las condiciones que les afectan están ordenadas de mayor a menor. Antes de comenzar la sensibilización, haga ejercicios de respiración. Esto permite que

los pacientes se sientan relajados antes de exponerse a situaciones aterradoras o táctiles. Por ejemplo, una persona que le tiene miedo a las agujas y empieza a temblar cada vez que tiene que hacerse un análisis de sangre para ir al médico o la enfermera, todas estas situaciones se enumeran, se viven o se dejan a la imaginación.

Determinación de las tendencias históricas de la psicoterapia cognitivo conductual y su dinámica.

Primera etapa. Origen de la TCC. (1900-1960)

La TCC empieza aproximadamente en los años 50, iniciándose debido al déficit terapéutico, en la evaluación del psicoanálisis, la TC se concentra en las conductas que se pueden observar donde se predice estímulos y respuestas, las cuales se establecen cuando dichas conductas son grabadas, y a la vez cambiables. (Diaz et al. 2012; Ruiz, 2018, como se citó en Horna,2022).

En esta etapa, se encuentran diferentes representantes de la psicología como Skinner, Eysenck y Wolpe, cada uno con sus propuestas respectivas como la TC y la sensibilización sistémica. Estas tendencias de la psicoterapia son expuestas de manera eficaz y que, a pesar del tiempo, siguen siendo de mucha utilidad. Es así como, esta propuesta ha ido creciendo a nivel mundial y gracias a ella las intervenciones se están volviendo más productivas y eficaces por la persona que lo aplica, y también los resultados obtenidos son importantes y han evidenciado excelentes efectos (Castanedo, 2002, como se citó en Horna, 2022).

Segunda etapa: Evolución de la TCC (1960-1980)

Mostró relevancia puesto que se instituyeron diferentes corrientes de intervención, quienes manifestaron otros comportamientos a raíz de la reestructuración cognitiva, quien fue pieza importante para instalar el progreso de la TCC, al mismo tiempo se efectuó la estrategia de regular condiciones o lo bien conocido como la solución de problemas, generando así nuevos horizontes sociales en Bandura, quien manifiesta éxitos en los resultados de sus intervenciones, generando así mayor uso de sus estrategias en expertos que aplican estos métodos.

Con respecto a la reestructuración cognitiva, propuesta por Ellis y Eliot en el 2005, es necesario recalcar su importancia en la intervención. Además, nos permite modificar y tener nuevas perspectivas de repuesta frente a las distintas técnicas como el diálogo dialéctico, la

asimilación y procesamiento de prácticas terapéuticas conductuales, como por ejemplo las conductas provenientes por ideas irracionales.

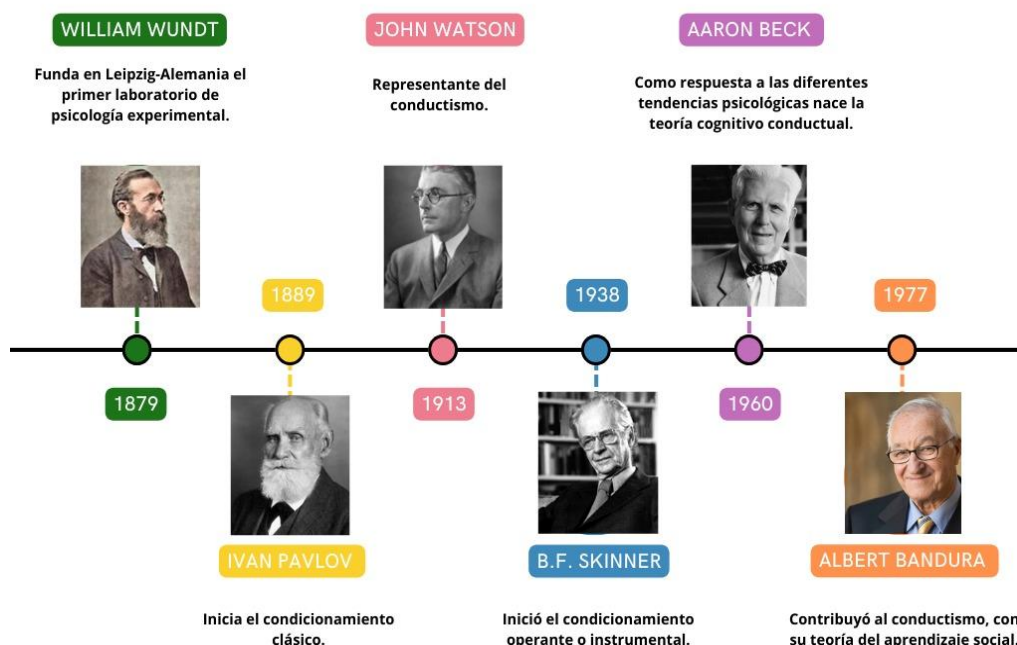
En la misma línea, se tiene la TREC de Ellis, quien trabaja sobre los pensamientos no congruentes, permitiendo así ideales racionales, asimismo el enfoque de Beck ha mejorado la TC, la cual trabaja con ideas desadaptativas, apoyándose de las terapias cognitivo-conductuales (Caballo et al. 2019 como se citó en Horna, 2022).

Tercera etapa. Un nuevo horizonte (1980- Actualidad).

Es aquí donde se establece una alianza psicoterapéutica (Marquez, 2012 como se citó en Horna, 2022) además se fundamentan nuevas tendencias que despliegan los objetivos de las tendencias racionales emotivas, con una perspectiva integradora denotando eficacia y utilidad aplicando técnicas de persuasión, además Navarro 2020 como se citó en Horna, 2022 afirma que en esta inclinación lógica activa la aceptación de las perspectivas didácticas de las conductas observables fundamentadas en beneficios para el aprendizaje lógico.

Del mismo modo, se encuentran perspectivas constructivistas que examinan el desenvolvimiento de lo cognitivo-conductual, mostrando atención por el enfoque de los diferentes problemas de la salud psicológica, los cuales denotan consecuencias favorables, teniendo como ejemplo a la TCC después del diagnóstico, quien tiene como orientación algunas bases de la TCC, mostrando los déficit de la personalidad, las cuales también muestran interés hacia la TCC (Gonzáles y Ruiz 2018 como se citó en Horna, 2022).

Caracterización epistemológica de la TCC y su evolución histórica.



Estrategias cognitivas conductuales

Cabrejos (2020) refiere que es una táctica que se utiliza en la psicoterapia la cual aborda acciones establecidas de manera continua apoyadas en la TCC con el objetivo de que se logre los propósitos trazados.

A continuación, se detallan las siguientes estrategias (Díaz y Villalobos 2012 como se citó en Gastulo, 2020):

Preparación en habilidades sociales: Tiene como objetivo, lograr que el sujeto pueda mejorar sus relaciones interpersonales, adoptando conductas y consecuencias favorables, de modo que va adquiriendo destreza para iniciar nuevas relaciones conforme se va entrenando en dicha habilidad. Con esta estrategia se desarrollan habilidades asertivas, expresar lo que siente en el momento adecuado y de forma correcta, etc.

Actividades programadas: Se entrena a la persona para lograr una planificación óptima diaria, y dentro de su organización diaria pueda tener diferentes actividades como actividades de ocio, de cuidado personal, con sus pares o entorno social, y también espacios con su familia. Generando así mayor compromiso en la realización de todas sus actividades.

Técnica observacional o modelado: Frente al sujeto, se presentan modeladores idóneos, para que el observador se acostumbre a la conducta que se espera pueda adoptar conforme practique el modelado, luego se estimula a la práctica constante del sujeto.

Role playing: Dentro de un contexto preparado y establecido, se aplican acciones para conseguir confianza y adquirir seguridad para cuando el sujeto se enfrente a una situación real.

Reforzamiento: Impulso que se le da al sujeto para incentivar la conducta deseada, y se pueda repetir con mayor frecuencia. Puede ser una recompensa, un elogio, etc.

Economía de fichas: A través del uso de fichas, se recompensa al sujeto, cuando presenta la conducta alcanzada.

Técnicas Cognitivas

Abarcan los conocimientos cognoscitivos y emocionales, para cambiar pensamientos del sujeto y enriquecer sus destrezas y actitudes entusiastas (Caro 2007, como se citó en Gastulo, 2020). Se presentan a continuación las siguientes:

Reestructuración Cognitiva: Es una estrategia que consiste ayudar al evaluado a identificar sus pensamientos irracionales o disfuncionales, para luego cambiarlas y reemplazarlas por interpretaciones acorde a la realidad.

Estrategias de relajación: Son importantes para llegar a la armonía y confort y así el sujeto pueda manejar de forma óptima frente a situaciones de conflicto y contextos donde puedan surgir emociones negativas.

Auto-instrucciones: Es una herramienta necesaria para ayudar a los adolescentes con posibles síntomas depresivos, y que mediante auto expresiones se conducirá a un pensamiento y comportamiento provechosos. De esta manera, el sujeto se autoayuda a través de afirmaciones positivas que lo ayudarán a afrontar dicha situación de conflicto.

Preparación en resolver problemas de índole interpersonal: La finalidad es que la persona logre el aprendizaje adecuado para decidir sabiamente, identificar un conflicto y manejar la impulsividad, por lo tanto, se disminuirá las consecuencias negativas en su diario vivir.

Estrategias de motivación social: Estas técnicas generan que el sujeto tome parte e inicie su interacción con su grupo social, puesto que le ayudará a promover su conexión con sus grupos de pares y a seguir creciendo en sus relaciones con los demás.

Estrategia de manejo del contexto de aprendizaje: A través de esta estrategia, se impulsa y se mantiene el interés de conservar sus conexiones sociales.

Resolución de conflictos: Es un proceso, mediante el cual se trata de conseguir una contestación efectiva para explicar una situación que genera incomodidad en el sujeto. Para ello, se le pide al evaluado que genera una lista de posibles soluciones para

una determinada situación de conflicto, y que elija una de las alternativas y la ponga en práctica, y si no funciona, poner en práctica la siguiente, hasta alcanzar el éxito en la solución de dicho problema.

Contexto interpersonal: Es de gran importancia, puesto que, por medio de esta estrategia, el sujeto adquiere habilidades para manejar contextos individuales y grupales.

Acciones cooperativas: Consiste en incentivar a un grupo de pares o personas con intereses similares a realizar una serie de actividades donde se logre el bien común y ésta sea la recompensa de la terapia grupal.

Exploración de interpretaciones alternativas: A través del cual se estimula a una búsqueda de otras expectativas para encontrar el óptimo procedimiento para resolver un conflicto, para ello se evidencian los siguientes pasos: en primer lugar, se cuestiona, con el objetivo de que el sujeto identifique datos importantes para él, luego se debe investigar pruebas que afirmen o no el éxito del caso, para ello se debe generar hipótesis, logrando así depurar las ideas distorsionadas del sujeto.

Psico-educación: Su importancia radica en lograr la comprensión de lo que está pasando, no solo al sujeto mismo, sino también a su entorno familiar para lograr un soporte familiar adecuado y así extender lo más que se pueda una posible recaída.

Relación Coach - paciente: A través de ella, se beneficia el interés del sujeto por practicar constantemente lo que va aprendiendo, para que luego forme parte de su repertorio de habilidades y estrategias.

Ansiedad

Definición

Se caracteriza por sentimientos de nerviosismo, pensamientos preocupantes y cambios en el cuerpo como presión arterial alta. La ansiedad no es lo mismo que el miedo, pero a menudo se usan indistintamente. (American Psychological Association. s.f.)

Síntomas

Generalmente son fisiológicos y causan la excitación del sistema nervioso simpático y parasimpático (Beck y Clark 2013, como se citó en Rodríguez, 2020). Se catalogan en:

Fisiológicos: Manifestados en el incremento de la frecuencia cardíaca, aceleramiento de los latidos del corazón, respiración pausada y acelerada; aumento de la presión arterial, sensación de ahogo, obnubilación, inestabilidad en extremidades inferiores, etc.

Cognitivos: Sensaciones de miedo, al creer que no va a poder controlar una situación, el sujeto se siente indefenso e incapaz de afrontar ese sentimiento de confusión, suspicacia, ideas paranoides, dificultad para recobrar la información almacenada en la memoria y déficit para razonar de forma consciente.

Conductuales: El sujeto evade circunstancias que lo hagan sentir amenazado, evita ciertos contextos y tiende a buscar refugios donde se sienta a salvo, muestra intranquilidad, se paraliza y evidencia tartamudez al intentar expresar lo que siente.

Afectivos: Los cuales se muestran a través de la inquietud nerviosa, tensión, se asusta fácilmente y también se frustra con frecuencia.

Con lo mencionado anteriormente, podemos concluir que los síntomas presentados en personas ansiosas generan desgaste físico y emocional en las personas que lo padecen, siendo así un problema psicológico de alerta, para los profesionales de la salud mental.

Modelo cognitivo de la ansiedad

Según Clark y Beck (2013) refieren que las personas crean patrones mentales durante toda su vida, las cuales se ponen en alerta frente a situaciones de riesgo, incrementando los niveles de amenaza. Estas representaciones tienen a producir sesgos mentales y juicios inconscientes que usualmente se fundamentan en aspectos irreales. Por lo cual, esta propuesta proporciona disminuir la ansiedad y el comportamiento de escape, para así mejorar la adaptación de recursos para afrontar estas experiencias ansiosas.

Depresión

Definición

Caracterizada por desolación constante y abulia. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Síntomas

Afectivos: Manifiestan sentimientos de agotamiento, aflicción, llanto fácil, y también situaciones de incomodidad y sufrimiento, se incomodan fácilmente y también muestran desconsuelo.

Motivacionales: Desean estar solos y evitan la realidad, para ellos es mejor no tener que relacionarse con los demás para así no dar explicaciones de lo que le está pasando, muestran desinterés por realizar actividades que era parte de su rutina diaria. Disminución de la capacidad placentera y tendencia al ausentismo laboral y social.

Conductuales: Evitamiento, no asistir a reuniones con su familia o amigos, y alteración en su relación con los demás.

Cognitivos: Déficit para lograr un óptimo aprendizaje, problemas para captar y recordar información almacenada en nuestra memoria de largo y corto plazo, y también percepción de autoestima negativa.

Físicos: Escasa necesidad de intimidad sexual, ausencia de apetito y dificultad para conciliar el sueño.

Modelo Cognitivo de la depresión

De acuerdo con Beck (1967, como se citó en Novoa,2009), esta teoría supone que los principales cambios de la depresión ocurren en el proceso de la información. Además, plantea tres aspectos importantes que dan origen a la existencia de la depresión. En primer lugar, se presenta a la triada cognitiva, luego los esquemas y finalmente los sesgos cognitivos.

La **triada cognitiva** consta de 3 formas de pensamiento: el pensamiento negativo sobre sí mismo, el cual hace referencia a que el sujeto tiene una autopercepción pesimista y escasa auto valía, la siguiente forma de pensamiento es la de la percepción negativa de su entorno y las experiencias vividas por el sujeto, y finalmente el último tipo de pensamiento de esta triada es, el de los pensamientos y percepción negativa de su propio futuro (Beck et al., 2002, como se citó en Novoa, 2009).

Con respecto a los **esquemas**, Beck et al. (2002, como se citó en Novoa, 2009) afirma que son formas mentales que en cierta medida son estables, los cuales son fundamentales para las representaciones de la verdad. Además, son usados, para hallar, recopilar, diferenciar, resumir e interpretar lo que nos muestra nuestro medio externo. Por ello, estas representaciones suelen ser estables si el sujeto establece buena relación con los demás, sin embargo, en el caso de la tristeza profunda no es estable puesto que su percepción es pesimista en cualquier situación.

Finalmente, los **sesgos cognitivos** o juicios falsos sostienen las ideas negativas de sí mismos, también acerca de lo que esperan más adelante y con respecto a su entorno social, a pesar de que no sea real. Dentro de ellos tenemos: sacar conclusiones pesimistas sin razón alguna, concentrarse solo en lo negativo de una situación, creer que siempre pasará lo mismo en determinadas situaciones producto de la experiencia, extremar o restar particularidades de las experiencias pasadas del sujeto, responsabilizarse de hechos que no se relacionan con su vida, y finalmente, los razonamientos absolutistas, los cuales tienen a enfocar las vivencias en solo dos opciones exageradas (Beck et al., 2002, como se citó en Novoa, 2009).

2.2. Marco conceptual

Adolescencia: fase del desarrollo humano, que incluye importantes cambios corporales, cognitivos y psicosociales (Papalia, Feldman y Martorell, 2012), y también es un período desafiante no solo para los jóvenes, sino también para su familia, amigos. y otros sujetos en su entorno social (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2021).

Ansiedad: Es Se caracteriza por sentimientos de nerviosismo, pensamientos preocupantes y cambios en el cuerpo como presión arterial alta. La ansiedad no es lo mismo que el miedo, pero a menudo se usan indistintamente. (American Psychological Association. s.f.).

Depresión: Caracterizada por desolación constante y abulia. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Estrategia: Un proceso definido para tomar una decisión o acción en una situación dada. Está diseñado para lograr uno o más objetivos predefinidos.

Modelos cognitivo-conductuales: combinan los hallazgos de la teoría del aprendizaje y el procesamiento de la información e intentan explicar cómo se llega a al aprendizaje de ciertos comportamientos durante la niñez y la adolescencia. (Universidad Internacional de Valencia, 2018).

Estrategia cognitivo conductual: Cabrejos (2020) refiere que es una táctica que se utiliza en la psicoterapia la cual aborda acciones establecidas de manera continua apoyadas en la TCC con el objetivo de que se logre los propósitos trazados.

III. MÉTODO

3.1. Enfoque, Tipo y Diseño de Investigación

El enfoque y tipo fue **mixto – aplicado**; respectivamente, puesto que implica relacionar técnicas cuantitativas y cualitativas, logrando así resultados potenciales (Hernández-Sampieri, 2018). Además, es aplicado porque tiene como propósito dar solución a un problema particular, con el objetivo de encontrar y estabilizar el conocimiento para su crecimiento, logrando así incrementar el progreso científico y educativo. También ayuda a encontrar posibles soluciones a una circunstancia que genera conflicto de forma específica, el cual en esta investigación es la ansiedad y depresión, por lo cual se aplicará una estrategia cognitivo conductual a los estudiantes.

Este trabajo fue de tipo descriptivo - explicativo puesto que Esteban (2018) refiere que esta forma de investigación está encaminada a solucionar problemas que se pueden manifestar en el diario vivir del sujeto, es por ello por lo que este estudio busca atenuar la ansiedad y depresión en escolares secundarios.

Finalmente, el diseño de investigación fue experimental – proyectivo (pre-experimento). Es experimental puesto que hay manipulación de la variable independiente para evaluar el efecto en las variables dependientes a través de la ejecución del pre y post test. Además, es proyectiva puesto que busca aplicar estrategias con un enfoque específico para solucionar una necesidad presentada en una determinada población, es así como en este trabajo se busca manejar de forma eficiente estos dos problemas de salud mental como es la ansiedad y depresión en escolares de un centro educativo (Hurtado, 2008).

3.2. Variables, Operacionalización

Operacionalización de Variables

Variable independiente: Estrategia cognitivo conductual

Definición conceptual: Cabrejos (2020) refiere que es una táctica que se utiliza en la psicoterapia la cual aborda acciones establecidas de manera continua apoyadas en la TCC con el objetivo de que se logre los propósitos trazados.

Definición operacional:

La estrategia cognitivo conductual se basan en la teoría cognitiva conductual, la cual se aplicará a la población antes mencionada, seguido de la comprobación de las

consecuencias positivas después de su aplicación. A continuación, sus dimensiones según Merino (2020):

Cognitiva: Se centra en los patrones de pensamiento destructivos o perturbadores que influyen en el comportamiento. Ayuda a identificar y cambiar estos patrones para lograr una visión más objetiva y adaptativa de las situaciones.

Emocional: Aborda las emociones y sentimientos asociados con los pensamientos. La TCC ayuda a comprender cómo las emociones afectan el comportamiento y cómo manejarlas de manera más saludable.

Conductual: Se enfoca en las acciones y comportamientos. La TCC busca cambiar conductas problemáticas y desarrollar habilidades para enfrentar situaciones difíciles.

Variables dependientes

Ansiedad

Definición conceptual

Se caracteriza por sentimientos de nerviosismo, pensamientos preocupantes y cambios en el cuerpo como presión arterial alta. La ansiedad no es lo mismo que el miedo, pero a menudo se usan indistintamente. (American Psychological Association. s.f.)

Definición operacional

La ansiedad se medirá con el Inventario de Depresión de Beck, el cual consta de 21 premisas. Los cuales están agrupados en dos factores: factor somático y factor afectivo cognitivo.

Depresión

Definición conceptual

Caracterizada por desolación constante y abulia. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Definición operacional

La variable depresión se medirá con la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, el cual consta de 21 premisas. Los cuales están organizados en dos dimensiones: dimensión somático motivacional y dimensión cognitiva afectiva.

3.3. Población, muestreo y muestra (enfoque cuantitativo)

Población

Lo conformaron los estudiantes del nivel secundario de una I.E.P de Chiclayo.

Tabla 5.

Distribución de estudiantes por secciones del nivel secundario

Grado	N° de alumnos
Primero	19
Segundo	16
Tercero	14
Cuarto	17
Quinto	18
Total	84

Muestreo

De acuerdo con las características de la población, por ser pequeña se utilizó un **muestreo no probabilístico – intencional o por conveniencia**, lo cual está regido por un conjunto de criterios de selección.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- Estudiantes de una institución educativa privada cristiana de Chiclayo, entre las edades de 13 a 17 años.
- Alumnos que estén matriculados en la institución educativa.
- Estudiantes que participen con el consentimiento informado institucional.

Criterios de Exclusión:

- Estudiantes que no estén en el rango de edad de 13 a 17 años.
- Estudiantes que no estén matriculados en la institución educativa.

- Estudiantes que no tengan el consentimiento informado institucional.

Muestra

Tabla 6.

Distribución de estudiantes por secciones del 3er al 5to de secundaria

Grado	N° de alumnos
Tercero	14
Cuarto	17
Quinto	18
Total	49

Nota: Cantidad de alumnos por secciones de la I.E. Amigos School

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Con respecto al procedimiento utilizado en la presente investigación, se detallará primero los modelos utilizados a nivel teórico, luego a nivel empírico y finalmente cómo se utilizaron los instrumentos de recolección de datos.

En cuanto a los instrumentos utilizados, fueron los inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, para los cuales se realizó una prueba piloto a 84 escolares para obtener su confiabilidad con el estadístico de Omega de McDonald.

Los procedimientos antes mencionados, se detallan uno a uno a continuación:

Modelos del nivel teórico

- **Análisis - síntesis.** Con la evidencia de indicadores de ansiedad y depresión, se propuso una estrategia cognitivo conductual fundamentada en diferentes reuniones para la problemática en los adolescentes de dicha institución.
- **Abstracto – concreto:** En la presente investigación, lo abstracto es referido a la teoría empleada y lo concreto es lo desarrollo en el programa cognitivo conductual.
- **Análisis histórico - lógico.** – Lo histórico se desarrolló a través del proceso cognitivo conductual. Tiene como objetivo comprender y examinar las ideas y teorías dentro de una disciplina a través de su historia y evolución. Además, busca aplicar los principios lógicos para analizar y evaluar las teorías y conceptos relacionados con dicha disciplina.
- **Hipotético-deductivo:** El objetivo principal de esta tesis es verificar una

hipótesis a través de la ejecución de un estudio que recoja información de al menos dos grupos de sujetos. Luego, se compararán los datos obtenidos mediante una prueba estadística para determinar si existen diferencias significativas entre ellos o no.

Métodos del nivel empírico

Se empleó la técnica psicométrica, el cual es una medida que tiene como finalidad obtener información detallada de la persona evaluada, y a su vez, ayuda al investigador a establecer hipótesis de trabajo y de carácter evaluativo (González,2012, como se citó en Gastulo, 2020). En este caso, se aplicarán los dos inventarios de Beck.

Instrumentos de Evaluación

Para la primera variable dependiente que es la ansiedad, se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck, el cual se aplica de manera grupal e individual. Es un instrumento de opción múltiple de 21 ítems, presenta dos factores; somático y afectivo-cognitivo. Este cuestionario mide la ansiedad en adolescentes y también en personas adultas.

Se califica bajo la modalidad de escala Likert, su puntuación general es la suma de todos los ítems y se consideran los síntomas manifestados en las últimas semanas y el estado actual de la persona evaluada.

Los resultados finales de este cuestionario son cuatro categorías: mínimo de 0 a 7 puntos, leve de 8 a 15 puntos, moderado de 16 a 25 puntos y grave de 26 a 63 puntos.

En cuanto a la validez de contenido, el instrumento se presentó a 3 expertos, quienes evaluaron en forma independiente si el instrumento resulto ser preciso, claro y coherente para la población de estudio y se obtuvo un puntaje de 1.00, siendo una validez muy buena según el coeficiente de validez de juicio de expertos.

Sanz (2012) refiere que el análisis de la consistencia interna del BAI arrojó un coeficiente alfa de Cronbach de 0,90 lo que indicaba una muy buena consistencia interna.

En la prueba piloto, que se aplicó a 84 escolares, se obtuvo una confiabilidad de 0.916 con el estadístico de Omega de McDonald.

Tabla 7.

Estadísticas de fiabilidad de la variable Ansiedad

Omega de McDonald	N de elementos
,916	21

En cuanto a la variable Depresión, se recolectó la información a través del Inventario de Depresión Beck II (BDI-II), el cual evidencia dos dimensiones: somático-motivacional y cognitivo-afectivo. La aplicación es individual y colectiva. El tiempo que dura es aplicar este cuestionario es de 10 a 15 minutos aproximadamente y además consta de 21 ítems.

Cada premisa se contesta en una escala de 4 puntos, de 0 a 3. Las puntuaciones mínima y máxima en la prueba son 0 y 63. Los baremos propuestos por el autor son: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

En cuanto a la validez de contenido, el instrumento se presentó a 3 expertos, quienes evaluaron en forma independiente si el instrumento resulto ser preciso, claro y coherente para la población de estudio y se obtuvo un puntaje de 1.00, siendo una validez muy buena según el coeficiente de validez de juicio de expertos.

En cuanto a la confiabilidad del BDI-II en el Perú (Carranza, 2013, como se citó en Sánchez Villena 2022) reportó un puntaje general de = .878. con el coeficiente del α de Cronbach.

En la prueba piloto, que se aplicó a 84 escolares, se obtuvo una confiabilidad de 0.928 con el estadístico de Omega de McDonald.

Tabla 8.

Estadísticas de fiabilidad de la variable Depresión

Omega de McDonald	N de elementos
,928	21

3.5. Procedimientos de análisis de datos

En primer lugar, se solicitó un consentimiento informado institucional a la directora a cargo de la institución y de esta manera se consiguió la autorización para aplicar los instrumentos a la muestra seleccionada.

Se procedió a utilizar el análisis estadístico del SPSS 27, luego los datos y resultados se examinaron en función de frecuencia y se evidenció a través de tablas y gráficos descriptivos para comprender mejor los resultados y de esta manera aceptar o rechazar la hipótesis para así presentar las conclusiones de la investigación. Con respecto a la variable independiente se aplicó el programa cognitivo conductual, en el cual las sesiones fueron elaboradas para considerar las dimensiones de los instrumentos utilizados. También se usó la validez de contenido a través del juicio de expertos, siendo 3 expertos en el área. Asimismo, se ejecutó una prueba piloto, el cual fue aplicado a alumnos de otra institución con características similares a la población de estudio. Se realizó este proceso para comprobar la confiabilidad y así desarrollar la investigación.

En cuanto a los resultados inferenciales, se usó el Omega de McDonald's, el cual se fundamenta en el análisis de la consistencia interna para medir la confiabilidad, el cual fue escogido considerando las características de la población de la investigación. Por otro lado, para establecer si una muestra de datos proviene de una población con una distribución normal se usó la prueba de Shapiro Wilk, ya que la población es menor a 50, y para la contrastación se usó las pruebas emparejadas de Wilcoxon, el cual es una técnica estadística No – paramétrica utilizada para comprobar si dos muestras son relacionadas o emparejadas, puesto que esta prueba se utiliza cuando se tiene datos que no siguen una distribución normal.

3.6. Criterios éticos

En primer lugar, se aplicarán los de la presente universidad:

Artículo 5: Principios generales

- a) Es imprescindible proteger al evaluado teniendo en cuenta su honorabilidad y su diversidad de cultura.
- b) Es importante considerar la preservación de nuestro entorno y la variedad de las personas que lo habitan.
- c) Se requiere que el evaluado otorgue su aprobación de manera explícita.
- d) Es importante que se garantice la imparcialidad de los temas investigativos y en su ejecución.
- e) Seguimiento de las directrices éticas de la universidad.
- f) La investigación científica debe ser exhaustiva en su análisis.
- g) Publicación de lo hallado en la investigación.

Artículo 6: Principios particulares

- a) La propiedad intelectual de los investigadores debe ser respetada.
- b) El estudio debe incluir referencias precisas a las fuentes utilizadas, de acuerdo con lo establecido.
- c) Los participantes en la investigación son reconocidos por su colaboración y aporte.
- d) Los datos recopilados se manejan con la debida discreción y exclusivamente para los fines del trabajo investigativo.

Asimismo, Horna (2022) afirma que en el año 1979 apoyado en el informe de Belmont, se da a conocer la unión de los parámetros que se manifiestan en este tipo de trabajos; y se presentan a través de tres principios:

Respeto a las personas: A través de este, se cuida la libertad de las personas, y es por ello que se le entrega un permiso informado para participan en la evaluación.

Beneficencia: Se trata de fomentar en su máximo esplendor los beneficios que tendrán los evaluados con la obtención de resultados y a la vez previniendo los peligros para la población evaluada.

Justicia: Se utilizan modelos prudentes, que no dañen a los evaluados considerando sus características demográficas y sociales.

3.7. Criterios de Rigor científico

Rebolledo-Malpica et al. (2012) refieren los siguientes criterios:

Fiabilidad o consistencia

La confiabilidad se relaciona con la capacidad de replicar estudios, es decir, que un investigador pueda utilizar los mismos métodos o técnicas de recolección de datos que otro y obtenga resultados parecidos. Este criterio garantiza que los resultados representan algo real y claro, y que las respuestas de los participantes no dependen de las condiciones de la investigación.

Validez

Se refiere a la interpretación precisa de los resultados y es un pilar esencial de las investigaciones cualitativas. La forma en que se recopilan los datos, cómo se capturan los eventos y las experiencias desde diferentes perspectivas, la capacidad de analizar e interpretar la realidad basándose en un bagaje teórico y experiencial, y la diligencia en revisar constantemente los hallazgos, proporcionan al investigador un rigor y una confianza en sus resultados. La validez refleja cuán fielmente se representa el fenómeno investigado y se puede lograr mediante diferentes métodos, entre los más comunes se encuentran: la triangulación, la saturación y el contraste con otros investigadores.

IV. RESULTADOS

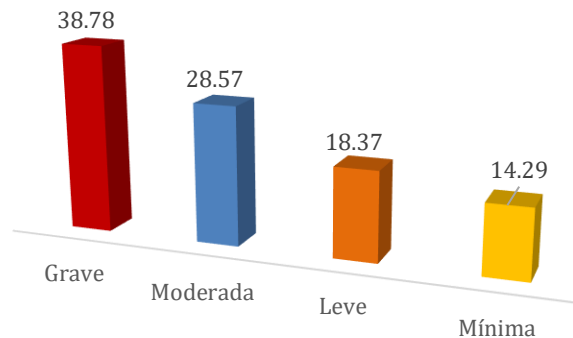
Tabla 9.

Pretest de los Niveles de ansiedad en estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Chiclayo.

Niveles de Ansiedad	Frecuencia	%
Grave	19	38,8%
Moderada	14	28,6%
Leve	9	18,4%
Mínima	7	14,3%

Figura 1

Pretest de los Niveles de ansiedad en estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Chiclayo.



En la tabla 4 y figura 1, se observa el diagnóstico actual de la presencia de ansiedad en los estudiantes encuestados del tercero al quinto grado de secundaria de una institución educativa privada de Chiclayo, en la cual se muestra que el 38.78% de estudiantes presentan un nivel grave de ansiedad, los cuales están experimentando excesivo temor y miedo por alguna situación específica que les genera ansiedad, además de presentar problemas fisiológicos y psíquicos lo cual impiden que pueda realizar sus actividades diarias. Seguido

del 28.57% con nivel de ansiedad moderado, manifestando desconcierto y preocupación por el futuro, generando así malestar en su desarrollo personal. El 18.37% de alumnos evaluados presenta nivel de ansiedad leve, lo cual indica que muestran inseguridad para relacionarse con su medio externo, sin embargo, reconoce sus dificultades y es transitoria. Finalmente, el 14.29 % evidencia nivel de ansiedad mínimo.

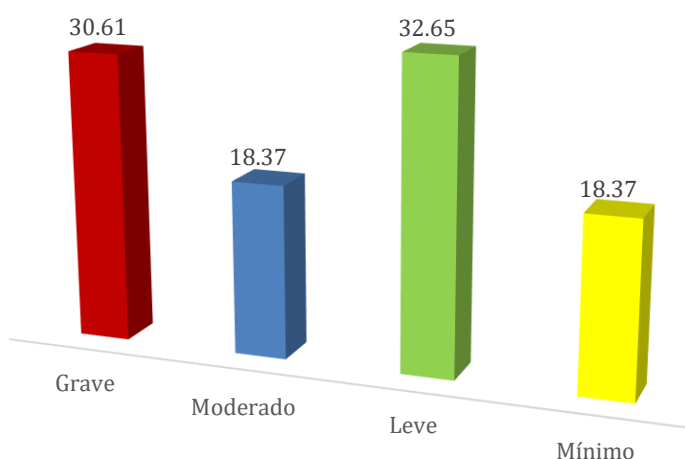
Tabla 10

Pretest del factor somático de la ansiedad.

Niveles	N	%
Grave	15	30.6%
Moderado	9	18.4%
Leve	16	32.7%
Mínimo	9	18.4%

Figura 2

Pretest del factor somático de la ansiedad.



En la tabla 5 y figura 2, se puede observar los niveles de manifestación del factor somático de la ansiedad, donde el 30.61% evidencia niveles graves del factor fisiológico, el cual usualmente se presenta con alteraciones en el cuerpo, tales como aumento de la frecuencia cardiaca, incremento de la presión arterial, etc. En el nivel moderado de este factor, se encontró al 18.37% de estudiantes, en el nivel leve 32.65% y en el nivel mínimo 18.37%,

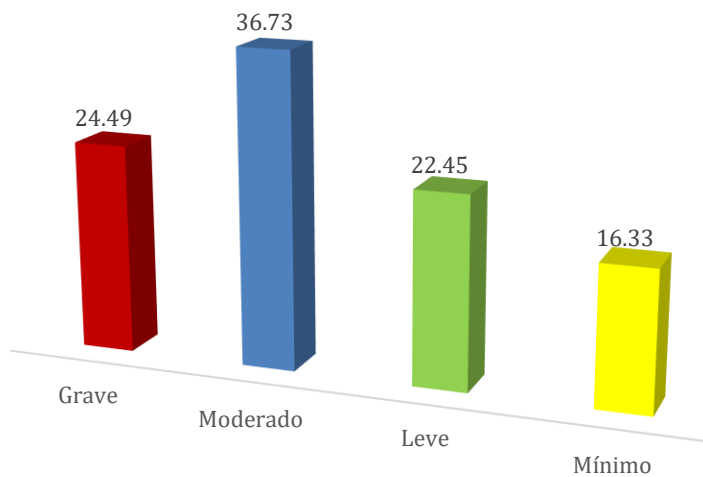
Tabla 11.

Pretest del factor afectivo cognitivo de la ansiedad

Niveles	N	%
Grave	12	24.5%
Moderado	18	36.7%
Leve	11	22.4%
Mínimo	8	16.3%

Figura 3

Pretest del factor afectivo cognitivo de la ansiedad



En la tabla 6 y figura 3, se evidencia los niveles del factor afectivo cognitivo de la ansiedad, y se halló que el 24.49% se encuentra en el nivel grave, por lo cual los estudiantes presentan frecuentemente frustración, inquietud nerviosa, así como también, manifiestan juicios erróneos con respecto de si mismos, al sentirse incapacitados de afrontar situaciones que le causan malestar e inseguridad. En el nivel moderado se encuentran el 36.73% de estudiantes lo cual refleja tensión recurrente y dificultad para recobrar información almacenada en la memoria. En 22.45% manifestaron nivel leve y en el nivel mínimo 16.33% de adolescentes.

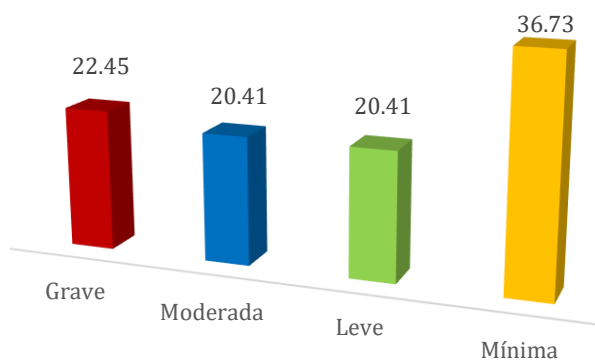
Tabla 12.

Pretest de los Niveles de depresión en estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Chiclayo.

Niveles de Depresión	Frecuencia	%
Grave	11	22,4%
Moderada	10	20,4%
Leve	10	20,4%
Mínima	18	36,7%

Figura 4

Pretest de los Niveles de depresión en estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Chiclayo.



En la tabla 7 y figura 4, se observa el diagnóstico actual de la presencia de niveles de depresión en los estudiantes encuestados del tercero al quinto grado de secundaria de una institución educativa privada de Chiclayo, en la cual se muestra que el 36.73% de estudiantes presentan un nivel mínimo de depresión, lo cual indica que presentan algunas dificultades en su estado de ánimo, pero no afecta sus actividades en la vida diaria. El 22.45 % evidencian un nivel grave de depresión, evidenciando alteración en el sueño, apetito, y manifiestan pensamientos negativos de sí mismos, y pérdida de interés en las actividades que anteriormente les causaba placer. En cuanto al nivel moderado y leve de depresión se halló el mismo porcentaje de estudiantes con un 20.41%.

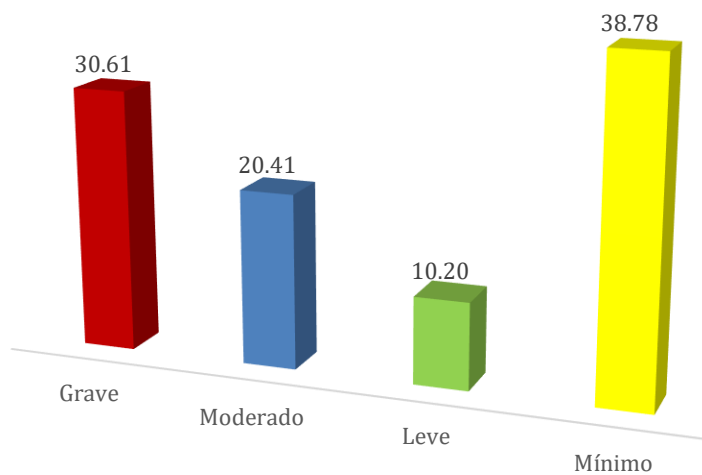
Tabla 13

Pretest de la dimensión somático motivacional de la depresión

Niveles	N	%
Grave	15	30.6%
Moderado	10	20.4%
Leve	5	10.2%
Mínimo	19	38.8%

Figura 5

Pretest de la dimensión somático motivacional de la depresión



En la figura 8 y tabla 5, se muestran los niveles de manifestación de la dimensión somático motivacional de la depresión, donde el 30.61% de estudiantes carece de apetito, y evidencia problemas para dormir, además de evidenciar desinterés por realizar actividades que antes le causaban placer en su vida cotidiana. En el nivel moderado, se encontró al 20.41% de estudiantes, los cuales se muestran desanimados frecuentemente y con tendencia al aislarse de su medio externo. En el nivel leve se encontró al 10.20% de adolescentes y en el nivel mínimo se encontró al 38.78% de escolares.

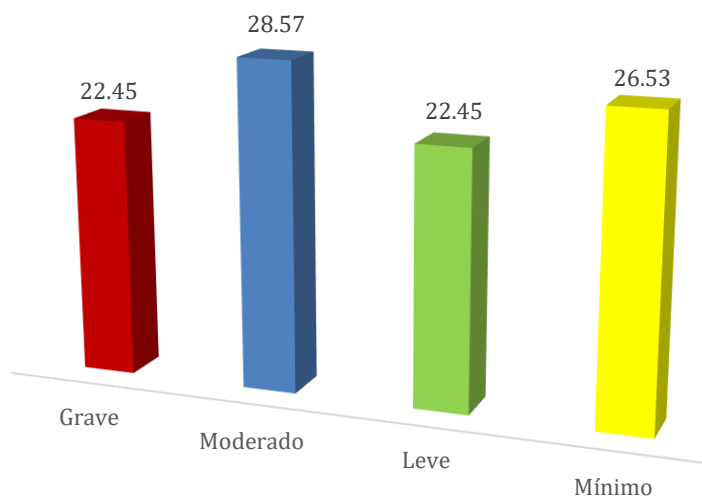
Tabla 14

Pretest de la dimensión cognitivo afectivo de la depresión.

Niveles	N	%
Grave	11	22.4%
Moderado	14	28.6%
Leve	11	22.4%
Mínimo	13	26.5%

Figura 6

Pretest de la dimensión cognitivo afectivo de la depresión



En la tabla 9 y figura 6, se observa los niveles de manifestación de la dimensión cognitivo afectivo de la depresión, estos resultados revelan que el 22.45% presentó nivel grave y el 28.57% nivel moderado, manifestándose en ellos dificultades académicas, déficit de atención en las clases, agotamiento emocional y desconsuelo. En el nivel leve se encontró al 22.45% de estudiantes y en el nivel mínimo al 26.53%.

V. DISCUSIÓN

En la actualidad, los adolescentes evidencian problemas de salud emocional que se han estado acrecentando en su vida cotidiana, los cuales se manifiestan a través de la intranquilidad, angustia y declive en su estado afectivo, convirtiéndose en una preocupación para las personas de su alrededor como sus familiares, docentes y compañeros de escuela.

Es por ello que, al realizar el análisis del diagnóstico, se subraya la problemática identificada y se destaca la necesidad de diseñar e implementar una estrategia de intervención cognitivo-conductual para manejar la ansiedad y depresión en los estudiantes de una Institución Educativa particular de Chiclayo. Al revisar la información obtenida en la investigación a través de las herramientas de recolección de datos, se encontraron ciertas similitudes y diferencias en los resultados en comparación con estudios anteriores sobre el mismo tema.

De acuerdo con los resultados obtenidos en los estudiantes del tercer al quinto grado de secundaria, se encontró mayor porcentaje de ansiedad, a comparación de los porcentajes obtenidos en depresión, puesto que el mayor porcentaje de ansiedad fue el nivel grave con 38.78% seguido del nivel moderado con 28.78%. Estos resultados coinciden con la investigación de Flores (2021) quien elaboró un programa cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes, puesto que en su población encontró que el 54% de alumnos presentaron nivel de ansiedad moderado y el 46% nivel de ansiedad grave, tomando esto como base para la propuesta de su programa. Además, Basantes et al. (2021) refiere que, en la infancia, los temores suelen estar relacionados con desastres naturales y enfermedades, no obstante, al llegar a la adolescencia, estos miedos evolucionan hacia el temor al fracaso escolar, la presión competitiva en el ámbito académico y el efecto de ciertas enfermedades en su bienestar; siendo la ansiedad una respuesta que se activa ante una amenaza, ya sea real o percibida y aunque es una reacción adaptativa esencial para la supervivencia, puede convertirse en un problema si es excesiva en comparación con la realidad del entorno o si se presenta sin una justificación aparente.

Con relación al factor somático de la ansiedad, se encontró que los estudiantes del tercero al quinto de secundaria de una institución educativa particular obtuvieron 30.6% en el nivel grave, 18.4% en el nivel moderado, 32.7% en el nivel leve y 18.4% en el nivel mínimo, lo cual indica que los estudiantes presentan sintomatología física tales como incremento de la actividad cardíaca, aceleración de los pulsaciones del corazón, respiración

pausada y acelerada; aumento de la presión arterial, impresión de ahogo, obnubilación, etc., siendo estos resultados similares a lo encontrado por Chuzón y Togombol (2023) quienes en su investigación obtuvieron 25% en el nivel alto, 34.9% en el nivel medio y 40.1% en el nivel bajo. Estas similitudes pueden explicarse debido a las semejanzas en las poblaciones de estudio de ambas investigaciones como la edad y el grado de instrucción considerados como criterios de inclusión en dichas investigaciones. Además, en la investigación de Chuzón y Togombol también se consideró la agresión dentro de la familia, el cual es un elemento desencadenante de sintomatología ansiosa.

En relación con el factor afectivo cognitivo de la ansiedad, los estudiantes que participaron en la presente investigación obtuvieron el 24.5% en el nivel grave, 36.7% en el nivel moderado, 22.4% en el nivel leve y 16.3% en el nivel mínimo, reflejando dificultad para prestar atención en la escuela, bloqueo de pensamiento y presencia de indicadores emocionales perjudiciales afectando sus hábitos diarios en el contexto familiar y social. Estos resultados se asemejan a lo encontrado por Chuzón y Togombol, quienes, al estudiar este factor, hallaron en sus estudiantes 24.5% en el nivel grave, 36.7% en el nivel moderado y 22.4% en el nivel leve, dichos resultados son similares debido a las características problemáticas parecidas de la población, así como también las necesidades del entorno escolar y las variaciones sociales específicas y factores de contexto.

En cuanto a la variable depresión, se encontró el mayor porcentaje en el nivel mínimo con 36.7%, seguido del nivel grave con el 22.45%, en el nivel moderado y leve se obtuvo el mismo porcentaje con un 20.41%, siendo estos resultados similares a lo encontrado por Gastulo (2020), quien encontró que el 59% de estudiantes presentaban nivel de depresión moderado, seguido del grave con 27% y en el nivel mínimo y leve, se obtuvo 5% y 6% respectivamente, tomando todo esto en cuenta para el planteamiento de una estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir la depresión en adolescentes.

Es importante destacar que los episodios de depresión durante la infancia y la adolescencia pueden tener un impacto negativo en el rendimiento académico, el crecimiento personal y las relaciones con los compañeros. El diagnóstico de la depresión en la infancia y la adolescencia puede ser un desafío, ya que los síntomas difieren de los que se observan en los adultos. Aunque existen diversas herramientas y escalas para evaluarla, estas solo sirven para respaldar un diagnóstico clínico. Dada su prevalencia y su impacto, la depresión

a menudo se asocia con pensamientos suicidas. Por lo tanto, es crucial entender, diagnosticar y tratar esta condición desde la infancia y la adolescencia (Sánchez y Cohen, 2020).

Respecto a la dimensión somático motivacional de la depresión, se encontró al 30.6% de estudiantes en el nivel grave, 20.4% en el nivel moderado, 10.2% en el nivel leve y 38.8% en el nivel mínimo, revelando escaso apetito, dificultad para dormir sus horas completas, sensación de soledad, tendencia al aislamiento y poco interés en actividades que eran parte de su rutina diaria.

Acerca de la dimensión cognitivo afectivo obtuvieron puntajes en el nivel grave con un 22.4%, en el nivel moderado 28.6%, leve 22.4% y en el mínimo 26.5%, mostrando dificultad para concentrarse en el desarrollo de clases dentro del aula perjudicando su óptimo aprendizaje, déficit para evocar información almacenada en la memoria a largo plazo, y visión negativa de sí mismo, además del agotamiento, aflicción, labilidad emocional y desconsuelo hacia el futuro, dichas características presentadas por los alumnos se afirman en lo propuesto por Beck et al., (2002, como se citó en Novoa, 2009) en relación a la triada cognitiva puesto que dicha posición del autor menciona que las personas con depresión presentan pensamiento negativo sobre sí mismo, el cual hace referencia a que el sujeto tiene una autopercepción pesimista y escasa auto valía, la siguiente forma de pensamiento es la de la percepción negativa de su entorno y las experiencias vividas por el sujeto, y finalmente el último tipo de pensamiento de esta triada es, el de los pensamientos y percepción negativa de su propio futuro.

Estos hallazgos encontrados en la población objeto de estudio apoyan la necesidad de la intervención cognitivo conductual que ayuden a manejar estos problemas de salud mental en los adolescentes, puesto que dichas estrategias son recursos importantes para ayudar a los estudiantes a manejar y disminuir la ansiedad y depresión.

V. APORTE DE LA INVESTIGACIÓN

Estrategia cognitivo-conductual para el manejo de la ansiedad y depresión en adolescentes de una institución educativa privada de Chiclayo.

La estrategia cognitivo conductual fue formulada en respuesta a los problemas evidenciados en el estado emocional y salud mental de los adolescentes causantes de ansiedad y depresión en alumnos del tercer al quinto de secundaria de la institución educativa privada cristiana Amigos School de Chiclayo, planteándose la formulación del problema a investigar.

En la presente investigación sobre estos dos problemas de salud mental que aquejan actualmente a la población estudiantil de secundaria de la mencionada institución, son considerados alarmantes y preocupantes para el personal docente y familiares de los alumnos del colegio debido a las consecuencias que traen la ansiedad y depresión, tales como pensamientos de auto eliminarse, deseos de soledad, déficit de atención. En consecuencia, se planteó aplicar la estrategia cognitiva conductual que favorezca a los estudiantes en el entrenamiento de estrategias que ayuden a manejar y afrontar situaciones de índole ansiosa y depresiva.

6.1. Fundamentación del aporte práctico

La ansiedad y la depresión son manifestaciones usuales de la adolescencia y son condiciones que conllevan a múltiples retrasos académicos, emocionales y conductuales.

La discordia familiar, el embarazo precoz, trastornos alimentarios, problemas familiares, déficit de relaciones interpersonales, enamoramiento, etc., son algunos de los elementos que determinan la calidad de los jóvenes. Estos efectos pueden conducir a una depresión persistente, problemas de autoestima y otros síntomas preocupantes que podrían causar fracaso en sus estudios (Basantes et al.,2021).

Los trastornos de ansiedad y depresión pueden hacer que sea extremadamente difícil asistir a colegio, concentrarse en los estudios y hacer su vida cotidiana con normalidad. La exclusión social puede incrementar el aislamiento y la necesidad de estar solo; y finalmente la depresión puede conducir a quitarse la vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

La ansiedad es la contestación de nuestro organismo; la interpretación del cerebro de que hay inseguridad para la vida. La depresión es una mal diferenciado por síntomas, además de desconsuelo, falla de entusiasmo, tristeza y apatía, que impiden que una persona con depresión se desarrolle con normalidad. La ansiedad y la preocupación se refieren al futuro, mientras que la depresión se refiere a la tristeza o a una parte del pasado. Las dos condiciones están relacionadas y se cree que los trastornos de ansiedad preceden en gran medida a la depresión. Toda enfermedad se exterioriza de alguna forma, la preparación del cuerpo para el peligro, que puede ser inexistente o imaginario, y solo puede aparecer en la mente de la persona que la padece (Basantés et al.,2021).

Navarro et al. (2017) refieren que la depresión en jóvenes es una situación que pone en riesgo el bienestar de este, y que puede tener múltiples causas y trae consigo una serie de situaciones problemáticas en la sociedad y otros problemas de salud mental.

González et al. (2015) describen que los síntomas depresivos son recurrentes en la población mexicana, y también en otros países, sin embargo, siempre se afirma que se da con mayor incidencia en las personas del sexo femenino. Además, acotan que los adolescentes en contextos urbanos marginales muestran porcentajes altos de depresión. A pesar de ello, los autores de esta investigación mencionan que, si bien la depresión se da con mayor incidencia en mujeres, los varones presentan ideación suicida en mayor proporción. Afirman también que en su país las tasas de ideación suicida consumadas son más alta en varones que en cualquier parte del mundo.

Es por ello por lo que incitan a seguir creando estrategias para ayudar y mejorar el bienestar psicológico de los jóvenes y muchachos, puesto que muchas veces la depresión u otras enfermedades de la salud mental se ven escondidas por otros supuestos problemas propios de la adolescencia.

García et al. (2020) consideran que estos dos trastornos son considerados como perturbaciones de la salud mental que evidencian elevados porcentajes de preeminencia y a la vez detonante de otras enfermedades en la etapa adolescente.

No obstante, las instituciones educativas conforman un factor importante para lograr promocionar la salud mental, sin embargo, no cuentan con programas o estrategias para evitar diversos problemas en la salud psicológica de los estudiantes.

6.2. Construcción del aporte práctico

Al sospechar de la presencia de indicadores de ansiedad y depresión en los alumnos del tercer al quinto grado de secundaria de la institución educativa Amigos School de Chiclayo, se decidió confirmar dicha presunción a través de una entrevista con los tutores del colegio, los cuales afirmaron esta situación, por lo cual se decidió plantear la estrategia cognitivo conductual con la finalidad de ayudar a los estudiantes a manejar la ansiedad y depresión, no obstante, se considerará en mayor significancia la ansiedad, puesto que los niveles encontrados fueron más altos. El siguiente programa será desarrollado por cinco fases:

Fase I: Análisis situacional

De acuerdo con los resultados obtenidos de la aplicación de los cuestionarios de ansiedad y depresión a los alumnos del tercer al quinto de secundaria, se logró concluir la información necesaria para la planeación de la estrategia.

Fase II: Objetivo general

El manejo de la ansiedad y depresión en alumnos de un colegio privado de Chiclayo.

Fase III: Organización de la estrategia

En esta etapa se puede manifestar el sistema de actividades de la estrategia cognitiva conductual, el cual está dividido en dos variables ansiedad y depresión y está conformado por 12 sesiones, las cuales serán aplicadas a los estudiantes del tercer al quinto grado de secundaria, describiendo el desarrollo de cada una de las sesiones.

Tabla 15.

Resumen de las sesiones a desarrollar

Sesión	Título	Objetivo
1	Conociendo mi brújula interior	Exponer la estrategia e informar lo que se realizará en cada sesión.
2 y 3	Desmitificando las sombras	Explorar los mitos sobre la ansiedad y depresión
4 y 5	Calmando mi interior	Entrenar a los estudiantes en técnicas de relajación.

6 y7	Reescribiendo el guión mental	Explorar y transformar los pensamientos negativos.
8 y9	Enfrentando dragones imaginarios	Entrenar en exposición gradual para reducir la ansiedad anticipativa.
10 y11	Herramientas para la travesía	Desarrollar habilidades de afrontamiento y resolución de problemas para navegar las aguas.
12	El horizonte y más allá	Evaluar lo aprendido y trazar metas para el futuro.

Sesión 1

Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo
<p>Exponer la estrategia e informar lo que se realizará en cada sesión.</p>	<p>Inicio: Se comenzará dando la bienvenida a los estudiantes del tercer al quinto de secundaria, luego se presentarán cada uno de ellos, a través de la dinámica “Yo soy y me pica”. Luego se establecerán las normas de convivencia para el desarrollo de las sesiones.</p> <p>Desarrollo: Se dará a conocer a los estudiantes las sesiones a desarrollar y los objetivos de cada sesión a través de una presentación de diapositivas.</p> <p>Cierre: Se desarrollará la dinámica de la “telaraña”, donde cada estudiante dirá una cualidad que reconoce en su compañero de clase, y así lograr fortalecer sus vínculos para las sesiones siguientes.</p>	<p>Proyector Parlantes Laptop Ovillo de lana</p>	<p>45 min.</p>

Sesión 2

Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo
<p>Explorar los mitos sobre la ansiedad y depresión.</p>	<p>Inicio: Se realizará una charla psicoeducativa acerca de la ansiedad y depresión, exponiendo sus conceptos básicos.</p> <p>Desarrollo: Luego se le dará una hoja bond a cada estudiante, en la cual escribirán situaciones que ellos consideren haber sentido ansiedad y depresión. Se les pedirá que participen voluntariamente a algunos estudiantes y puedan leer lo que escribieron en sus hojas.</p> <p>Se le indica a los adolescentes normalizar sus respuestas emocionales y recordarles que muchas personas experimentan lo mismo en algún momento específico de su vida.</p> <p>Cierre: Se hará una breve reflexión acerca de cuáles fueron las causas que originó las situaciones de ansiedad y depresión que describieron en sus hojas.</p>	<p>Papelotes Hojas bond Lapiceros Plumones Fichas informativas</p>	<p>45 min.</p>

Sesión 3

Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo
Explorar los mitos sobre la ansiedad y depresión.	<p>Inicio: Repaso de la sesión anterior.</p> <p>Desarrollo: Exploración de creencias erróneas: Se pregunta a los adolescentes si tienen alguna creencia errónea sobre la ansiedad o depresión. Por ejemplo: ¿Crees que la ansiedad siempre es perjudicial?</p> <p>Cierre: Se asigna la actividad de llevar un registro de pensamientos automáticos para realizarlo en casa.</p>	Papelotes Hojas bond Lapiceros Plumones	45 min.

Sesión 4

Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo
Entrenar a los estudiantes en técnicas de relajación.	<p>Inicio: Se hace la revisión del trabajo en casa y se realizará una presentación en power point acerca de las técnicas de relajación: imaginaria, respiración diafragmática y la técnica de Jakobson.</p> <p>Desarrollo: Se les pedirá a los estudiantes que busquen una posición cómoda en sus lugares, se pondrá una música instrumental de fondo y se procederá a realizar la técnica de relajación de Jakobson paso a paso para que los estudiantes lo puedan practicar solos en casa para cuando tengan algún cuadro ansioso.</p> <p>Cierre: Luego de terminada la técnica, se les pedirá que muevan lentamente sus extremidades inferiores, luego superior, y al final la cabeza y el cuello para luego abrir los ojos.</p>	Proyector Parlantes Laptop	45 min.

Sesión 5

Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo
Entrenar a los estudiantes en técnicas de relajación.	<p>Inicio: Se realiza un conversatorio con los alumnos explicando cómo la ansiedad y depresión afectan el cuerpo y la mente.</p> <p>Desarrollo: A través de una charla se realiza la introducción de la relación entre pensamiento, emociones y comportamiento.</p> <p>Cierre: Se les pide a los estudiantes que puedan hacer un posible horario de los momentos específicos en que puede practicar respiración y cuestionar pensamientos negativos. Por ejemplo al levantarse, al acostarse o durante momentos de estrés.</p>	Proyector Parlantes Laptop	45 min.

Sesión 6

Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo
Explorar y transformar los pensamientos negativos.	<p>Inicio: Repaso de las habilidades aprendidas en sesiones anteriores.</p> <p>Desarrollo: A través de la psicoeducación, se realiza una charla de introducción a la reestructuración cognitiva.</p> <p>Cierre: Se le entregará a cada alumno un globo, el cual irán inflando cada vez que recuerden un pensamiento negativo de si mismos, luego se les pedirá que aplasten los globos en señal de dejar ir los pensamientos que les causan malestar.</p>	Proyector Laptop Globos	45 min.

Sesión 7

Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo
<p>Explorar y transformar los pensamientos negativos.</p>	<p>Inicio: Se dará inicio con la técnica de identificación de pensamientos. En primer lugar, se mostrarán fichas ilustrativas, donde los estudiantes tendrán que identificar qué emociones y pensamientos le transmiten las ilustraciones presentadas.</p> <p>Se le dará la indicación de alguna situación que le genera ansiedad, después se le pedirá que explique qué es lo que puede sentir, ya sea temor, sudoración o alguna otra respuesta. Seguido, presentará pensamientos pesimistas.</p> <p>Desarrollo: Entrenar a los adolescentes en la creación de pensamientos alternativos realistas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamiento Automático Negativo: “Nunca podré superar esta situación”. <ul style="list-style-type: none"> ○ Pensamiento Alternativo Realista: “Aunque es difícil, puedo tomar pequeños pasos para enfrentar esto”. ○ Razón: Reconozco que he superado desafíos en el pasado y puedo aplicar esas habilidades aquí. 2. Pensamiento Automático Negativo: “Todo está destinado a salir mal”. <ul style="list-style-type: none"> ○ Pensamiento Alternativo Realista: “No puedo predecir el futuro, pero puedo influir en mis acciones y decisiones”. ○ Razón: Asumir lo peor no es útil; centrémonos en lo que está a mi alcance. 3. Pensamiento Automático Negativo: “Nadie me aprecia”. <ul style="list-style-type: none"> ○ Pensamiento Alternativo Realista: “Tengo personas que me valoran y apoyan”. 	<p>Proyector Laptop Globos</p>	<p>45 min.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Razón: A veces, los sentimientos de aislamiento pueden distorsionar la realidad. <p>4. Pensamiento Automático Negativo: “Soy un fracaso”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pensamiento Alternativo Realista: “He tenido éxitos y desafíos, como cualquier persona”. ○ Razón: No soy solo mis errores; también soy mis logros y esfuerzos <p>Cierre: Se deja como actividad para la casa registrar los cambios en el pensamiento y llevar un diario de pensamientos automáticos negativos.</p>		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Sesión 8

Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo
<p>Entrenar en exposición gradual para reducir la ansiedad anticipativa.</p>	<p>Inicio: A través de una presentación de diapositivas, se hará una breve introducción a las técnicas de exposición. Se le pedirá a los adolescentes que identifiquen situaciones específicas que generan ansiedad anticipatoria</p> <p>Desarrollo: explicar que, a través de la exposición gradual, se puede enfrentar gradualmente situaciones temidas para reducir la ansiedad. Por ejemplo, la situación más común que ellos presentan es la de exponer.</p> <p>Cierre: Se invita de forma voluntaria a que los adolescentes participen durante 5 minutos. Primero lo hará en frente de 5 compañeros, luego 10, 15... hasta que estén todos sus compañeros presentes en su exposición.</p>	<p>Proyector laptop</p>	<p>45 min.</p>

Sesión 9

Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo
Entrenar en exposición gradual para reducir la ansiedad anticipativa.	<p>Inicio: Se refuerza la idea de que la ansiedad irá disminuyendo con la práctica continua de la exposición gradual.</p> <p>Desarrollo: Se trabajará la exposición en imaginación. Se le pedirá a los adolescentes que cierren sus ojos y que imaginen una situación temida de manera vivida. Por ejemplo, estar en un ascensor o viajar en avión.</p> <p>Cierre: Se les pedirá a los adolescentes que registren las respuestas emocionales y físicas que surgieron durante la visualización.</p>	Proyector laptop	45 min.

Sesión 10

Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo
Desarrollar habilidades de afrontamiento y resolución de problemas para navegar las aguas.	<p>Inicio: revisión breve de la sesión anterior.</p> <p>Desarrollo: Se procederá a explicar el modelo ABC de la depresión con hojas de colores previamente elaboradas. Donde “A” es la situación, “B” es la idea o pensamiento y “C” es cómo reaccionó frente a dicho acontecimiento.</p> <p>Cierre: Se le entregará una ficha donde tendrán que practicar en casa el modelo ABC, con otra situación diferente a la trabajada en la sesión.</p>	Pizarra Hojas bond de colores Plumones	45 min.

Sesión 11

Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo
Desarrollar habilidades de afrontamiento y resolución de problemas para navegar las aguas.	<p>Inicio: Se realiza una pequeña introducción de la importancia de adquirir habilidades de afrontamiento y se introduce el método de resolución de problemas.</p> <p>Desarrollo: a través del role playing, se agruparán para simular situaciones donde tendrán que aplicar los pasos para la resolución de problemas. (Identificar el problema, generar soluciones. Evaluarlas y elegir la mejor, aplicar la solución elegida y finalmente evaluar los resultados.</p> <p>Cierre: Para tarea de casa, se le pide crear un plan de acción personal para enfrentar situaciones desafiantes aplicando las técnicas aprendidas hasta esta sesión.</p>	Proyector Laptop	45 min.

Sesión 12

Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo
<p>Evaluar lo aprendido y trazar metas para el futuro.</p>	<p>Inicio: Se concientiza a los estudiantes a través de un conversatorio, de la importancia de la identificación de situaciones que pueden causarle recaídas y estar preparado para utilizar las técnicas aprendidas a lo largo de las sesiones.</p> <p>Desarrollo: El primer paso es el cuidado diario, a través del cual los adolescentes establecerán una rutina que incluya actividades que le generen bienestar como el ejercicio, alimentación saludable y tiempo libre para sí mismos. En segundo lugar, los estudiantes deberán identificar señales de posibles recaídas como cambios en el sueño, apetito, pensamientos negativos recurrentes o aislarse socialmente. Finalmente se trabajará en equipos planes de emergencia para situaciones de crisis, donde se incluirá número de contactos de personas de apoyo, estrategias de afrontamiento y pasos a seguir en caso de sentirse abrumado.</p> <p>Cierre: Animar a los estudiantes a fortalecer su red de apoyo, como amigos y familiares con quien puedan compartir sus emociones y preocupaciones. Evaluar el progreso y planificar el seguimiento para evitar recaídas.</p>	<p>Proyector Parlante Laptop</p>	<p>45 min.</p>

Fase IV: instrumentación

Se presentan a continuación, los pasos que se siguieron para el desarrollo de la estrategia:

Nº	A cargo de	Tarea realizada	Resultado	Tiempo de ejecución
1	Investigador	Realidad situacional de la ansiedad y depresión en los alumnos de la institución educativa Amigos School.	Inventarios de Ansiedad y depresión de Beck.	Setiembre
		Bosquejo de la estrategia.	Estrategia cognitivo conductual para el manejo de ansiedad y depresión en los alumnos.	Setiembre a Octubre
2	Investigador	Exposición del programa	Consentimiento informado institucional.	Noviembre
3	Investigador	Ejecución de la estrategia.	Pruebas de la ejecución.	Noviembre y Diciembre
4	Investigador	Efectos del post test	Inventarios de Ansiedad y depresión de Beck.	Enero

Presupuesto de investigación

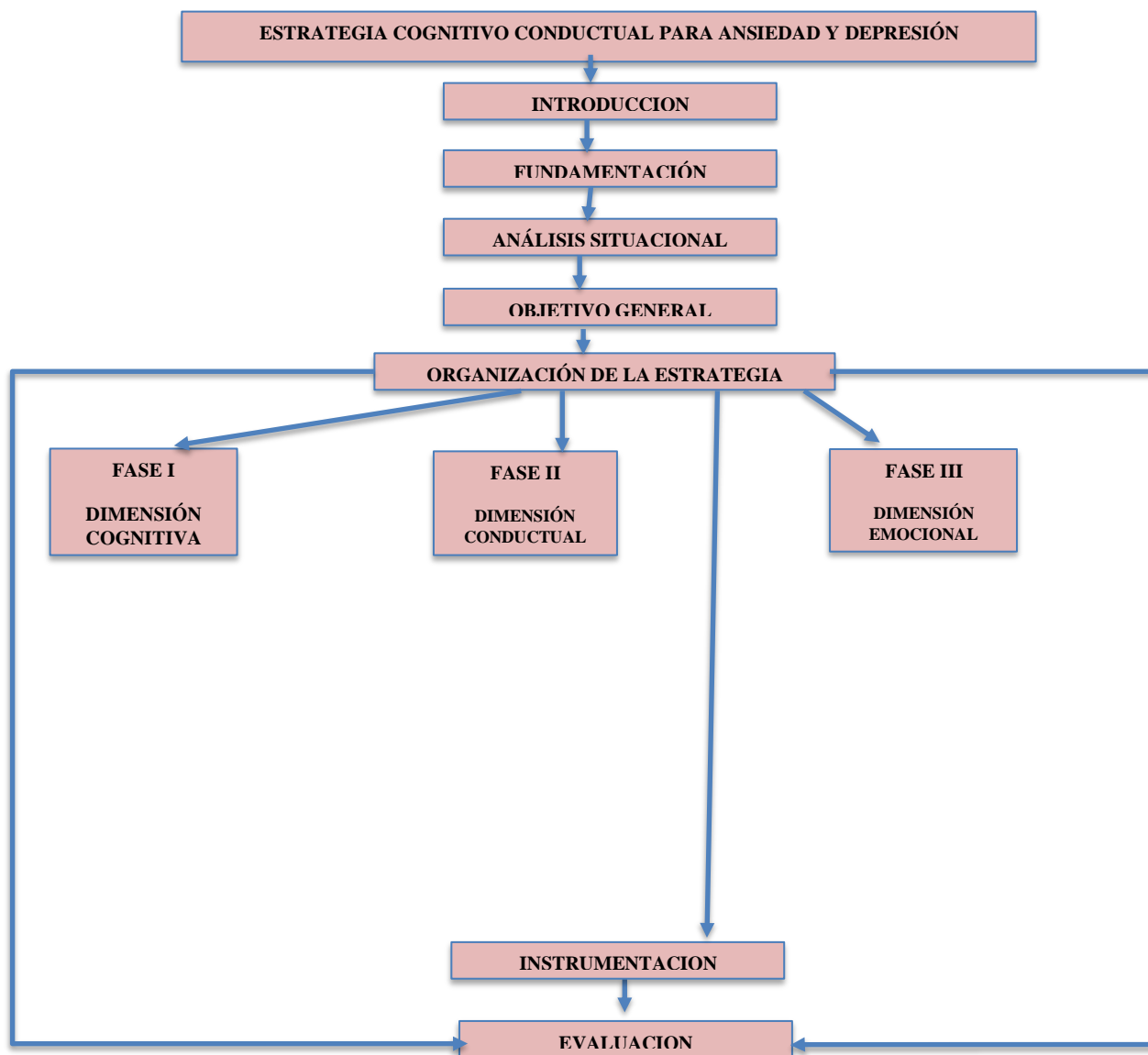
N°	PARTIDA	DETALLE	VALOR	MES Y AÑO DE REALIZACIÓN
BIENES				
1	Impresora	- Se usó para la impresión y el fotocopiado durante toda la investigación.	s/. 500.00	Octubre del 2022 – Abril 2024
MATERIALES Y UTILES				
2	Papel Bond	- Se usó para la impresión y el fotocopiado durante toda la investigación.	s/. 100.00	Octubre del 2022 – Abril 2024
3	Lapiceros	- Se utilizó para el desarrollo de los trabajos en las sesiones del programa.	s/. 30.00	Abril – Diciembre 2023
4	Plumones	- Para la realización de los materiales para las sesiones del programa. - Se usó durante la aplicación programa de Intervención Psicoeducativa.	s/. 20.00	Abril – Diciembre 2023
SERVICIOS				
5	Internet	- Se usó durante toda la investigación.	s/.600.00	Octubre del 2022 – Abril 2024
Total			s/.1,250.00	Octubre del 2022 – Abril 2024

Fase V: Pautas de Evaluación

Se tomó en cuenta las siguientes pautas para evaluar a los participantes:

- Cooperación
- Trabajo colaborativo
- Expresión verbal de los estudiantes
- Concurrencia
- Participación
- Cotejo del pre y post test
- Revisión diagnóstica donde se aplicará los instrumentos para valorar la evolución diagnóstica.

Distribución del Aporte Práctico



VI. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 16.

Comparativo del pre y post test de ansiedad

Niveles	Pretest		Postest	
	N	%	N	%
Grave	19	38.8%	-	-
Moderada	14	28.6%	-	-
Leve	9	18.4%	37	75.5%
Mínima	7	14.3%	12	24.5%

Para verificar si la estrategia cognitivo conductual tuvo efecto, se realizó el postest de la variable ansiedad, donde se obtuvo al 38.8% de estudiantes en el nivel grave, 28.6% en el nivel moderado, 18.4% en el nivel leve y 14.3% en el nivel mínimo. Después de haber aplicado la estrategia cognitivo conductual se puede observar en la tabla 11 y figura 7 que prevaleció el aumento en el nivel leve con un 75.5% y el nivel mínimo 24.5%, logrando así disminuir por completo el nivel grave y moderado.

Tabla 17.

Comparativo del pre y post test del factor somático de ansiedad

	Pretest		Postest	
	N	%	N	%
Grave	15	30.6%	-	-
Moderado	9	18.4%	2	4.1%
Leve	16	32.7%	29	59.2%
Mínimo	9	18.4%	18	36.7%

En el factor somático de la ansiedad se puede observar que antes de la aplicación de la estrategia, los adolescentes presentaron 30.6% en el nivel grave, 18.4% en el nivel moderado, 32.7% en el nivel leve y 18.4% en el nivel mínimo. No obstante, después de la aplicación del programa, se logró reducir el nivel grave a 0%, sin embargo, en el nivel moderado se disminuyó a 4.1%, en el leve aumentó a 59.2% y en el mínimo aumentó en un 36.7%.

Tabla 18.

Comparativo del pre y post test del factor afectivo cognitivo de ansiedad

	Pretest		Posttest	
	N	%	N	%
Grave	12	24.50%	-	-
Moderado	18	36.70%	8	16.3%
Leve	11	22.40%	26	53.1%
Mínimo	8	16.30%	15	30.6%

En el factor afectivo cognitivo de la ansiedad se puede observar que antes de la aplicación de la estrategia, los adolescentes presentaron 24.5% en el nivel grave, 36.70% en el nivel moderado, 22.40% en el nivel leve y 16.30% en el nivel mínimo. No obstante, después de la aplicación del programa, se logró reducir el nivel grave a 0%, sin embargo, en el nivel moderado se logró disminuir a 16.3%, en el leve aumentó a 53.1% y en el mínimo aumentó a 30.6%.

Tabla 19.

Comparativo del pre y post test de depresión

	Pretest		Posttest	
	N	%	N	%
Grave	11	22.4%	-	-
Moderada	10	20.4%	-	-
Leve	10	20.4%	3	6.1%
Mínima	18	36.7%	46	93.9%

Con respecto a la segunda variable Depresión, se realizó el posttest, y se obtuvo al 22.4% de estudiantes en el nivel grave, 20.4% en el nivel moderado, 20.4% en el nivel leve y 36.7% en el nivel mínimo. Después de haber aplicado la estrategia cognitivo conductual se puede observar en la tabla 14 y figura 10 que solo prevaleció el nivel leve con un 6.1% y el nivel mínimo aumentó a 93.9%, logrando así disminuir por completo el nivel grave y moderado.

Tabla 20.

Comparativo del pre y post test de la dimensión somático motivacional de la depresión

	Pretest		Posttest	
	N	%	N	%
Grave	15	30.6%	-	-
Moderado	9	18.4%	2	4.1%
Leve	16	32.7%	29	59.2%
Mínimo	9	18.4%	18	36.7%

En la dimensión somático motivacional de la depresión, se puede observar que antes de la aplicación de la estrategia, los adolescentes presentaron 30.6% en el nivel grave, 18.4% en el nivel moderado, 32.7% en el nivel leve y 18.4% en el nivel mínimo. No obstante, después de la aplicación del programa, se logró reducir el nivel grave a 0%, sin embargo, en el nivel moderado se disminuyó a 4.1%, en el nivel leve aumentó a 59.2% y en el mínimo aumentó a 36.7%.

Tabla 21.

Comparativo del pre y post test de la dimensión cognitivo afectivo de la depresión

	Pretest		Posttest	
	N	%	N	%
Grave	12	24.50%	-	-
Moderado	18	36.70%	8	16.3%
Leve	11	22.40%	26	53.1%
Mínimo	8	16.30%	15	30.6%

En la dimensión cognitivo afectivo de la depresión, se puede observar que antes de la aplicación de la estrategia, los adolescentes presentaron 24.50% en el nivel grave, 36.70% en el nivel moderado, 22.40% en el nivel leve y 16.30% en el nivel mínimo. No obstante, después de la aplicación del programa, se logró reducir el nivel grave a 0%, sin embargo, en el nivel moderado se disminuyó a 16.3%, en el nivel leve aumentó a 53.1% y en el mínimo aumentó a 30.6%.

Resultados inferenciales

Tabla 22.

Prueba de normalidad de ansiedad

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Pretest	0.969	49	0.218
Posttest	0.820	49	0.000

Para la prueba de normalidad, se utilizó Shapiro Wilk, puesto que la muestra es menor a 50. En la tabla 17 se observa la normalidad del pre y post test de la variable ansiedad donde el sig. valor que se obtuvo fue de 0.218 y 0.000 los cuales son mayores a 0,05 por lo cual se infiere que las puntuaciones obtenidas tienen una distribución normal por lo cual se usó la prueba paramétrica T- student para contrastar las hipótesis y conocer en qué manera la aplicación de la estrategia disminuyó los niveles de ansiedad.

Tabla 23.

Prueba de normalidad por factores de la ansiedad

Shapiro-Wilk				
Factores	Pretest / Posttest	Estadístico	gl	Sig.
Somático	Pretest	0.950	49	0.036
	Posttest	0.718	49	0.000
Afectivo Cognitivo	Pretest	0.970	49	0.245
	Posttest	0.796	49	0.000

En la tabla 18, se observa que también se usó la prueba de normalidad de Shapiro – wilk para los factores de la ansiedad, los cuales son somático y afectivo-cognitivo, obteniendo puntajes no normales por lo cual se usó la prueba no paramétrica de wilcoxon de muestras relacionadas para las puntuaciones que no presentan normalidad.

Tabla 24.

Prueba de normalidad de la depresión

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Pretest	0.959	49	0.090
Posttest	0.258	49	0.000

Para la prueba de normalidad de la variable depresión, se utilizó Shapiro Wilk, puesto que la muestra es menor a 50. En la tabla 19 se observa la normalidad del pre y post test de la variable depresión donde el sig. valor que se obtuvo fue de 0.090 y 0.000 los cuales son mayores a 0,05 por lo cual se concluye que las puntuaciones obtenidas tienen una distribución normal por lo cual se usó la prueba paramétrica T- student para contrastar las hipótesis y en qué manera la aplicación de la estrategia ayudó a manejar los niveles de depresión.

Tabla 25.

Prueba de normalidad por dimensiones de la depresión

Shapiro Wilk				
Dimensiones	Pretest	/	gl	Sig.
	Posttest	Estadístico		
Somático	Pretest	0.927	49	0.005
Motivacional	Posttest	0.719	49	0.000
Cognitivo	Pretest	0.960	49	0.094
Afectivo	Posttest	0.535	49	0.000

En la tabla 20, se observa que también se usó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk para los factores de la depresión, los cuales son somático motivacional y cognitivo afectivo, obteniendo puntajes no normales por lo cual se usó la prueba no paramétrica de wilcoxon de muestras relacionadas para las puntuaciones que no presentan normalidad.

Tabla 26.

Prueba de muestras emparejadas de ansiedad

Estadísticos de prueba^a

	Postest Ansiedad
Z	-5,306 ^b
Sig. asin. (bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

Para la contrastación de hipótesis general, se usó la prueba de wilcoxon de muestras emparejadas, en la tabla 21 se puede observar que, sí existen diferencias significativas en la ansiedad de los estudiantes con la aplicación de la estrategia, puesto que se encontró que el valor de p es de 0.000, siendo menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual indica que, al aplicar la estrategia cognitivo conductual, entonces se contribuye al manejo de la ansiedad.

Tabla 27.

Pruebas de muestras emparejadas de los factores de ansiedad

Estadísticos de prueba^a

	Factor somático	Factor afectivo-cognitivo
Z	-5,091 ^b	-4,864 ^b
Sig. asin. (bilateral)	,000	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

Para la contrastación de hipótesis por factores de la ansiedad, se usó la prueba no paramétrica de wilcoxon de muestras relacionadas para las puntuaciones que no presentan normalidad. En la tabla 22 se observa que, sí existen diferencias significativas en los factores, con la aplicación de la estrategia, encontrándose que p valor es de 0.000, siendo

menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna indicando que, al aplicar la estrategia cognitivo conductual, se ayudó a manejar los niveles de ansiedad en los adolescentes.

Tabla 28.

Prueba de muestras emparejadas de la depresión

<i>Estadísticos de prueba^a</i>	
Posttest depresión	
Z	-5,581 ^b
Sig. asin. (bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

Para contrastar la hipótesis general, se usó la prueba de Wilcoxon de muestras emparejadas, en la tabla 23, se puede observar que, sí existen diferencias significativas en el manejo de la depresión de los estudiantes con la aplicación de la estrategia cognitivo conductual, puesto que se encontró que el valor de p es de 0.000, siendo menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual indica que, al aplicar la estrategia cognitivo conductual, entonces se contribuye a manejar la depresión

Tabla 29.

Pruebas de muestras emparejadas de las dimensiones de depresión

<i>Estadísticos de prueba^a</i>		
	Dimensión somático	Dimensión cognitivo afectivo
Z	-4,952 ^b	-5,377 ^b
Sig. asin. (bilateral)	,000	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

Para contrastar la hipótesis por dimensiones de la depresión, se usó la prueba no paramétrica de wilcoxon de muestras relacionadas para las puntuaciones que no presentan normalidad, en la tabla 24 se observa que, sí existen diferencias significativas en los factores, con la aplicación de la estrategia, encontrándose que p valor es de 0.000, siendo menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna indicando que al aplicar la estrategia cognitivo conductual, se ayudó a manejar los niveles de depresión en los estudiantes.

VII. CONCLUSIONES

- Se fundamentó los aportes epistemológicos sobre el proceso cognitivo conductual y su dinámica, destacando la teoría de Beck, como centro y guía del desarrollo de esta investigación.
- Se sistematizó el desarrollo histórico del proceso cognitivo conductual y su dinámica, teniendo en cuenta las contribuciones científicas las cuales están fundamentadas en las teorías del enfoque cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad y depresión en adolescentes de una institución educativa privada.
- El resultado del diagnóstico actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en relación con la existencia de ansiedad y depresión en los estudiantes evidenció mayor porcentaje de dificultades en la ansiedad que en la depresión. Siendo de mayor significancia en la ansiedad el factor somático y en la depresión la dimensión somático motivacional.
- Una vez realizado el diagnóstico e identificación de las insuficiencias, permitió a diseñar la estrategia cognitivo conductual, el cual fue aplicado a la muestra en cuestión, obteniéndose resultados relevantes.
- La validación de los datos obtenidos en el pre y post test, una vez aplicado el programa, evidenció significativas diferencias entre dichos datos, lo que concluye que la estrategia es objetiva y factible.

VIII. RECOMENDACIONES

- Para la aplicación del programa se haga una programación temporal que se ajuste a las necesidades de los estudiantes.
- Ante la evidencia de que pueda existir manifestaciones de ansiedad y depresión en otros grados, se recomienda a la dirección de la institución que valore la posibilidad de ampliar la investigación.
- Realizar seguimiento a los estudiantes evaluados, para monitorear que la mejora de los estudiantes se mantenga de manera constante, y evitar que no se regrese a la situación inicial.
- Promover comunicación asertiva y mantener comunicación con los estudiantes, para que puedan acudir a sus maestros o tutores en busca de apoyo y guía.
- Incentivar a los docentes a crear espacios de escucha activa hacia los estudiantes, así como también pausas activas dentro del aula para lograr un clima ameno y confortable hacia ellos.
- Involucrar a los padres y brindarles recursos para apoyar a sus hijos a través de las escuelas de padres o talleres para las familias.
- Promocionar de forma continua la importancia de la salud mental en toda la institución educativa, a través de eventos donde se pueda concientizar y desarrollar temas relacionados a los problemas que presentan los estudiantes a lo largo de su desarrollo.

REFERENCIAS

- Alcalde, V., Guillin, L., Oruro, Y., Cjuno, J., y Hernández, R., M. (2022). *Anxiety, depression and physical activity in university students from the peruvian jungle during the covid-19 pandemic. [Ansiedad, depresión y actividad física en estudiantes universitarios de la selva peruana durante la pandemia por Covid-19]* Archivos Venezolanos De Farmacología y Terapéutica, 41(5), 389-394. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7135695>
- Barrios, M. (2021). *Terapia Cognitivo Conductual e ideas irracionales en adolescentes: Una revisión de literatura sistemática* [Tesis de Licenciatura, Universidad Rafael Landívar]. Repositorio Institucional – Universidad Rafael Landívar. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2021/05/22/Barrios-Maresa.pdf>
- Basantes Moscoso, D. R., Villavicencio Narvaez, L. del C., y Alvear Ortiz, L. F. (2021). *Ansiedad y depresión en adolescentes*. Revista Boletín Redipe, 10(2), 182–189. <https://doi.org/10.36260/rbr.v10i2.1205>
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclee de brouwer. https://books.google.com.pe/books?id=WZz-DQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Benedict, E. (2016). *Terapia cognitiva conductual: domine sus emociones, supere la ansiedad o sus pensamientos negativos y domine su cerebro*. Edward Benedict. https://books.google.com.pe/books?id=1OntDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Biglieri, R. y Vetere, G. (2013). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. POLEMOS.

https://books.google.com.pe/books?id=QmydAwAAQBAJ&printsec=frontcover&q=Manual+de+terapia+cognitiva+conductual+de+los+trastornos+de+ansiedad&hl=en&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Manual%20de%20terapia%20cognitiva%20conductual%20de%20los%20trastornos%20de%20ansiedad&f=false

Cabrejos, S. (2020). *Estrategia cognitiva conductual para mejorar la calidad de vida en las pacientes con migraña. Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo*. [Tesis de Maestría, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio de Tesis de la Universidad Señor de Sipán. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6899/Cabrejos%20Sofia%20Sonia%20Del%20Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Carrasco, E. (2020). *Ansiedad y hábitos de estudio en los adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Lima* [Tesis de Licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio de Tesis de la Universidad Señor de Sipán. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7562/Carrasco%20Montalvo%20Esther%20Aurora.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Castillo, P., Neira, P., Martín, C., Gutierrez, M. (2019). *Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social*. Revista de casos clínicos en Salud Mental. 2019 (1),63-77. <http://www.casosclnicosensaludmental.es/files/EVALUACION-Y-TRATAMIENTO-DE-UN-CASO-DE-TRASTORNO-DE-ANSIEDAD-SOCIAL.pdf>

Clark, D. y Beck, A. (2016). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones la solución cognitiva conductual*. Declée De Brouwer.

<https://idoc.pub/documents/manual-practico-para-la-ansiedad-y-preocupaciones-x4ew9w016943>

- Collantes, K., Purisaca, S. (2022). *Niveles de ansiedad y depresión de pacientes atendidos durante pandemia COVID-19, en un centro de salud. Chiclayo, enero-marzo 2022* [Tesis de Licenciatura, Universidad Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio de Tesis de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/10200/Collantes_Alvarado_y_Purisaca_Enriquez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Contreras-Mendoza, I., Olivas-Ugarte, L. O., y De La Cruz-Valdiviano, C. (2021). *Abbreviated depression, anxiety and stress scales (DASS-21): Validity, reliability and equity in peruvian adolescents.* [Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos] *Revista De Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 8(1), 24-30. doi:10.21134/rpcna.2021.08.1.3
- Corrales, I., Villegas, J., Carranza, R., Mamani, O. (2022). *Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes cubanos de Estomatología durante el rebrote de la COVID-19.* *Revista cubana de medicina militar.* 2022; 51(1).
- Díaz, R. S. (2021). *La depresión y ansiedad en adolescentes de una universidad de Cajamarca 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte. <https://hdl.handle.net/11537/30716>
- Esteban, N. (2018). *Tipos de Investigación.* Repositorio de la Universidad Santo Domingo de Guzmán. <http://repositorio.usdg.edu.pe/handle/USDG/34>

Flores, R. (2021). *Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes del nivel secundario en la ciudad de Chiclayo* [Tesis de Maestría, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio de Tesis de la Universidad Señor de Sipán. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/8303>

García-Escalera J, Valiente RM, Sandín B, Ehrenreich-May J, Chorot P. (2020). *Los efectos de un programa de prevención de la ansiedad y la depresión para adolescentes en variables educativas y de bienestar. Revi Psicodidáct.2020;25:143–149.* <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2020.05.001>

Gastulo, L. *Estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir la depresión en adolescentes de la institución educativa Bruning.* [Tesis de Maestría, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio de Tesis de la Universidad Señor de Sipán. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7488/Gastulo%20Falen%20Lisbeth%20Carmen%20Delia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gavino, A. (2016). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual* [Archivo PDF]. <https://idoc.pub/queue/guia-de-ayuda-al-terapeuta-cognitivo-conductual-aurora-gavino-lazaropdf-pnx1w8ze19lv>

Gillihan, S. (2018). *Terapia cognitivo conductual Fácil: 10 estrategias para manejar la depresión.* SIRIO S.A. https://books.google.com.gt/books?id=-_0DwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=terapia+cognitivo+conductual&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj_uPzQiJXsAhWJjlkKHblIDxUQ6AEwBXoECAYQA#v=onepage&q=terapia%20cognitivo%20conductual&f=false

González-Forteza, Catalina, Hermosillo de la Torre, Alicia Edith, Vacio-Muro, María de los Ángeles, Peralta, Robert, y Wagner, Fernando A. (2015). *Depresión en adolescentes.*

Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 72(2), 149-155.
<https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.05.006>

Hernández Sampieri, R. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* España: McGraw-Hill Interamericana.

Herskovic, V. y Matamala, M. (2020). *Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes.* Revista Médica Clínica Las Condes, 31 (2), 183–187. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.006>

Horna, J. (2022). *Programa cognitivo conductual para el bienestar emocional en docentes de la I.E. Doce de Octubre de Chontalí, Jaén.* [Tesis de Maestría, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio de la Universidad Señor de Sipán.
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/10442/Horna%20Villarreal%20Jeison%20Arnol.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

Hurtado, J. (2008). *Metodología de la investigación, una comprensión holística.* Quiron-Sypal. Caracas, Venezuela.

Laura, D. (2021). *Ansiedad estado rasgo y depresión en alumnos de educación secundaria de una institución educativa privada del distrito de Tacna, 2021.* [Tesis de Licenciatura]. Universidad Autónoma del Perú.
<https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/1431/Laura%20Ale%2c%20Damian%20Julio%20Akihito.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Loayza, O. (2021). *Inventario de Ansiedad de Beck BAI.* Universidad Autónoma del Perú.
<https://www.studocu.com/pe/document/universidad-autonoma-del-peru/psicologia-clinica/inventario-de-ansiedad-de-beck-bai/16383132>

Navarro-Loli, J., Moscoso, M., y Calderón-De la Cruz, G. (2017). *La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática*. Liberabit, 23(1), 57-74. doi: 10.24265/ liberabit.2017.v23n1.04

O'Connor, K. Schaefer, C. y Braverman, L. (2017). *Manual de terapia de juego*. Manual Moderno.

https://books.google.com.pe/books?id=CvbFDgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Organización Mundial de la Salud (17 de noviembre del 2021). *Salud mental del adolescente. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud (7 de abril del 2017). *Día Mundial de la Salud 2017 - Depresión: hablemos*. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/04/07/default-calendar/world-health-day-2017>

Oyanadel, C., Carrasco, H., Latorre, J., Peñate, W., y Sepúlveda, C. (2021). *Reduciendo la ideación suicida en adolescentes con terapia de perspectiva temporal. Un estudio experimental*. *Acta Colombiana de Psicología*, 24(1), 63-71. <https://doi.org/10.14718/ACP.2021.24.1.6>

Oyola, P. (2021). *Ansiedad y depresión en adolescentes con familias integradas y desintegradas de Lima Centro*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/17680>

Papalia, D., Duskin Feldman, R., Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. McGraw-Hill

Pérez, J., Walter, D. (2021). *Asociación entre adicción a la internet y trastornos de ansiedad y depresión en estudiantes de nivel secundaria en dos colegios particulares de Chiclayo en tiempos de pandemia covid19, 2021*. [Tesis de Licenciatura, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio de la Universidad San Martín de Porres.

https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10071/perez_walter.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rebolledo-Malpica, D., Rojas, J., Noreña, A., y Alcaraz-Moreno, N. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12, 263-274.

Reupo, M. (2020). *Propuesta para el tratamiento de la depresión aplicando un programa de terapia cognitivo conductual en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitaria de Chiclayo, 2019*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio de Tesis de la Universidad Pedro Ruiz Gallo. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9642>

Rodríguez, V. (2020). *Estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática para tratar la ansiedad social en adolescentes de una institución educativa* [Tesis de Maestría, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio de Tesis de la Universidad Señor de Sipán. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6898/Rodríguez%20Gonzales%20Vanessa%20Sofía.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rubio, J. (2022). *Autoconcepto y ansiedad en estudiantes del tercer año de secundaria de una institución educativa privada, Chiclayo*. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/93225/Rubio_MJM-SD.pdf?sequence=8&isAllowed=y

Ruíz, A. Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual: Desclée de Brouwer*.
https://www.academia.edu/34206200/Manual_de_T%C3%A9cnicas_de_Intervenci%C3%B3n_Cognitivo_Conductuales_Ma_%C3%81NGELES_RuIZ_FERN%C3%81NDEZ_MARTA_ISABEL_D%C3%ADAZ_GARC%C3%ADA_ARABELLA_VILLALOBOS_CRESPO

Sánchez Mascaraque, P., y Cohen, D. S. (2020). *Ansiedad y depresión de niños y adolescentes*. Revista de Formación Continua de La Sociedad Española de Medicina de La Adolescencia, 20(1), 16–27.

Toledo, P. (2022). *Depresión, ansiedad y estrés en adolescentes de las instituciones educativas de Lima Norte, 2021* [Tesis de Doctorado, Universidad César Vallejo]. Repositorio de Tesis de la Universidad César Vallejo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/89275/Toledo_QPM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

United Nations International Children's Emergency Fund. UNICEF . (16 de Julio de 2021). *¿Qué es la adolescencia?*. <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>

Universidad internacional de Valencia (17 agosto 2018). *Ciencias de la Salud ¿En qué consiste el modelo cognitivo conductual?*.
<https://www.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos/en-que-consiste-el-modelo-cognitivo-conductual>

Vargas, H. (2019). *Inteligencia emocional y ansiedad en estudiantes adolescentes* [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de Tesis de la Católica de Santa María.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/89275/Toledo_QPM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de las variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Estrategia cognitivo conductual	Cabrejos (2020) refiere que es una táctica que se utiliza en la psicoterapia la cual aborda acciones establecidas de manera continua apoyadas en la TCC con el objetivo de que se logre los propósitos trazados.	Se desarrolla mediante 12 sesiones.	Cognitivo	Pensamiento	Ordinal
			Conductual	Acción	
			Emocional	Emociones	
Ansiedad	Es un malestar excesivo del futuro, y se evidencia a través de lo que el sujeto percibe y siente con respecto a las situaciones que podrían ser amenazantes para él y la forma en que la persona responde y enfrenta dichos sucesos en su vida diaria (Barlow 2002 como se citó en Beck, 2013).	Se medirá con el inventario de Ansiedad de Beck, el cual consta de 21 premisas.	Somático	Indicadores somáticos	Ordinal
			Afectivo - Cognitivo	Indicadores emocionales y cognitivos	
Depresión	Caracterizada por desolación constante y abulia. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).	Se medirá con el	Somático - Motivacional		Ordinal

		Inventario de Depresión de Beck BDI - II, el cual consta de 21 premisas.		Indicadores fisiológicos y motivacionales
			Cognitivo - Afectivo	Indicadores emocionales y cognitivos

Anexo 2: Matriz de consistencia

Título: Estrategia cognitivo-conductual para el manejo de la ansiedad y depresión en adolescentes de una institución educativa privada de Chiclayo.

Formulación del Problema	Objetivos	Técnicas e Instrumentos
<p>Deficiencias en el proceso cognitivo conductual limita el manejo de las dificultades emocionales en los estudiantes adolescentes del nivel secundario de un colegio privado de Chiclayo.</p>	<p>Objetivo general: Aplicar una estrategia cognitivo-conductual para el manejo de la ansiedad y depresión en alumnos de un colegio privado de Chiclayo.</p>	<p>Técnicas:</p> <p>Psicométrica</p>
	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Caracterizar de forma epistemológica el proceso cognitivo – conductual, su evolución histórica y su dinámica. -Determinar la dinámica del proceso cognitivo – conductual con relación al manejo de la ansiedad social y depresión en los adolescentes. -Validar mediante un experimento la estrategia cognitivo conductual para el manejo de ansiedad social y depresión en los alumnos de una institución privada. -Comparar los datos iniciales pre y post para la evaluación de significación de los cambios en el manejo de ansiedad social y depresión en los adolescentes de un colegio privado - Chiclayo 	<p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inventario de Ansiedad de Beck -Inventario de Depresión de Beck BDI - II
	<p>Hipótesis</p>	
	<p>Si se aplica la estrategia cognitivo – conductual, tomando en consideración la intención de manejar y controlar la depresión y ansiedad en adolescentes de una institución privada, entonces se ayudará en menguar los problemas emocionales en los estudiantes.</p>	

Enfoque, Tipo y diseño de la Investigación	Población y muestra		Variables y dimensiones	
-Enfoque mixto – aplicado - Tipo descriptivo – explicativo - Diseño: proyectivo pre-experimental	Población:	Muestra	Variable independiente	Dimensiones
	Estudiantes del nivel secundario.	Estudiantes del tercer al quinto de secundaria, de 13 a 17 años.	Estrategia cognitivo-conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar - Sistematizar - Efectuar - Valorar los resultados - Monitoreo
			Variable dependiente	Dimensiones
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Somático - Afectivo - Cognitivo 			
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> - Somático - Motivacional - Cognitiva - Afectivo 			

Anexo 03: Instrumentos

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

EDAD: _____ SEXO: _____ SECCIÓN: _____

INSTRUCCIONES: Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto le ha afectado en la última semana, incluyendo hoy.

CUESTIONARIO

Nº	ITEMS	NADA	LEVE	MODERADO	BASTANTE
1	Torpe o entumecido (no puede hacer las cosas bien).				
2	Acalorado (con mucho calor sin razón alguna).				
3	Con temblor en las piernas.				
4	Incapaz de relajarse (tenso, nervioso, sin poder tranquilizarse).				
5	Con temor a que ocurra lo peor.				
6	Mareado, o que se le va la cabeza.				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8	Inestable (no siente que está bien, con respecto al ánimo).				
9	Atemorizado o asustado.				
10	Nervioso.				
11	Con sensación de bloqueo (con la mente en blanco).				
12	Con temblores en las manos.				
13	Inquieto, inseguro.				
14	Con miedo a perder el control.				
15	Con sensación de ahogo.				
16	Con temor a morir.				
17	Con miedo.				
18	Con problemas digestivos (como dolor de estómago, diarrea o gases sin razón).				
19	Con desvanecimientos (como si fuera a desmayar).				
20	Con rubor facial (con la cara roja).				
21	Con sudores, fríos o calientes.				

Inventario de Depresión de Beck – II (BDI – II)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
<p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo en apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

GUÍA DE ENTREVISTA A DOCENTES TUROES (ELABORADA POR LA AUTORA)

- 1.- ¿Ha notado que los estudiantes se preocupan mucho por sus notas o alguna situación específica?
- 2.- ¿Cree Ud. que los estudiantes presentan pensamientos negativos de sí mismos?
- 3.- ¿Los estudiantes han presentado signos de ansiedad como temblor en las manos, sudoración excesiva frente a un examen o exposición?
- 4.- ¿Le parece a Ud. que sus alumnos evidencian pánico durante una evaluación o sustentación?
- 5.- ¿Ha notado que los estudiantes han perdido el interés en los cursos o actividades académicas?
- 6.- ¿Cree Ud. que los alumnos se muestran desanimados?
- 7.- ¿Los estudiantes presentan problemas de atención y concentración?
- 8.- ¿Ha notado si los estudiantes muestran poca energía o cansancio excesivo?

Anexo 04: Validación y confiabilidad de instrumentos

Juicio de expertos para el instrumento de Ansiedad

EXPERTO 1

FICHA DE VALIDACIÓN

IV. INFORMACION GENERAL

4.1. Nombres y apellidos del validador: Mg. SHIRLEY KATHERINE IGNACIO DELGADO

4.2. Cargo e institución donde labora: Centro de Salud Santa Rosa /UTP /USS

4.3. Años de experiencia: 6 años

4.4. Autor del instrumento: Aaron Beck Y Robert Steer

V. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems de la estrategia y marcar con una cruz dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

4. Deficiente (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
 5. Regular (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
 6. Buena (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)



Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	El instrumento posibilita recoger lo previsto en los objetivos de investigación.			X	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• CONGRUENCIA	Las dimensiones e indicadores son congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.			X	
• SUFICIENCIA	Los ítems son suficientes en cantidad para medir la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• OBJETIVIDAD	La aplicación de los instrumentos se realizó de manera objetiva y teniendo en consideración las variables de estudio.			X	
• CONSISTENCIA	La elaboración de los instrumentos se ha formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.			X	
• ORGANIZACIÓN	La elaboración de los instrumentos ha sido elaborada secuencialmente y distribuidas de acuerdo con dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.			X	
• CLARIDAD	El cuestionario de preguntas ha sido redactado en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)			X	
• FORMATO	Cada una de las partes del informe que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).			X	
• ESTRUCTURA	El desarrollo del informe cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.			X	
CONTEO TOTAL					30
(Realizar el conteo de acuerdo con puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total

Coefficiente de validez:

$$\frac{A+B+C}{30}$$

1.00

VI. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

El coeficiente de Validez de contenido obtenido es 1.00 y corresponde a la categoría **VALIDEZ MUY BUENA.**

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena


 Shirley K. Ignacio Delgado
 LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
 C. Ps.-P. 29217

FIRMA

NOMBRE: SHIRLEY IGNACIO DELGADO
 DNI: 73478740

EXPERTO 2:

FICHA DE VALIDACIÓN

IV. INFORMACION GENERAL

- 4.1. Nombres y apellidos del validador: Mg. / Dr. HUAMAN COBOS JUAN FERNANDO
 4.2. Cargo e institución donde labora: MINISTERIO DE SALUD CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA AYACUCHO
 4.3. Años de experiencia: 10
 4.4. Autor del instrumento: Aaron Beck Y Robert Steer

V. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems de la estrategia y marcar con una cruz dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

4. Deficiente (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
 5. Regular (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
 6. Buena (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	El instrumento posibilita recoger lo previsto en los objetivos de investigación.			X	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• CONGRUENCIA	Las dimensiones e indicadores son congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.			X	
• SUFICIENCIA	Los ítems son suficientes en cantidad para medir la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• OBJETIVIDAD	La aplicación de los instrumentos se realizó de manera objetiva y teniendo en consideración las variables de estudio.			X	
• CONSISTENCIA	La elaboración de los instrumentos se ha formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.			X	
• ORGANIZACIÓN	La elaboración de los instrumentos ha sido elaborada secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.			X	
• CLARIDAD	El cuestionario de preguntas ha sido redactado en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)			X	
• FORMATO	Cada una de las partes del informe que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).			X	
• ESTRUCTURA	El desarrollo del informe cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.			X	
CONTEO TOTAL					30
(Realizar el conteo de acuerdo con puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total

Coefficiente de validez:

$$\frac{A+B+C}{30}$$

1.00

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

VI. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

El coeficiente de Validez de contenido obtenido es ^{1.00}..... y corresponde a la categoría Validez muy buena

Huamán Cobos
Firma

NOMBRE: HUAMAN COBOS JUAN FERNANDO
 DNI: 42052924

EXPERTO 3:

FICHA DE VALIDACIÓN

IV. INFORMACION GENERAL

- 4.1. Nombres y apellidos del validador: Mg. / Dr. CINDY FIORELLA SOTO CHAVESTA
- 4.2. Cargo e institución donde labora: Docente en UCV, USMP, UTP
- 4.3. Años de experiencia: 6 AÑOS
- 4.4. Autor del instrumento: Aaron Beck Y Robert Steer

V. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems de la estrategia y marcar con una cruz dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

- 4. Deficiente (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
- 5. Regular (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
- 6. Buena (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	El instrumento posibilita recoger lo previsto en los objetivos de investigación.			X	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• CONGRUENCIA	Las dimensiones e indicadores son congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.			X	
• SUFICIENCIA	Los ítems son suficientes en cantidad para medir la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• OBJETIVIDAD	La aplicación de los instrumentos se realizó de manera objetiva y teniendo en consideración las variables de estudio.			X	
• CONSISTENCIA	La elaboración de los instrumentos se ha formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.			X	
• ORGANIZACIÓN	La elaboración de los instrumentos ha sido elaborada secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.			X	
• CLARIDAD	El cuestionario de preguntas ha sido redactado en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)			X	
• FORMATO	Cada una de las partes del informe que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).			X	
• ESTRUCTURA	El desarrollo del informe cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.			X	
CONTEO TOTAL					30
(Realizar el conteo de acuerdo con puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total

Coefficiente de validez:

$$\frac{A + B + C}{30}$$

1.00

VI. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo Respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez mala
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

El coeficiente de Validez de contenido obtenido es 1.00 y corresponde a la categoría VALIDEZ MUY BUENA.

NOMBRE:
DNI: 70485033

Mag. Cindy F. Soto Chavesta
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 28499

Juicio de expertos para el instrumento de Depresión

EXPERTO 1:

FICHA DE VALIDACIÓN

I. INFORMACION GENERAL

- 1.1. Nombres y apellidos del validador: Mg. SHIRLEY KATHERINE IGNACIO DELGADO
 1.2. Cargo e institución donde labora: Centro de Salud Santa Rosa /UTP /USS
 1.3. Años de experiencia: 6 años
 1.4. Autor del instrumento: Aaron Beck, Robert Steer y Gregory Brown.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems de la estrategia y marcar con una cruz dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

1. Deficiente (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
 2. Regular (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
 3. Buena (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	El instrumento posibilita recoger lo previsto en los objetivos de investigación.			X	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• CONGRUENCIA	Las dimensiones e indicadores son congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.			X	
• SUFICIENCIA	Los ítems son suficientes en cantidad para medir la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• OBJETIVIDAD	La aplicación de los instrumentos se realizó de manera objetiva y teniendo en consideración las variables de estudio.			X	
• CONSISTENCIA	La elaboración de los instrumentos se ha formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.			X	
• ORGANIZACIÓN	La elaboración de los instrumentos ha sido elaborada secuencialmente y distribuidas de acuerdo con dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.			X	
• CLARIDAD	El cuestionario de preguntas ha sido redactado en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)			X	
• FORMATO	Cada una de las partes del informe que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).			X	
• ESTRUCTURA	El desarrollo del informe cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.			X	
CONTEO TOTAL					30
(Realizar el conteo de acuerdo con puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total

Coefficiente de validez:

$$\frac{A+B+C}{30}$$

1.00

III. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo
 Respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

El coeficiente de Validez de contenido obtenido es 1.00 y corresponde a la categoría VALIDEZ MUY BUENA.

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena


 Shirley Katherine Ignacio Delgado
 Centro de Salud Santa Rosa /UTP /USS

FIRMA

NOMBRE: SHIRLEY IGNACIO DELGADO
 DNI: 73476740

EXPERTO 2:

FICHA DE VALIDACIÓN

I. INFORMACION GENERAL

- 1.1. Nombres y apellidos del validador: Mg. / Dr. HUAMAN COBOS JUAN FERNANDO
- 1.2. Cargo e institución donde labora: MINISTERIO DE SALUD CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA AYACUCHO
- 1.3. Años de experiencia: 10
- 1.4. Autor del instrumento: Aaron Beck, Robert Steer y Gregory Brown.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems de la estrategia y marcar con una cruz dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

- 1. Deficiente (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
- 2. Regular (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
- 3. Buena (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	El instrumento posibilita recoger lo previsto en los objetivos de investigación.			X	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• CONGRUENCIA	Las dimensiones e indicadores son congruentes entre si y con los conceptos que se miden.			X	
• SUFICIENCIA	Los ítems son suficientes en cantidad para medir la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• OBJETIVIDAD	La aplicación de los instrumentos se realizó de manera objetiva y teniendo en consideración las variables de estudio.			X	
• CONSISTENCIA	La elaboración de los instrumentos se ha formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.			X	
• ORGANIZACIÓN	La elaboración de los instrumentos ha sido elaborada secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.			X	
• CLARIDAD	El cuestionario de preguntas ha sido redactado en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)			X	
• FORMATO	Cada una de las partes del informe que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).			X	
• ESTRUCTURA	El desarrollo del informe cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.			X	
CONTEO TOTAL					30
(Realizar el conteo de acuerdo con puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total

Coefficiente de validez:

$$\frac{A+B+C}{30}$$

1.00

III. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

El coeficiente de Validez de contenido obtenido es ^{1.00}..... y corresponde a la categoría Validez muy buena

Huaman Cobos
FIRMA

NOMBRE: HUAMAN COBOS JUAN FERNANDO
DNI: 42052924

EXPERTO 3:

FICHA DE VALIDACIÓN

I. INFORMACION GENERAL

1.1. Nombres y apellidos del validador: Mg. / Dr. CINDY FIORELLA SOTO CHAVESTA

1.2. Cargo e institución donde labora: Docente en UCV, USMP, UTP

1.3. Años de experiencia: 6 AÑOS

1.4. Autor del instrumento: Aaron Beck, Robert Steer y Gregory Brown.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems de la estrategia y marcar con una cruz dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

- 1. Deficiente (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
- 2. Regular (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
- 3. Buena (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	El instrumento posibilita recoger lo previsto en los objetivos de investigación.			X	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• CONGRUENCIA	Las dimensiones e indicadores son congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.			X	
• SUFICIENCIA	Los ítems son suficientes en cantidad para medir la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• OBJETIVIDAD	La aplicación de los instrumentos se realizó de manera objetiva y teniendo en consideración las variables de estudio.			X	
• CONSISTENCIA	La elaboración de los instrumentos se ha formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.			X	
• ORGANIZACIÓN	La elaboración de los instrumentos ha sido elaborada secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.			X	
• CLARIDAD	El cuestionario de preguntas ha sido redactado en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)			X	
• FORMATO	Cada una de las partes del informe que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).			X	
• ESTRUCTURA	El desarrollo del informe cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.			X	
CONTEO TOTAL					30
(Realizar el conteo de acuerdo con puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total

Coefficiente de validez:

$\frac{A + B + C}{30}$	1.00
------------------------	------

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez muy mala
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

III. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

El coeficiente de Validez de contenido obtenido es 1.00 y corresponde a la categoría VALIDEZ MUY BUENA.



NOMBRE:
DNI: 70465033

Mag. Cindy F. Soto Chavesta
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 26499

Anexo 05: Carta de autorización de la entidad pública o privada considerada como unidad de análisis, además de ser necesario el consentimiento o asentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Institución: Institución Educativa Cristiana Amigos School

Investigador: Silvia Katheryne Cabrera Enriquez

Título: "Estrategia cognitivo-conductual para el manejo de la ansiedad y depresión en adolescentes de una institución educativa privada de Chiclayo".

Yo, María Isabel Villanueva Julca, identificada con DNI N° 16424905, DECLARO:

Haber sido informada de forma clara, preciosa y suficiente sobre los fines y objetivos que busca la presente investigación "Estrategia cognitivo-conductual para el manejo de la ansiedad y depresión en adolescentes de una institución educativa privada de Chiclayo", así como en qué consiste mi participación.

Por lo expuesto otorgo MI CONSENTIMIENTO para que se realice la aplicación del instrumento, así como la estrategia cognitivo conductual en los estudiantes de la institución, puesto que la ejecución de ambas permitirá contribuir con los objetivos de la investigación:

Objetivo general de la investigación:

Aplicar una estrategia cognitivo-conductual para el manejo de la ansiedad y depresión en alumnos de un colegio privado de Chiclayo.

Objetivos específicos:

Caracterizar de forma epistemológica el proceso cognitivo – conductual, su evolución histórica y su dinámica.

Determinar la dinámica del proceso cognitivo – conductual con relación al manejo de la ansiedad y depresión en los adolescentes.

Validar mediante un experimento la estrategia cognitivo conductual para el manejo de ansiedad y depresión en los alumnos de una institución privada.

Comparar los datos iniciales pre y post para la evaluación de significación de los cambios en el manejo de ansiedad y depresión en los adolescentes de un colegio privado - Chiclayo

Chiclayo, 04 de mayo del 2023.



MARIA ISABEL VILLANUEVA JULCA
DIRECTORA DE LA I.E.C. AMIGOS SCHOOL

Anexo 06: Evidencias de la aplicación de investigación





Anexo 7: Acta de Aprobación del Informe de Tesis



ACTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El DOCENTE Mg. PÉREZ MARTINTO PEDRO CARLOS del curso de SEMINARIO DE TESIS II, asimismo el Asesor Mg. PEDRO CARLOS PÉREZ MARTINTO

APRUEBAN:

El Trabajo de Investigación: “ESTRATEGIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA PRIVADA DE CHICLAYO.”

Presentado por: Bach. CABRERA ENRIQUEZ SILVIA KATHERYNE de la MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA.

Chiclayo, de 2 de marzo de 2024.

Mg. PÉREZ MARTINTO
PEDRO CARLOS

Docente de Curso

Mg. PEDRO CARLOS PÉREZ
MARTINTO

Asesor

	ACTA DE SEGUNDO CONTROL DE REVISIÓN DE SIMILITUD DE LA INVESTIGACIÓN	Código:	F3.PP2-PR.02
		Versión:	02
		Fecha:	18/04/2024
		Hoja:	1 de 1

Yo, **Nila García Clavo, Jefe de Unidad de Investigación de Posgrado**, he realizado el segundo control de originalidad de la investigación, el mismo que está dentro de los porcentajes establecidos para el nivel de Posgrado según la Directiva de similitud vigente en USS; además certifico que la versión que hace entrega es la versión final del informe titulado: **ESTRATEGIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA DE CHICLAYO** elaborado por el (los) estudiante(s) **CABRERA ENRIQUEZ SILVIA KATHERYNE**.

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del **12%**, verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud TURNITIN.

Por lo que se concluye que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva sobre índice de similitud de los productos académicos y de investigación vigente.

Pimentel, 23 de agosto de 2024.



Dra. Nila García Clavo
Jefe de Unidad de Investigación
Posgrado
DNI N° 43815291